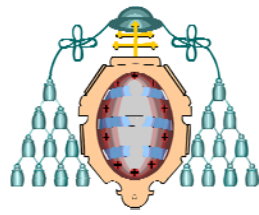


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PARA LA REHABILITACIÓN
DE TOXICÓMANOS. ESTUDIO DE CASO SOBRE UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

AUTOR: JOAQUÍN ALFONSO GARCÍA LLANEZA
DIRECCIÓN: Dr. MARIO DE MIGUEL DÍAZ



Reservados todos los derechos
© El autor

Edita: Universidad de Oviedo,
Biblioteca Universitaria, 2010
Colección Tesis Doctoral-TDR nº 65
ISBN: 978-84-693-0980-3
D.L.: AS. 02299-2009

AGRADECIMIENTOS

- Al Vicerrectorado de Investigación y Relaciones con la Empresa por haberme concedido la beca predoctoral para poder realizar el primer año del programa de doctorado.
- A la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología por haberme concedido la beca predoctoral para realizar el trabajo de investigación y desarrollar esta tesis doctoral.
- A todas las personas que de una manera o de otra han colaborado en este trabajo, son muchas y nombrarlas a todas sería muy difícil, con el peligro añadido de olvidarme de alguna. Ellos y ellas saben quienes son.
- Especialmente a Mario de Miguel, al que considero mi padre intelectual, ya que sin su motivación no hubiese realizado este trabajo de la forma en que lo hice.
- A mis padres por haberme dado la oportunidad que ellos no tuvieron.

ÍNDICE

0. Introducción.....	3
1. Modelos y teorías de tratamiento terapéutico.....	21
1.1 Modelo Psicodinámico.....	21
1.1.1 Conceptos y teorías fundamentales del modelo.....	22
1.1.2 Aplicación del modelo en la rehabilitación de toxicómanos.	23
1.2 Modelo Conductual.....	25
1.2.1 La teoría conductual. Conceptos y teorías asociadas	25
1.2.2 La aplicación del modelo en los programas terapéuticos...	26
1.3 Modelo de Orientación Sistémico.....	27
1.3.1 Conceptos y teorías fundamentales del modelo.....	27
1.3.2 La aplicación del modelo. El tratamiento familiar.....	28
1.3.2.1 Escuelas de terapia familiar.....	31
1.3.2.2 Algunas técnicas de terapia familiar.....	34
1.4 Modelo Psicoterapéutico.....	37
1.4.1 Aproximación al concepto de psicoterapia.....	38
1.4.2 La aplicación del Modelo Psicoterapéutico.....	39
1.4.2.1 Algunas cuestiones relevantes para poner en práctica la psicoterapia.....	41
1.5 La Comunidad Terapéutica como modelo de tratamiento	43
1.5.1 Historia de las Comunidades Terapéuticas para toxicómanos	45
1.5.1.1 Fase temprana. Desde 1970 hasta 1989.....	46
1.5.1.2 Fase actual. Desde 1990 hasta el presente.....	47
1.5.2 Principios fundamentales del tratamiento en la C.T.....	51
1.5.3 Técnicas e instrumentos terapéuticos más utilizados en la C.T.....	55
1.5.3.1 El trabajo como elemento terapéutico educativo.....	55
1.5.3.2 La estructura jerárquica del trabajo.....	57
1.5.3.3 Delimitar y controlar las conductas negativas.....	57
1.5.3.4 El grupo de encuentro.....	58
1.5.3.4.1 Objetivos del grupo de encuentro.....	59
1.5.3.4.2 Normas y aspectos fundamentales para realizar el grupo de encuentro.....	60
1.5.3.4.3 Elementos a tener en cuenta para realizar un grupo de encuentro.....	61
1.5.3.4.4 Fases de los grupos de encuentro.....	62
1.5.3.5 Reuniones de toda la comunidad.....	66
1.5.3.5.1 Reunión de la Casa.....	66
1.5.3.5.2 La Reunión General.....	67
1.5.3.5.3 Seminarios.....	69
1.5.3.5.4 El encuentro de la mañana.....	70
1.5.4 La función de la evaluación en la C.T.....	71

1.5.5 Algunas aportaciones de la investigación sobre Comunidades Terapéuticas.....	72
1.5.6 El problema de la ética en la C.T.....	74
1.6 Síntesis del capítulo.....	76

2. Estudio Bibliométrico sobre Evaluaciones de Programas y Comunidades Terapéuticas para la Rehabilitación de Toxicómanos..... 83

2.1 Marco teórico del estudio bibliométrico.....	84
2.1.1 Estudio bibliométrico.....	86
2.1.1.1 <i>Historia sobre los estudios bibliométricos.....</i>	86
2.1.1.2 <i>Aproximación al concepto de “estudio o análisis bibliométrico</i>	89
2.1.1.3 <i>Algunas características de los estudios bibliométricos.....</i>	90
2.1.2 Principales características metodológicas sobre los estudios bibliométricos.....	91
2.1.2.1 <i>Naturaleza de la ciencia y su relación con los estudios bibliométricos.....</i>	92
2.1.2.2 <i>El estudio bibliométrico desde el paradigma cuantitativo.....</i>	93
2.1.2.3 <i>El estudio bibliométrico desde el paradigma cualitativo.....</i>	95
2.1.2.4 <i>Los indicadores bibliométricos.....</i>	97
2.1.2.4.1 <i>Los indicadores de producción.....</i>	97
2.1.2.4.2 <i>Los indicadores de colaboración.....</i>	99
2.1.3 La producción de documentos objeto de estudio.....	100
2.1.3.1 <i>Inicio de las publicaciones científicas.....</i>	101
2.1.3.2 <i>Motivos y razones que justifican las publicaciones.....</i>	102
2.1.3.3 <i>El informe de investigación.....</i>	104
2.1.3.4 <i>Las tesis doctorales.....</i>	108
2.1.3.5 <i>Las bases de datos.....</i>	109
2.1.4 Revisión sobre trabajos de recopilación de evaluaciones de programas y C.T.s. Estado de la cuestión en el ámbito nacional.....	112
2.1.5 Revisión sobre trabajos de recopilación de evaluaciones de programas y C.T.s. Estado de la cuestión en el ámbito anglosajón.....	117
2.1.6 Conclusiones del apartado.....	119
2.2 Planificación del estudio bibliométrico.....	121
2.2.1 Objetivos del trabajo.....	122
2.2.2 Diseño metodológico.....	122
2.2.2.1 <i>Selección de la información a recoger.....</i>	124
2.2.2.1.1 <i>Bases de datos.....</i>	125
2.2.2.1.2 <i>Revistas.....</i>	126
2.2.2.1.3 <i>Fuentes consultadas y registros obtenidos.....</i>	126
2.2.2.1.4 <i>Descriptorios.....</i>	127
2.2.2.2 <i>Elaboración de los instrumentos de análisis.....</i>	128

2.2.2.2.1 <i>Parrilla de análisis. Variables y categorías</i>	128
2.2.2.2.2 <i>Indicadores bibliométricos</i>	130
2.2.2.3 Técnicas de análisis de datos	131
2.2.2.3.1 <i>Técnicas cuantitativas</i>	131
2.2.2.3.2 <i>Técnicas cualitativas</i>	133
2.2.2.4 <i>Criterios para la interpretación de los resultados</i>	134
2.3 Análisis de la información recogida	135
2.3.1 Análisis cuantitativo	136
2.3.1.1 <i>Estudio descriptivo</i>	136
2.3.1.1.1 <i>Variables referentes a datos propios del documento</i>	136
2.3.1.1.2 <i>Variables referentes a la estructura interna del documento</i>	139
2.3.1.1.3 <i>Variables referentes a los resultados y/o conclusiones obtenidas</i>	148
2.3.1.2 <i>Descripción detallada de variables mediante el cruce de variables</i>	150
2.3.1.2.1 <i>Estudio según el tipo de evaluación</i>	151
2.3.1.2.2 <i>Estudio según el tipo de metodología</i>	161
2.3.1.3 <i>Indicadores bibliométricos</i>	171
2.3.1.3.1 <i>Indicadores de producción</i>	171
2.3.1.3.2 <i>Indicadores de colaboración</i>	176
2.3.2 Análisis cualitativo	178
2.3.2.1 <i>Análisis de contenido sobre los objetivos</i>	178
2.3.2.2 <i>Análisis de contenido sobre los diseños</i>	180
2.3.2.3 <i>Análisis de contenido sobre las variables</i>	181
2.3.2.4 <i>Análisis de contenido sobre los instrumentos y técnicas de recogida de información</i>	184
2.3.2.5 <i>Estudio de contenido sobre los tipos y pruebas de análisis de datos</i>	185
2.4 Conclusiones e interpretación de resultados	187
2.4.1 Valoración del proceso	187
2.4.1.1 <i>Fase exploratoria y documental</i>	187
2.4.1.2 <i>Fase descriptiva y analítica</i>	189
2.4.1.3 <i>Fase evaluativa</i>	190
2.4.1.4 <i>Principales dificultades y posibilidades encontradas en el trabajo</i>	190
2.4.2 Valoración de los resultados	192
2.4.2.1 <i>Valoración desde la perspectiva cuantitativa</i>	193
2.4.2.1.1 <i>Valoración de los indicadores bibliométricos</i>	195
2.4.2.2 <i>Valoración desde la perspectiva cualitativa</i>	197
2.4.3 Conclusiones del estudio	198
2.4.4 Implicaciones metodológicas	205

3. Plan de la Investigación.....	217
3.1 Comprensión del objeto a evaluar.....	218
3.1.1 Base lógica del programa.....	219
<i>3.1.1.1 Modelo de intervención y terapia desde una perspectiva social y psicológica.....</i>	<i>220</i>
3.1.2 Objetivos del programa.....	222
<i>3.1.2.1 Objetivos comunes con el Plan Regional Sobre Drogas.....</i>	<i>222</i>
<i>3.1.2.2 Objetivos generales y específicos del programa de C.T.....</i>	<i>224</i>
3.1.3 Metodología y principios de actuación del programa.....	226
3.1.4 Técnicas y estrategias terapéuticas.....	228
3.1.5 Temporalización del programa. Fases.....	232
3.1.6 Estructura de recursos.....	234
<i>3.1.6.1 Equipo Terapéutico: Constitución y Funciones.....</i>	<i>234</i>
<i>3.1.6.2 Otros recursos humanos y materiales.....</i>	<i>235</i>
3.1.7 Sistema de evaluación planteado por el programa.....	236
3.1.8 Valoración crítica del programa planteado inicialmente..	237
3.2 Planificación de la evaluación.....	238
3.2.1 Objetivos del trabajo evaluativo.....	238
3.2.2 Elección del modelo.....	240
<i>3.2.2.1 El modelo Responderte o de Stake.....</i>	<i>241</i>
<i>3.2.2.2 Características de la evaluación Respondente.....</i>	<i>242</i>
<i>3.2.2.3 Cómo realizar los juicios de valor.....</i>	<i>243</i>
3.2.3 Diseño de la investigación.....	245
<i>3.2.3.1 Acceso al campo y negociación del contrato.....</i>	<i>245</i>
<i>3.2.3.2 Planificación de la información a recoger.....</i>	<i>247</i>
<i>3.2.3.2.1 Unidades de observación, dimensiones y variables.....</i>	<i>249</i>
<i>3.2.3.2.2 Variables y definición operativa.....</i>	<i>251</i>
<i>3.2.3.2.3 Recogida de la información según distintas audiencias y variables.....</i>	<i>254</i>
<i>3.2.3.3 Selección de la muestra.....</i>	<i>255</i>
<i>3.2.3.4 Técnicas e instrumentos de recogida de datos.....</i>	<i>258</i>
<i>3.2.3.5 Técnicas de análisis de datos.....</i>	<i>262</i>
<i>3.2.3.5.1 Análisis de datos cuantitativos.....</i>	<i>263</i>
<i>3.2.3.5.2 Análisis de datos cualitativos.....</i>	<i>264</i>
3.2.3.6 Criterios para interpretar los resultados del trabajo evaluativo.....	266
3.2.3.7 Temporalización del trabajo.....	267
3.2.3.8 Tipificación del diseño del estudio evaluativo.....	268

4. Recogida y análisis de la información. Matriz	
Descriptiva.....	275
4.1 Intenciones. Lo que pretenden las audiencias.....	276
4.1.1 Situación de partida según los residentes.....	276
4.1.2 Situación de partida según los terapeutas.....	283
4.1.3 Situación de partida según las familias.....	287
4.1.4 Situación de partida según los voluntarios.....	290
4.1.5 Principales observaciones recogidas sobre los antecedentes	293
4.1.6 Expectativas del programa según los residentes.....	295
4.1.7 Expectativas del programa según los terapeutas.....	302
4.1.8 Expectativas del programa según las familias.....	308
4.1.9 Expectativas del programa según los voluntarios.....	309
4.1.10 Principales expectativas acerca de la implementación del programa.....	310
4.1.11 Logros a alcanzar según los residentes.....	312
4.1.12 Logros a alcanzar según los terapeutas.....	315
4.1.13 Logros a alcanzar según las familias.....	316
4.1.14 Logros a alcanzar según los voluntarios.....	318
4.1.15 Principales logros a alcanzar.....	319
4.2 Observaciones. Lo que las audiencias perciben.....	320
4.2.1 Percepciones después del programa según los residentes.	321
4.2.2 Percepciones después del programa según los terapeutas	327
4.2.3 Percepciones después del programa según las familias....	333
4.2.4 Percepciones después del programa según los voluntarios.	336
4.2.5 Síntesis de las percepciones después de realizar el programa	340
4.2.6 Valoraciones de la implementación según los residentes...	341
4.2.7 Valoraciones de la implementación según los terapeutas...	348
4.2.8 Valoraciones de la implementación según las familias.....	352
4.2.9 Valoraciones de la implementación según los voluntarios.	353
4.2.10 Principales valoraciones de la implementación.....	354
4.2.11 Resultados del programa según los residentes.....	357
4.2.11.1 <i>Resultados según los residentes de la muestra A.....</i>	357
4.2.11.1.1 <i>Análisis descriptivo.....</i>	358
4.2.11.1.2 <i>Análisis diferencial.....</i>	374
4.2.11.2 <i>Resultados según residentes de la muestra B.....</i>	378
4.2.12 Resultados del programa según los terapeutas.....	381
4.2.13 Resultados del programa según las familias.....	384
4.2.14 Resultados del programa según los voluntarios.....	387
4.2.15 Síntesis de los principales resultados del programa en las áreas de intervención.....	390
4.3 Análisis de las contingencias y congruencias.....	391
4.3.1 Análisis de las contingencias lógicas y empíricas.....	391

4.3.1.1 Relación entre la situación de partida y las expectativas del programa.....	392
4.3.1.2 Relación entre las expectativas del programa y los logros a alcanzar.....	395
4.3.1.3 Relación entre las percepciones después del programa y las valoraciones de la implementación.....	396
4.3.1.4 Relaciones entre las valoraciones de la implementación y los resultados del programa.....	398
4.3.2 Análisis de las congruencias entre intenciones y observaciones.....	400
4.3.2.1 Análisis de las congruencias entre la situación de partida y las percepciones después del programa.....	401
4.3.2.2 Análisis de las congruencias entre las expectativas del programa y las valoraciones de la implementación.....	403
4.3.2.3 Análisis de las congruencias entre los logros a alcanzar y los resultados del programa.....	406

5. Valoración de los resultados. Juicios y estimaciones..... 413

5.1 Referentes para emitir las valoraciones.....	414
5.1.1 Normativa referente a los centros terapéuticos.....	414
5.1.1.1 Leyes de carácter general.....	414
5.1.1.2 Leyes de carácter específico.....	416
5.1.2 Normas propias del centro objeto de evaluación.....	420
5.1.2.1 Requisitos y protocolo de acceso al centro objeto de evaluación.....	420
5.1.2.2 Las normas relativas al funcionamiento del programa.....	421
5.1.2.3 Algunos referentes de los resultados a lograr por la Comunidad Terapéutica.....	423
5.1.3 Síntesis de la normativa para realizar las valoraciones....	424
5.2 Otros referentes.....	426
5.2.1 Referentes del mismo contexto que el programa evaluado	426
5.2.2 Referentes de otros contextos.....	427
5.3 Juicios y estimaciones.....	428
5.3.1 Juicios relativos al diseño del programa.....	428
5.3.1.1 Planteamiento del programa y teoría/modelo de intervención..	429
5.3.1.2 Propuesta y diseño de objetivos generales y específicos.....	430
5.3.1.3 Diseño de estrategias terapéuticas y actividades implementadas.....	430
5.3.1.4 Adecuación de la estructura de recursos.....	431
5.3.1.5 Sistema de evaluación.....	431
5.3.1.6 Síntesis de la valoración del diseño del programa.....	432
5.3.2 Juicios relativos a la implementación y desarrollo del programa.....	433

5.3.2.1 <i>Estimaciones referentes a la monitorización del programa.....</i>	435
5.3.2.2 <i>Valoraciones y juicios referentes a la aplicación del programa.....</i>	437
5.3.2.3 <i>Valoración de la cobertura.....</i>	441
5.3.3 Juicios referentes a los resultados obtenidos.....	442
5.3.3.1 <i>Juicios en torno al Área Personal.....</i>	443
5.3.3.2 <i>Estimaciones en relación al Área de Salud.....</i>	445
5.3.3.3 <i>Valoraciones referentes al Área Social.....</i>	446
5.3.3.4 <i>Apreciaciones sobre el Área laboral.....</i>	448
5.3.3.5 <i>Síntesis de las valoraciones de los resultados.....</i>	449
6. Conclusiones del trabajo.....	455
6.1 Idoneidad de la C.T. en relación al cumplimiento de sus objetivos.....	456
6.2 Conclusiones referentes al diseño, aplicación y resultados del programa.....	457
6.2.1 <i>Conclusiones referentes al diseño del programa.....</i>	457
6.2.2 <i>Conclusiones referentes a la aplicación del programa.....</i>	458
6.2.3 <i>Conclusiones referentes a los resultados del programa....</i>	460
6.3 Valoración global. Puntos fuertes y débiles del programa.	461
6.4 Propuestas de mejora.....	464
6.5 Análisis crítico del trabajo evaluativo. Autoevaluación...	465
7. Bibliografía.....	473
8. Anexos (Ver C.D.)	
Anexo I.- Cuadro de Unidades de observación, variables y categorías del estudio bibliométrico.	
Anexo II.- Addiction Severity Index	
Anexo III.- Parrilla análisis de documentos.	
Anexo IV.- Cuestionario comprobación de objetivos.	
Anexo V.- Entrevistas referentes a antecedentes, transacciones y resultados.	
Anexo VI.- Glosario.	

ÍNDICE DE ESQUEMAS, TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Nº	REFERENCIA DEL ESQUEMA	PAG.
1	Fases de la terapia psicoterapéutica	41
2	Círculo de culpabilidad	53
3	Evolución de los estudios bibliométricos	85
4	El estudio bibliométrico y la evaluación de programas	86
5	Cienciometría y bibliometría	90
6	El método científico	123
7	Matriz de descripción y juicios	243
8	Identificación de normas y formulación de juicios	244
9	Matriz descriptiva	248
10	Matriz de juicios	249

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	REFERENCIA DE LA TABLA	PAG.
1	Clasificación de las bases de datos	110
2	Fases, Objetivos operativos y Actividades del trabajo	124
3	Bases de datos y número de revistas	127
4	Año de publicación	137
5	Lugar donde se realiza el estudio	137
6	Tipo de documento	138
7	Contexto donde se realiza el trabajo	138
8	Tipo de evaluación ex-ante, expost/ int., ext./ for. suma.	139
9	Bibliografía	140
10	Modelo / Teoría	140
11	Objetivos / Hipótesis de evaluación	141
12	Finalidad de la evaluación	142
13	Criterios de valoración para juicios de valor	142
14	Diseño de evaluación	143
15	Grado de planificación del diseño	143
16	Metodología del diseño	144
17	Sistema de control	145
18	Variables de información, de clasificación y de intervención	145
19	Técnicas e instrumentos de recogida de información	146
20	Tipo de muestreo	146
21	Tamaño de la muestra	147
22	Audiencias implicadas	147
23	Técnicas de análisis de datos	148
24	Conclusiones	149
25	Puntos fuertes y débiles	149
26	Recomendaciones	149
27	Metaevaluación	150
28	Tipo eva. ex-ante, ex-post. Criterios de valoración para juicios de valor	152
29	Tipo eva. ex-ante, ex-post. Tipo de muestreo	152
30	Tipo eva. interna, externa. Técnicas de análisis de datos	153
31	Tipo eva. formativa, sumativa. Tipo de documento	155
32	Tipo eva. formativa, sumativa. Finalidad de la evaluación	156
33	Tipo eva. formativa, sumativa. Grado de planificación del diseño	156
34	Tipo eva. formativa, sumativa. Sistema de control	157
35	Tipo eva. formativa, sumativa. Téc. e instr. de recogida de información	158
36	Tipo eva. formativa, sumativa. Tamaño de la muestra	159
37	Tipo eva. formativa, sumativa. Audiencias implicadas	159
38	Tipo eva. formativa, sumativa. Técnicas de análisis de datos	160
39	Tipo eva. formativa, sumativa. Puntos fuertes y débiles	161
40	Metodología del diseño. Tipo de documento	162
41	Metodología del diseño. Modelo/Teoría	162
42	Metodología del diseño. Finalidad de la evaluación	163
43	Metodología del diseño. Diseño de evaluación	164
44	Metodología del diseño. Grado de planificación del diseño	165
45	Metodología del diseño. Sistema de control	166
46	Metodología del diseño. Téc. e Inst. de recogida de información	167
47	Metodología del diseño. Tipo de muestreo	168
48	Metodología del diseño. Tamaño de la muestra	169
49	Metodología del diseño. Audiencias implicadas	170
50	Metodología del diseño. Técnicas de análisis de datos	171
51	Autores según número de firmas en primer lugar	172
52	Estimación según Lotka	172
53	Producción fraccionada de los autores más prolíficos	174
54	Productividad institucional	175

55	Distribución de revistas por número de artículos	175
56	Distribución de artículos por número de firmas	177
57	Colaboración diacrónica	178
58	Objetivos	179
59	Diseños	180
60	Variables	181
61	Técnicas e instrumentos de recogida de información	184
62	Tipos y pruebas de análisis de datos	186
63	Planificación de las actividades del centro	227
64	Técnicas y estrategias terapéuticas	229
65	Fases y estrategias metodológicas	232
66	Unidades de observación, dimensiones y variables	250
67	Tipos de variables y definición operativa	251
68	Recogida de la información según las distintas audiencias implicadas	254
69	Cuestionario comprobación de objetivos	259
70	Validación del cuestionario	259
71	Entrevista referente a antecedentes, transacciones y resultados	261
72	Instrumentos de recogida de información según las audiencias	262
73	Preguntas referidas a lo que pretenden las audiencias	276
74	Preguntas referidas a las expectativas del programa	295
75	Preguntas referidas a lo que las audiencias perciben	321
76	Preguntas referidas a las condiciones de la implementación	342
77	Síntesis de las valoraciones de la implementación	355
78	Rechazo de invitación a consumir drogas	358
79	Consumo actual de alcohol	359
80	Atención a las cuestiones judiciales	360
81	Adaptación lugar residencia	360
82	Comunicación de sentimientos	361
83	Comunicación de problemas personales	361
84	Control de las emociones	361
85	Conocimiento de aspectos personales a mejorar	362
86	Conocimiento de recursos positivos a potenciar	362
87	Planteamiento de objetivos a corto plazo	363
88	Petición de ayuda ante dificultades	363
89	Relación persona/s convivies	368
90	Relación con los familiares próximos	368
91	Relación con personas que consumen drogas ilegales	369
92	Fuente principal de ingresos	370
93	Administración del dinero	371
94	Sexo en relación al consumo de drogas ilegales	374
95	Sexo en relación al consumo de alcohol de lunes a viernes	375
96	Situación laboral en relación al consumo de drogas ilegales	376
97	Droga principal de abuso en relación al consumo actual	377
98	Relaciones de contingencias lógicas	393
99	Relaciones de contingencias empíricas	397
100	Análisis de congruencias entre los antecedentes	401
101	Análisis de las congruencias entre las transacciones	403
102	Análisis de las congruencias entre los resultados	407
103	Síntesis de la normativa de la matriz de juicios	425
104	Utilización del tiempo libre y ocio	426
105	Valoración del diseño del programa	433
106	Valoración de las distintas audiencias acerca del programa	434
107	Valoración de la monitorización del programa	435
108	Valoración de la aplicación del programa	438
109	Sujetos atendidos en las U.T.Ts e ingresos en programa	441
110	Ingresos en programas de la región y en el programa evaluado	441
111	Proporción de ingresos en el programa que finalizaron la C.T.	442

112	Valoración de resultados según las diferentes audiencias	443
113	Síntesis de la valoración de las áreas de intervención	450
114	Herramienta para realizar la autoevaluación	467

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	REFERENCIA DEL GRÁFICO	PAG.
1	Año de publicación y tipo de evaluación	154
2	Autores por zonas de productividad	173
3	Productividad de revistas según áreas de dispersión de Bradford	176
4	Consumo abusivo de drogas y comportamientos. Residentes	277
5	Consumo abusivo de droga y expresión de sentimientos. Residentes	278
6	Consumo abusivo de drogas y pensamientos. Residentes	278
7	Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Residentes	279
8	Consumo abusivo de drogas y proceso educativo. Residentes	280
9	Consumo abusivo de drogas y situación laboral. Residentes	280
10	Consumo abusivo de drogas y relaciones de pareja. Residentes	281
11	Reacción del entorno familiar al ingresar en el programa. Residentes	282
12	Reacción de amigos al ingresar en el programa. Residentes	282
13	Motivaciones para empezar el programa. Residentes	283
14	Consumo abusivo de drogas y pensamientos. Terapeutas	284
15	Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Terapeutas	285
16	Motivaciones para realizar el programa. Terapeutas	286
17	Comportamiento y consumo abusivo de drogas. Familias	287
18	Consumo abusivo de drogas y pensamientos. Familias	288
19	Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Familias	288
20	Motivaciones para realizar el programa. Familias	290
21	Comportamiento y consumo abusivo de drogas. Voluntarios	291
22	Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Voluntarios	292
23	Reacción del entorno familiar al ingresar en el prog. Voluntarios	293
24	Grupos de autoayuda. Residentes	296
25	Reunión de la casa. Residentes	296
26	Sectores de trabajo. Residentes	297
27	Seguimiento médico. Residentes	298
28	Actividad deportiva. Residentes	298
29	Talleres de habilidades sociales. Residentes	299
30	Programación salidas de la C.T. Residentes	300
31	Ocio y Tiempo libre. Residentes	300
32	Proceso de convivencia. Residentes	301
33	Entrevistas individuales con terapeutas. Residentes	302
34	Grupos de autoayuda. Terapeutas	303
35	Reunión de la casa. Terapeutas	304
36	Sectores de trabajo. Terapeutas	304
37	Programación de salidas de la C.T. Terapeutas	306
38	Proceso de convivencia. Terapeutas	307
39	Entrevistas individuales. Terapeutas	307
40	Visitas al centro y seguimiento. Familias	308
41	Actividad realizada en centro. Voluntarios	309
42	Proceso de convivencia. Voluntarios	310
43	Resultados esperados en el Área de Salud. Residentes	312
44	Resultados esperados en el Área Personal. Residentes	313
45	Resultados esperados en el Área Social. Residentes	314
46	Resultados esperados en el Área Laboral. Residentes	314
47	Resultados esperados en el Área Social. Terapeutas	316
48	Resultados esperados Área Personal. Familias	317
49	Resultados esperados Área Social. Familias	318
50	Resultados esperados Área Social. Voluntarios	319
51	Comportamiento en la actualidad. Residentes	322
52	Expresión de sentimientos y emociones en la actualidad. Residentes	322
53	Pensamientos de los residentes sobre su situación actual. Residentes	323

54	Estado de salud actual. Residentes	324
55	Proceso educativo. Residentes	324
56	Situación actual laboral. Residentes	325
57	Situación actual en la C.T. y familia. Residentes	326
58	Motivaciones para seguir en la C.T. Residentes	327
59	Comportamiento en la actualidad. Terapeutas	328
60	Pensamientos de los residentes sobre situación actual. Terapeutas	329
61	Estado de salud actual. Terapeutas	329
62	Proceso educativo. Terapeutas	330
63	Situación laboral actual. Terapeutas	331
64	Situación actual en la C.T. y familia. Terapeutas	331
65	Situación actual en la C.T. y amigos. Terapeutas	332
66	Motivaciones para seguir en la C.T. Terapeutas	332
67	Pensamientos de los residentes sobre situación actual. Familias	334
68	Estado de salud actual. Familias	334
69	Proceso educativo. Familias	335
70	Comportamiento en la actualidad. Voluntarios	337
71	Expresión de sentimientos y emociones en la actualidad. Voluntarios	337
72	Pensamientos de los residentes sobre situación actual. Voluntarios	338
73	Proceso educativo. Voluntarios	339
74	Motivaciones para seguir en la C.T. Voluntarios	340
75	Propuestas de mejora grupos de autoayuda. Residentes	342
76	Propuestas de mejora grupos temáticos. Residentes	343
77	Propuestas de mejora reunión de la casa. Residentes	344
78	Propuesta de mejora sectores de trabajo. Residentes	345
79	Propuestas de mejora actividades físicas. Residentes	346
80	Propuestas de mejora proceso de convivencia. Residentes	347
81	Propuestas de mejora entrevistas individuales. Residentes	348
82	Propuestas de mejora reunión de la casa. Terapeutas	349
83	Propuestas de mejora talleres de habilidades sociales. Terapeutas	350
84	Propuestas de mejora actividades de ocio y tiempo libre. Terapeutas	351
85	Propuestas de mejora proceso de convivencia. Terapeutas	352
86	Propuestas de mejora actividad de voluntario. Voluntarios	353
87	Propuestas de mejora proceso de convivencia. Voluntarios	354
88	Aspectos a mejorar respecto al área personal	364
89	Motivos para ingresar en urgencias después de terminar el programa	366
90	Aspectos a mejorar respecto al área de salud	367
91	Aspectos a mejorar respecto al Área Socio-laboral	372
92	Resultados conseguidos en el Área de Salud. Residentes	379
93	Resultados conseguidos en el Área Personal. Residentes	380
94	Resultados conseguidos en el Área social. Residentes	380
95	Resultados conseguidos en el Área Laboral. Residentes	381
96	Resultados conseguidos en el Área de Salud. Terapeutas	382
97	Resultados conseguidos en el Área Personal. Terapeutas	382
98	Resultados conseguidos en el Área Social. Terapeutas	383
99	Resultados conseguidos en el Área Laboral. Terapeutas	384
100	Resultados conseguidos en el Área de Salud. Familias	385
101	Resultados conseguidos en el Área Personal. Familias	385
102	Resultados conseguidos en el Área Social. Familias	386
103	Resultados conseguidos Área Laboral. Familias	387
104	Resultados conseguidos Área de Salud. Voluntarios	388
105	Resultados conseguidos Área Personal. Voluntarios	388
106	Resultados conseguidos Área Social. Voluntarios	389
107	Resultados conseguidos Área laboral. Voluntarios	390
108	El proceso del juicio	413

INTRODUCCIÓN

0. Introducción

El problema de las toxicomanías no es nuevo. A nivel mundial el consumo abusivo de drogas ilegales y los problemas sociales asociados que conlleva empezaron a tener relevancia en Estados Unidos a partir de los años 60 del siglo pasado, al tiempo que surge la necesidad de ofrecer tratamientos de rehabilitación a personas que no pueden controlar la adicción a diferentes sustancias ilegales que modifican la percepción y el comportamiento humano.

A nivel nacional el problema no empieza a ser alarmante hasta el principio de la década de los años 80 del siglo XX. En el año 1985 se crea el Plan Nacional Sobre Drogas, para coordinar las políticas que se llevan a cabo desde las Administraciones Públicas y entidades sociales en materia de drogas y paliar los problemas que genera el consumo abusivo de drogas ilegales.

En la actualidad el consumo de drogas ilegales se extiende al 5% de la población mundial entre 15 y 64 años, lo que equivale a unos doscientos millones de personas según la oficina de Naciones Unidas. En España las cifras también son relevantes, ya que según el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (Memoria 2005), la proporción de población entre 15 y 64 años adicta, solamente, a la heroína es del 0.4 %, es decir, unas 140.000 personas, aproximadamente. Además la proporción de jóvenes (15-35 años) que admite haber tomado cocaína en los últimos 12 meses es del 6.8% y éxtasis el 4.6%. Por último, el consumo de cannabis entre los estudiantes (14 a 18 años) es del 36.1%.

En nuestro contexto, según el Observatorio sobre Drogas para Asturias (Memoria 2006), la situación es distinta, ya que debido a la dispensación de metadona por los centros de salud el número de personas (15-64 años) que consumen heroína habitualmente es despreciable, un 6% cocaína, un 3.3% anfetaminas/speed, un 5.2% alucinógenos/éxtasis y un 27.7% cannabis. Además el consumo abusivo de drogas lleva asociados numerosos problemas sociales entre los que destacan: la delincuencia y los robos habituales, los problemas de salud por la transmisión de enfermedades contagiosas por vía parenteral y el tráfico de drogas. De todo esto se deduce que las toxicomanías, en la actualidad, es un problema tanto mundial como regional que afecta a un gran número de personas.

Para dar respuesta a esta problemática se ponen en marcha diferentes medidas, a través de programas para la rehabilitación de toxicómanos, con la finalidad reducir el consumo de drogas y mejorar la situación social de los sujetos toxicómanos y del entorno que les rodea. Así tenemos:

- Programas residenciales o de Comunidad Terapéutica (C.T.) libres de drogas, en donde los residentes permanecen en el centro donde se implementa el programa de rehabilitación hasta que lo terminan.
- Programas no residenciales libres de drogas, en donde los usuarios realizan el proceso terapéutico en el centro pero no residen en el mismo, pudiendo regresar a su hogar todos los días.
- Programas ambulatorios libres de drogas implementados en centros de salud o de día, en donde los usuarios realizan un número de visitas acordadas con los encargados del tratamiento en el centro.
- Últimamente están cobrando especial importancia los programas de mantenimiento con metadona, para aquellas personas que no quieren o no pueden acceder a un programa libre de drogas.

Los programas de mantenimiento con metadona se incluyen dentro de las medidas de reducción de daños, ya que la finalidad de los mismos no es mantener a los usuarios libres de drogas -pues éstos tienen prescrita una medicación diaria de metadona- sino proporcionarles los recursos necesarios para que mejoren sus condiciones de vida, tanto desde una perspectiva personal como social. Aunque no se descarta hacer un decaje progresivo de la metadona hasta que puedan llegar a prescindir de ella (Senay, 1997).

Entre los distintos tratamientos para la rehabilitación de toxicómanos, últimamente se ha potenciado el uso de la C.T. ya que, como modelo de tratamiento terapéutico, se ha mostrado un recurso eficaz para las personas con problemas de adicción que desean llegar a ser abstinentes. Las características básicas que definen la C.T. son las siguientes:

- 1.- Ser un tratamiento en donde los sujetos residen permanentemente en el centro donde se lleva a cabo el proceso terapéutico.
- 2.- La duración del programa comprende un periodo de tiempo entre 12 y 15 meses.
- 3.- El uso de los pares como elemento para facilitar el cambio en los hábitos y en la actitud de los residentes de la C.T.

Además, en los últimos años se está trabajando en las comunidades terapéuticas (C.T.s) con personas derivadas de un programa de mantenimiento con metadona. De tal manera que la C.T. aporta el tratamiento terapéutico y reeducativo y el programa de mantenimiento con metadona aporta el tratamiento médico (metadona y tratamiento psiquiátrico en los casos necesarios) (Kooyman, 1996; De Leon, Sacks, Stainess & McKendrick, 2000; De Leon, 2004a; De Leon, 2004b).

Al inicio de este trabajo, según el Plan Nacional sobre Drogas (Memoria 2004), en el año 2003 los usuarios atendidos en España en programas de mantenimiento con metadona eran 88.700 aproximadamente, cifra que refleja la importancia actual de este tipo de programas. Como consecuencia de ello surge la necesidad de valorar su eficacia y conocer si dichos programas cumplen los objetivos para los que fueron diseñados. Sin embargo, existe una carencia de estudios de evaluación fiables sobre estos programas (Valverde, 2001). En el caso de que se lleven a cabo suelen ser evaluaciones de resultados e internas realizadas por los propios responsables de los programas, con la finalidad de justificarse ante la Administración (Comas, 2006). En este tipo de trabajos la objetividad queda en entredicho debido a la falta de independencia de los evaluadores.

Se crea así la necesidad de valorar y comprobar la eficacia de los programas de mantenimiento con metadona para personas derivadas a una C.T. Estos trabajos deberán ser evaluaciones externas, en donde el evaluador sea independiente del programa que va a evaluar para garantizar la credibilidad, y no limitarse solamente a la valoración de resultados sino tener en cuenta los procesos que permitan conocer en profundidad la realidad de estas C.T.s, con el fin comprobar la coherencia entre lo que se pretende y aquello que realmente se realiza y poder ofrecer así pautas de mejora.

Por estos motivos nuestro trabajo se propone llevar a cabo una evaluación externa de procesos que tenga en cuenta a todas las audiencias implicadas. Teniendo en cuenta los argumentos precedentes se ha considerado oportuno centrar el tema de esta tesis en **“el estudio evaluativo de un programa de C.T. de mantenimiento con metadona para la rehabilitación de toxicómanos”**, con el fin de incrementar el corpus de conocimiento sobre las ventajas y limitaciones de este modelo terapéutico y proponer las mejoras oportunas.

Las razones específicas que justifican esta elección son las siguientes:

- En primer lugar, la magnitud del problema del consumo de drogas ilegales a nivel mundial y los problemas asociados en el ámbito social y de salud que representa dicho fenómeno.
- En segundo lugar, la pertinencia de realizar trabajos de este tipo debido a la carencia de estudios de evaluación sobre C.T., en donde el evaluador sea una persona independiente y se valoren, además de resultados, los procesos que se llevan a cabo en la práctica terapéutica del día a día.
- En tercer lugar, la posibilidad real de poder llevar a cabo el trabajo e incorporarme como observador a la dinámica interna de la C.T., objeto de estudio, al estar vinculado ocho años a la misma realizando tareas como voluntario, lo cual

sirvió para acumular un gran número de experiencias de todo tipo que ayudaron a conseguir un conocimiento profundo de la realidad a investigar.

Según los referentes anteriormente especificados la hipótesis que se plantea en esta tesis es la siguiente: **los programas que utilizan el tratamiento de “Comunidad Terapéutica”, como modelo para la rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona son eficaces y cumplen la finalidad básica que persiguen.** Entendemos que la C.T. es una estrategia oportuna para producir un cambio en los hábitos y estilo de vida de los residentes que les permitan llevar una vida autónoma sin depender de ninguna sustancia ilegal que modifique la percepción y el comportamiento. La finalidad de nuestro trabajo es verificar en que medida esto se cumple.

De acuerdo con la hipótesis de partida el objetivo general de la tesis es el siguiente: **“evaluar un programa que lleva a cabo una C.T. con mantenimiento de metadona para la rehabilitación de toxicómanos y comprobar si cumple los objetivos para los que fue diseñado”.**

Para abordar el trabajo se elaboró un plan o proyecto de tesis doctoral que tiene tres objetivos específicos:

- 1°.- Analizar el estado de la cuestión sobre trabajos que se han realizado para evaluar programas y comunidades terapéuticas orientadas a la rehabilitación de toxicómanos.
- 2°.- Elaborar y aplicar un diseño para la evaluación externa de un programa de intervención realizado por una comunidad terapéutica para la rehabilitación de toxicómanos.
- 3°.- Establecer conclusiones y elaborar orientaciones en relación con el diseño, aplicación y evaluación de programas de intervención para la rehabilitación de toxicómanos por comunidades terapéuticas.

Para conocer el estado de la cuestión sobre la evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos hemos revisado, previamente, los principales modelos y teorías de tratamiento terapéutico de toxicómanos, los conceptos teóricos y prácticos relacionados con la evaluación de programas y hemos efectuado un estudio bibliométrico referente a evaluación de programas y C.T.s de toxicómanos.

Una vez analizados los modelos de evaluación apropiados a este caso hemos optado por el “Modelo de Stake o Respondente” como marco de referencia teórico para realizar un estudio evaluativo de una C.T. para la rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona.

Las razones que justifican la elección del modelo son las siguientes:

1ª El modelo de Stake nos va a permitir utilizar la evaluación como un proceso de comunicación entre el evaluador y las audiencias implicadas para realizar propuestas de mejora al programa.

2ª Ofrece la posibilidad de conocer los antecedentes, los procesos y los resultados del programa para poder orientar la toma de decisiones.

3ª Este modelo nos permite utilizar un diseño flexible y emergente que se adapte al contexto natural donde se implementa el programa y utilizar una metodología cualitativa para conocer en profundidad la práctica terapéutica que en él se desarrolla.

4ª Considera el papel del evaluador como negociador entre las partes implicadas en la evaluación, es decir, entre los responsables y los usuarios del mismo, recogiendo y seleccionando la información pertinente de los distintos colectivos.

5ª Permite tener en cuenta el papel del resto de audiencias implicadas (residentes, terapeutas, familias y voluntarios) como los grupos que identifiquen el mérito y los déficit del programa.

6ª Por último, destacar que este modelo posibilita que la finalidad de la evaluación esté centrada en las audiencias implicadas y orientada a la toma de decisiones para la mejora del programa.

La posibilidad de utilizar otros modelos de evaluación ha sido desechada por los siguientes motivos:

- Los modelos experimentales y cuasiexperimentales fueron rechazados puesto que la evaluación se realiza en el entorno natural donde se implementa el programa y no se puede tener control sobre la variable independiente.
- Los modelos centrados en los objetivos no eran pertinentes debido a la falta en el programa de objetivos operativos y técnicas de medida de los mismos.
- Los modelos eclécticos también fueron descartados ya que las audiencias implicadas no tenían ni los recursos ni la oportunidad de reflexionar sobre el proceso del que forman parte.
- Por último, los modelos orientados al consumidor tampoco eran pertinentes al no poder consensuar con los usuarios las normas relativas al sistema de control de resultados.

Así pues, en nuestra elección del modelo de Stake hemos tenido en cuenta tanto las ventajas que ofrece este modelo como las limitaciones de otros que se pudieran utilizar de forma alternativa.

La estructura del trabajo está dividida en dos grandes bloques diferenciados: parte teórica y parte empírica. El objetivo principal de la parte teórica es justificar el enfoque

y planteamiento del trabajo evaluativo realizado. Para ello se especifican los distintos modelos de tratamiento para la rehabilitación de toxicómanos, con especial referencia a los centrados sobre las C.T.s y se lleva a cabo un estudio bibliométrico sobre los trabajos de evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos que se han realizado en los últimos años que nos permite conocer los fundamentos teóricos y prácticos referentes a la temática que nos ocupa.

En relación a la parte empírica, el objetivo de nuestro estudio ha sido elaborar y aplicar un diseño de evaluación que nos permita conocer la valoración que hacen las audiencias sobre la dinámica interna y elaborar pautas de mejora sobre un programa concreto de C.T. con mantenimiento de metadona. Como todo trabajo práctico los pasos a desarrollar han sido los siguientes: elaboración de un plan de investigación, realización de la recogida y el análisis de la información pertinente para emitir los juicios de valor, valoración de los resultados obtenidos en relación a diferentes referentes y por último, se plantearon las conclusiones del trabajo.

El informe que se presenta como resultado de este trabajo teórico y práctico se ha organizado en seis capítulos, cuyo contenido se detalla a continuación:

En el **capítulo 1**, se desarrollan las principales teorías y tratamientos dirigidos a la rehabilitación de toxicómanos. La finalidad de este capítulo es recoger los diferentes modelos de tratamiento e identificar las diferencias entre los mismos, destacando el modelo de C.T. como integrador de los anteriores y pertinente para el tratamiento y rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona. Las teorías y modelos abordados son los siguientes: las teorías psicodinámicas, las teorías conductuales, los modelos de orientación sistémicos, el modelo psicoterapéutico y la C.T. como modelo terapéutico. Esta última destaca como tratamiento integrador de todos los anteriores modelos, ya que al ser un tratamiento terapéutico-educativo que se realiza durante las veinticuatro horas al día tienen cabida, según el momento cualquier modelo anteriormente citado (Roldán, 2004; Bernstein, et al., 2005; Booth, et al., 2004; Kooyman, 1996; Borisova & Goodman, 2004).

En el **capítulo 2** se analizan estudios evaluativos realizados sobre programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos, con el fin de conocer la tipología de estos estudios y la metodología que se ha utilizado. Para ello se realizó un estudio bibliométrico que consta de los siguientes apartados: fundamentación teórica, planificación del trabajo a realizar, análisis de los datos recogidos e interpretación de los resultados obtenidos. Las implicaciones metodológicas que se obtienen de este análisis hacen referencia a la utilización mayoritaria de estudios dirigidos a comprobar resultados, con diseños cuasiexperimentales y una metodología principalmente

cuantitativa (Delgado, 2002; Expósito, Olmedo & Fernández, 2004; Fernández Miranda, 2001; Hubbard, Craddock & Anderson, 2003; Maltrás, 2003).

El **capítulo 3** recoge el plan de investigación con la finalidad de explicitar el procedimiento metodológico utilizado para evaluar un estudio de caso sobre un programa concreto de C.T. de mantenimiento con metadona. En primer lugar, se efectúa un análisis del programa objeto de evaluación con la finalidad de comprobar si el programa cumple los requisitos necesarios para ser evaluado. En segundo lugar, se plantean los objetivos del trabajo evaluativo, los cuales dirigirán los procedimientos metodológicos posteriores. En tercer lugar se especifica la estructura del modelo de evaluación utilizado que, como ya señalamos, es el de “Stake o respondente”, se define el diseño y la metodología utilizada en función de los objetivos y del modelo elegido (Campbell & Stanley, 1988; De Miguel, 2000b; Hernández Pina, 1995; Latorre, Del Rincón & Arnal, 1996; Stake, 1995; Stake, 2005; Stufflebeam & Skinkfield, 1987).

El **capítulo 4** corresponde a la “matriz descriptiva” del modelo de Stake y tiene la finalidad de, por un lado, conocer la coherencia entre lo que pretenden las audiencias que sea el programa y lo que es en realidad y, por otro lado, recoger las relaciones de congruencia (relaciones no necesariamente de causa-efecto) entre los antecedentes, transacciones y resultados. La “matriz descriptiva” consta de tres niveles que son: los antecedentes (condiciones de partida de los implicados), las transacciones (el desarrollo del programa) y los resultados. Además, se recoge información de dos grandes bloques: las “intenciones”, es decir, lo que pretenden las audiencias implicadas que sea el programa objeto de evaluación y las “observaciones”, es decir, lo que perciben las audiencias implicadas de lo que es realmente el programa. (Stake, 1989a; Stake, 1989b; Stake, 2006; Stufflebeam & Skinkfield, 1987).

De acuerdo con la estructura de este modelo hemos desarrollado tres grandes apartados que son los siguientes:

- 1º.- Recogida y análisis de la información sobre las intenciones, es decir, lo que las audiencias pretenden o les gustaría que fuese el programa.
- 2º.- Recogida y análisis de la información sobre las observaciones, es decir, lo que realmente perciben las audiencias que es el programa.
- 3º.- Análisis de las contingencias y congruencias entre las intenciones y las observaciones de la información recogida en el programa.

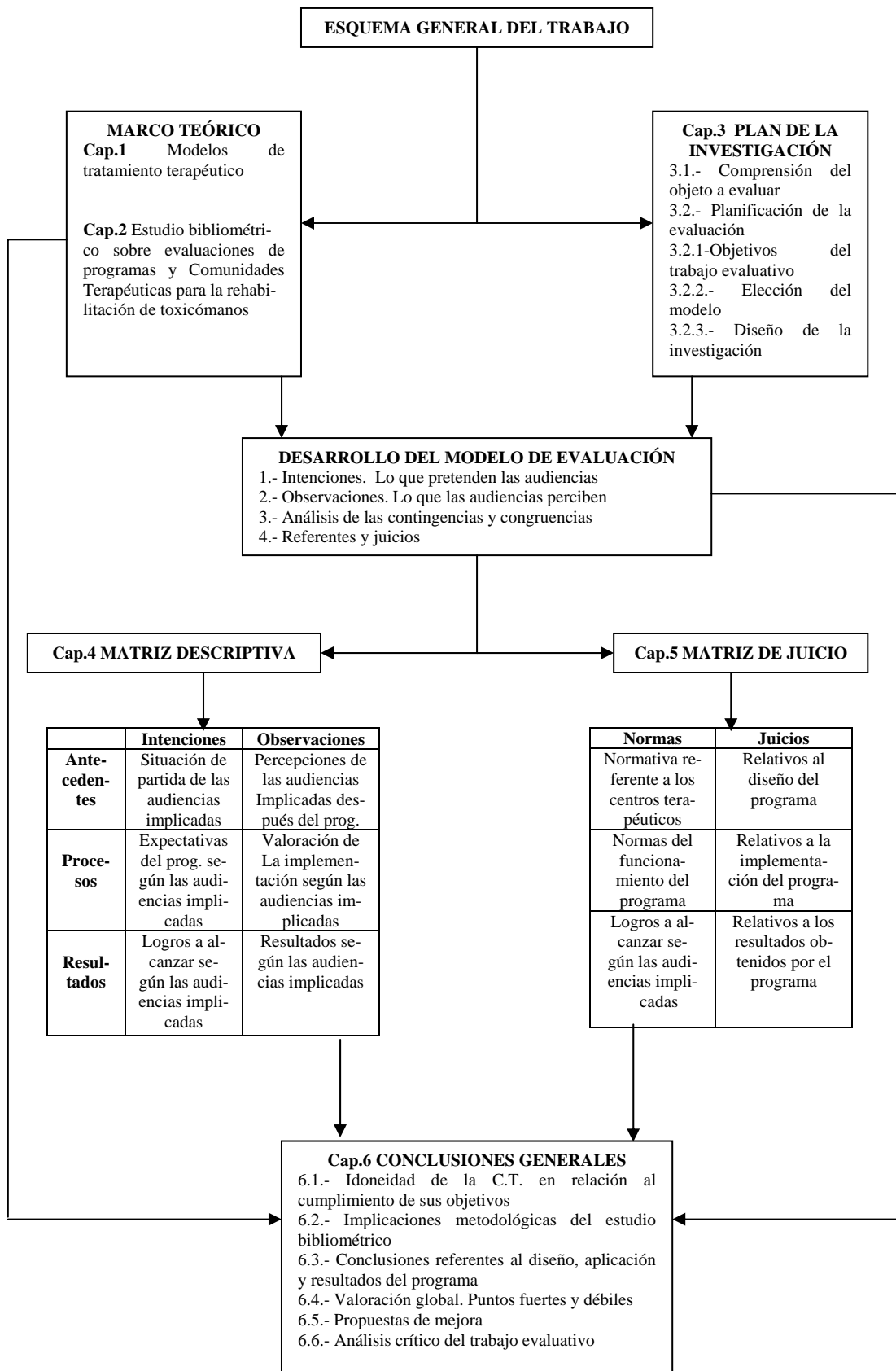
En el **capítulo 5** se realiza la valoración de los resultados obtenidos, utilizando la “matriz de juicios”, con la finalidad de efectuar estimaciones sobre el diseño, implementación y resultados del programa evaluado. La “matriz de juicios” tiene los mismos niveles de la matriz anterior y dos grandes bloques en donde se recoge

información. El primero corresponde con las “normas”, es decir, lo que las audiencias implicadas aprueban que debe ser el programa. El segundo bloque recoge los “juicios”, es decir, lo que las audiencias implicadas juzgan que debe ser el programa. Para desarrollar este capítulo, se tienen en cuenta los siguientes referentes: la normativa general y específica de los centros terapéuticos, los resultados de programas del mismo contexto que el programa evaluado y los resultados de programas de otros contextos. Los resultados del proceso evaluativo son coherentes con los referentes del mismo contexto del programa evaluado como se puede ver en los estudios de: Fernández & Secades (1999) y Fernández & Secades (2001) y con los referentes de otros contextos según los estudios de: Gossop, Marsden, Stewart & Treacy (2001), Prendergast, Podus, Chang & Urada (2002), Dekel, Benbenishty & Amran (2004), Kerr, Marsh, Li, Montaner & Word (2005), Peles, Schreiber, Adelson (2006) y Villafranca, Mckellar, Trafton & Humphreys (2006).

En el **capítulo 6** se exponen las conclusiones más relevantes del trabajo con la finalidad de que nos ayuden a proponer algunos de los puntos fuertes y débiles del programa, así como las recomendaciones o pautas para mejorarlo. Este capítulo lo hemos organizado en los siguientes apartados: la idoneidad de la C.T. en relación al cumplimiento de los objetivos que se propone, las conclusiones más relevantes referentes al diseño, aplicación y resultados del programa evaluado, la valoración global del programa, en donde su incluyen los puntos fuertes y débiles más destacados, las propuestas de mejora sugeridas que orienten la toma de decisiones, por último, un análisis crítico del trabajo evaluativo realizado a través de una autoevaluación (Vedung, 1997; Stake, 1998; Joint Comittee on Standard, 1994).

Por último, se adjunta un CD con los **anexos** que hacen referencia a: el cuadro de unidades de observación, variables y categorías del estudio bibliométrico, el instrumento de recogida de información Addiction Severity Index, la parrilla con el análisis de los 166 documentos analizados en el estudio bibliométrico, el cuestionario dirigido a comprobar si el programa evaluado cumple los objetivos para los que fue diseñado, el protocolo de las entrevistas referentes a antecedentes, transacciones y resultados y finalmente un glosario de términos relacionados con la temática de la tesis doctoral.

Estos capítulos se pueden sintetizar en el esquema que a continuación se muestra, en el que se especifica el proceso evaluador llevado a cabo, organizado en función del modelo de Stake que hemos utilizado como marco teórico y metodológico de referencia para realizar el estudio evaluativo.

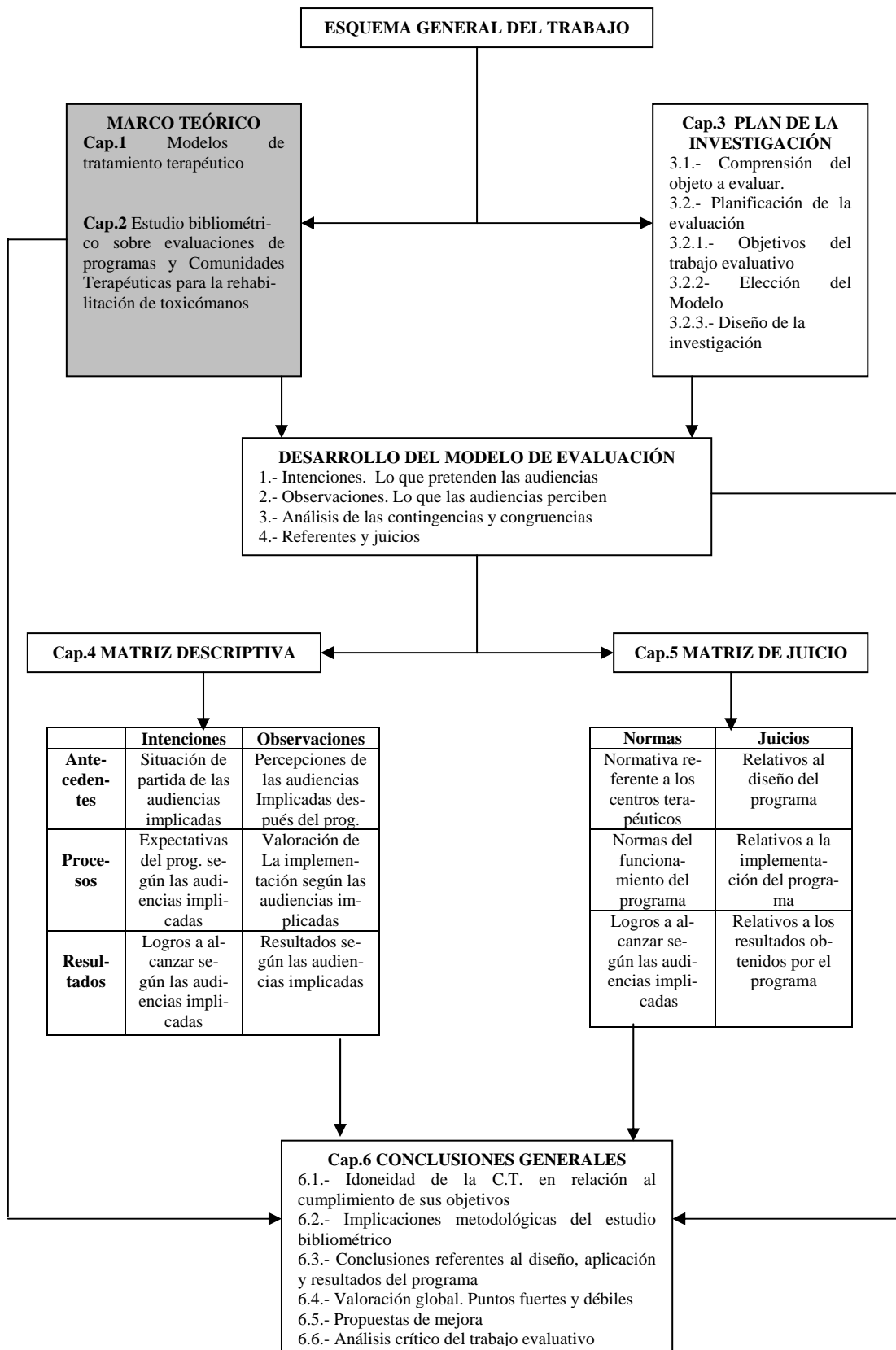


A modo de conclusión, la valoración que realizamos del trabajo evaluativo es positiva, dado que cumplió las expectativas iniciales y esperamos que los juicios, puntos fuertes y débiles y recomendaciones que se plantean en el mismo sean útiles para mejorar la práctica educativa en los centros terapéuticos para la rehabilitación de toxicómanos. Y, así, poder ayudar a mejorar una realidad social problemática que día a día afecta a un número elevado de personas, entre los que se encuentran adolescentes y jóvenes de nuestra sociedad. No obstante, consideramos necesario y esperamos poder llevar a cabo la realización de más trabajos de investigación y de evaluación sobre una realidad tan compleja como es la problemática de las toxicomanías.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I: MODELOS Y TEORÍAS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

CAPÍTULO II: ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO SOBRE EVALUACIONES DE PROGRAMAS Y COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA LA REHABILITACIÓN DE TOXICÓMANOS



CAPÍTULO I

Capítulo 1: Modelos de tratamiento terapéutico

1.1 Modelo Psicodinámico

1.1.1 Conceptos y teorías fundamentales del modelo

1.1.2 Aplicación del modelo en la rehabilitación de toxicómanos

1.2 Modelo Conductual

1.2.1 El Modelo Conductual. Conceptos y teorías asociadas

1.2.2 La aplicación del modelo en los programas terapéuticos

1.3 Modelo de Orientación Sistémico

1.3.1 Conceptos y teorías fundamentales del modelo

1.3.2 La aplicación del modelo. El tratamiento familiar

1.4 Modelo Psicoterapéutico

1.4.1 Aproximación al concepto de psicoterapia

1.4.2 La aplicación del Modelo Psicoterapéutico

1.5 La Comunidad Terapéutica como modelo de tratamiento

1.5.1 Historia de las Comunidades Terapéuticas para toxicómanos

1.5.2 Principios fundamentales del tratamiento en la C.T.

1.5.3 Técnicas e instrumentos terapéuticos más utilizados en la C.T.

1.5.4 La función de la evaluación en la C.T.

1.5.5 Algunas aportaciones de la investigación sobre Comunidades Terapéuticas

1.5.6 El problema de la ética en la C.T.

1.6 Síntesis del capítulo

1. Modelos de tratamiento terapéutico

El presente capítulo tiene el objetivo de especificar los principales modelos de tratamiento terapéutico con la finalidad de fundamentar teóricamente las intervenciones que se realizan en los programas para la rehabilitación de toxicómanos que se proponen realizar cambios en la conducta y en el estilo de vida de los sujetos que acuden a ellos.

Desde esta perspectiva podemos entender el “modelo” como el marco teórico de referencia para planificar y desarrollar las propuestas reeducativas que se implementan con los sujetos toxicómanos que lleva a cabo un programa de rehabilitación.

En este capítulo recogemos aquellos modelos de tratamiento terapéutico que tienen especial importancia debido a su utilización en la rehabilitación de toxicómanos y son los siguientes:

- El Modelo Psicodinámico.
- El Modelo Conductual.
- El Modelo de Orientación Sistémico.
- El Modelo Psicoterapéutico.
- La Comunidad Terapéutica (C.T.) como modelo terapéutico.

Cabe destacar que en el tratamiento de esta problemática no se suelen utilizar, ni modelos puros, ni una sola teoría en cada modelo, sino que se tiende hacia los enfoques integradores. De tal manera, que los modelos y teorías se adaptan a la problemática de los sujetos.

1.1 Modelo Psicodinámico

Este modelo parte de la explicación de los fenómenos inconscientes que están directamente ligados a la relación dinámica que se establece entre cada una de las instancias psíquicas (“yo”, “superyó” y “ello”) de los sujetos adictos. El “yo” denominado principio de la realidad, expresión de lo psíquico por la interacción con el medio. El “ello” principio del placer asociado al instinto y el “superyó” principios morales y éticos.

Cabe destacar que en el tratamiento de sujetos toxicómanos este tipo de modelo se puede plantear desde dos perspectivas diferentes. Por un lado, tenemos los profesionales que trabajan individualmente con los sujetos adictos y aplican este modelo exclusivamente o en combinación con otros, por otro lado este enfoque se puede plantear en un programa más amplio, donde se trabaja con los sujetos colectivamente, como complemento al mismo.

1.1.1 Conceptos y teorías fundamentales del modelo

Al hablar de los modelos psicodinámicos, en un primer momento, debemos citar la obra de Freud, ya que las teorías sobre las que se sustenta este modelo conceden cierta importancia a los fenómenos inconscientes. Según Frances, Franklin & Borg (1997), el concepto que subyace a los fundamentos del tratamiento psicodinámico está ligado a la relación entre el “yo”, el “ello” y el “superyó” que implica tener en cuenta las resistencias, las defensas, los conflictos y el uso de recursos terapéuticos como la asociación libre, la clarificación y la interpretación.

Este modelo está fundamentado en la teoría psicoanalítica que en sus comienzos se centró en los impulsos, incluidos los libidinales agresivos, deseos orales y agresión oral. En la actualidad, los psicoterapeutas que emplean dicha teoría se centran más en aspectos como los déficit estructurales y de desarrollo, estableciéndose una conexión entre el papel de las defensas del “yo”, los déficit defensivos, la experiencia afectiva y el abuso de sustancias tóxicas.

Diversos autores que estudian la relación de las drogas con los comportamientos psicológicos postulan la capacidad del alcohol para causar una regresión en las funciones del “ello”, el “yo” y el “superyó”. También se pone en tela de juicio si el alcoholismo es la causa de trastornos psicológicos o viceversa.

Una posible explicación de la conducta adictiva puede ser la incapacidad del individuo para soportar afectos extremos, por lo que el sujeto adicto se ve en la necesidad de recurrir a cualquier sustancia que le ayude a “escapar” y le evite sufrir debido a su incapacidad para verbalizar los estados afectivos. En última instancia, los sujetos con estas características se sienten en peligro temiendo verse superados por sus afectos. La falta de capacidad para expresar los sentimientos y emociones puede hacer recurrir a los individuos a tomar medidas defensivas, ya que al consumir sustancias tóxicas canalizan la afectividad a través de acciones puntuales que, en este caso, ayudan a evadirse de la misma.

Autores más recientes como Bean-Bayog (1988), McDougall (1984), Meissner (1986), Wurmser (1984), Lewis (1987) explican la adicción desde situaciones concretas, como por ejemplo:

- A modo de patrón defensivo para superar traumas psíquicos graves que ocasionan la pérdida del control, lo que puede llevar a utilizar las sustancias tóxicas.
- Para soportar los sentimientos de vacío, aburrimiento, soledad, rabia, culpabilidad, impotencia creados por la personalidad narcisista.

- Como identificación patológica del individuo con padres psicóticos y destructivos.
- Como objetos de identificación idealizados que no fueron obtenidos mediante el desarrollo de la personalidad.

El sentimiento interno de carencia del propio valor es un síntoma característico de los individuos que abusan de sustancias tóxicas. La incapacidad para obtener ayuda y reconocimiento que ayuden al individuo a mejorar su autoestima hace que tengan sentimientos autodestructivos y autofrustrantes.

La incapacidad para cuidar de si mismos, no adquirida durante el desarrollo, hace que estos sujetos tengan dificultades para preocuparse por su propia persona y sus acciones. La consecuencia de esto es la incapacidad de prever la magnitud de sus actos.

1.1.2 Aplicación del modelo en la rehabilitación de toxicómanos

El Modelo Psicodinámico, según Frances, Franklin & Borg (1997) se puede aplicar a diferentes sujetos y de diferentes formas. Así existen sujetos que prefieren los tratamientos de programas de grupo o autoayuda y otros, en cambio, optan por la terapia individual, ya que quieren mantener a salvo la privacidad y la confidencialidad e introspección.

Los pacientes que suelen demandar este tipo de tratamiento suelen ser personas de inteligencia elevada, predisposición positiva hacia el tratamiento, actitud positiva para entender o encontrar el significado al comportamiento. Por otro lado, suelen tener cierta capacidad para empatizar con el terapeuta que les trata, deseo de mejorar o cambiar comportamientos y/o aspectos de si mismo que no son aceptables y tiempo suficiente para realizar el tratamiento.

Como en la mayoría de los tratamientos psicoterapéuticos son indicadores positivos de éxito: el estatus socioeconómico elevado, estabilidad sentimental con la pareja, psicopatología moderada y sociopatía mínima.

Algunos sujetos tienen prejuicios hacia tratamientos grupales como “Narcóticos Anónimos” y prefieren un tratamiento de introspección individual. Otros no toleran programas de corte espiritual y no quieren tomar ningún tipo de medicación, rechazando por tanto programas o terapias donde se les exija esto.

Las teorías psicodinámicas, que subyacen a este modelo, pueden tener especial relevancia para comprender mejor el proceso de rehabilitación y la psicoterapia en grupo (grupos de autoayuda, sesiones en grupo, etc.). Estas teorías aplicadas a la terapia

intentan que los sujetos reconozcan la importancia del “deseo inconsciente” de volver a consumir sustancias tóxicas en situaciones de estrés. Las repetidas recaídas deben de hacer ver al sujeto que todavía tiene que trabajar redirigiendo estos impulsos hasta que sea capaz de controlarlos sin hacer uso de ninguna sustancia.

La autorregulación de la afectividad es un aspecto recurrente de las personas que utilizan sustancias tóxicas, para escapar de una realidad que no pueden manejar. Así cuando el sujeto se enfrenta con sentimientos que no puede afrontar recurre a la sustancia que mejor conoce para no pasarlo mal. El tratamiento psicodinámico debería poder dotar al sujeto de recursos suficientes para regular sus sentimientos y su afectividad. Además, cuando debido al uso prolongado de cualquier sustancia, el sujeto tiene problemas adicionales de tipo psicológico, sociales o relacionales, el análisis psicodinámico de estos afectos puede ser útil.

Dentro de este modelo, la psicoterapia exploratoria tiene especial relevancia en sujetos narcisistas y con trastorno límite de la personalidad. Utilizando la introspección se puede llegar a que los sujetos se expresen abiertamente y se den cuenta de la visión distorsionada de la realidad que tienen, siendo muy importante que el terapeuta les muestre su apoyo y confianza a medida que avanza la relación (Kernberg, 1991).

Uno de los principales límites que se puede atribuir a los profesionales que trabajan con las teorías psicodinámicas es la falta de flexibilidad y el empeño en querer utilizar una teoría o enfoque a cada caso. Para aplicar con éxito estas teorías se deben tener en cuenta aspectos como las cuestiones estructurales, la teoría del conflicto, la regulación de la afectividad, los déficit cognoscitivos y la psicología del sí mismo. Cada paciente puede encajar con una o más de estas teorías, por lo que se deben de emplear de modo adecuado y flexible.

Para que el modelo psicodinámico sea efectivo debe ser aplicado por un terapeuta especializado en toxicomanías teniendo en cuenta y comprendiendo la transferencia negativa que puede realizar el toxicómano ante una figura de autoridad. Esta transferencia suele darse en sujetos cuyo desarrollo tuvo lugar en entornos hostiles, donde los padres y/o los hermanos eran adictos y no tenían en consideración al hijo o hermano. Este tipo de personas suelen tener problemas de disciplina con cualquier persona que represente la autoridad.

Por último, para poner en práctica el modelo psicodinámico debemos de tener un entorno adecuado que puede ser, bien una consulta privada si el sujeto necesita privacidad e intimidad y no quiere compartir con otras personas su introspección

terapéutica, o bien un programa con grupos de autoayuda en donde los sujetos se ayuden, mutuamente, a reflexionar sobre sus problemas personales.

1.2 Modelo Conductual

El postulado en el que se fundamenta este modelo se encuentra en las teorías conductuales que afirman que una conducta determinada se puede aprender y desaprender dependiendo de los refuerzos que apliquemos a la misma. Así, en los programas para la rehabilitación de toxicómanos, se refuerzan con estímulos positivos las conductas adaptadas al contexto y se aplican estímulos negativos a las conductas disonantes con los objetivos, que pretende alcanzar el sujeto a través del programa, y con su entorno próximo.

1.2.1 El Modelo Conductual. Conceptos y teorías asociadas

La aportación principal de este modelo al ámbito de las toxicomanías está relacionada con el concepto de reforzamiento y las teorías conductuales (Pavlov y Skinner), cognitivas (Piaget y Bruner) y cognitivas-conductuales (Bandura), teniendo en cuenta que las conductas que se refuercen positivamente tenderán a repetirse y las que se refuercen con estímulos negativos podrán extinguirse.

En la conducta adictiva tenemos al menos dos reforzadores principales:

- Las propiedades farmacológicas (reforzador positivo) de la sustancia que causa el problema a tratar que llevan al individuo a estados de tranquilidad, euforia o visionarias (Escohotado, 1998).
- Y el reforzador negativo que es el miedo al estado abstinente. Cuando la sustancia objeto de consumo abusivo es la heroína se conoce, vulgarmente, como “mono”.

Según Sirvent (1997) la adicción y su desarrollo se rige por relaciones de contingencias con reforzadores positivos y negativos que podríamos sintetizar de la siguiente manera:

- De reforzamiento positivo:
 - a) Aquellas contingencias relacionadas con las propiedades químicas-farmacológicas de las sustancias (euforizantes, tranquilizadores y visionarias).
 - b) Aquellas contingencias que no tienen que ver directamente con las drogas pero que afectan directamente al individuo como por ejemplo: la pertenencia a un grupo de iguales, relación con un subgrupo de personas determinado, adquisición de señas de identidad particulares y exclusivas, etc.

- De reforzamiento negativo:

a) Aquellas contingencias relacionadas con la evitación o disminución de episodios dolorosos para el individuo. Aquí entrarían toda una serie de problemas que suelen tener los individuos dependientes de sustancias, como son: situación familiar inestable (disputas familiares, separaciones, etc.), relaciones sociales deficitarias (aislamiento, incapacidad de relacionarse con otras personas, dificultades de comunicación, etc.), conflictos laborales de cualquier tipo. En el caso de ser la heroína la sustancia de abuso evitar el estado psicofísico provocado por la abstinencia.

Desde el modelo conductual los principales focos de atención para modificar la conducta serían las actitudes y las normas sociales. En un primer momento se debe concienciar al sujeto de que es él mismo el responsable de su comportamiento, por lo que la terapia no servirá de nada sin la implicación voluntaria del sujeto.

1.2.2 La aplicación del modelo en los programas terapéuticos

Los programas para la rehabilitación de toxicómanos tienen la finalidad de cambiar las actitudes de los sujetos, para ello, se utilizará el condicionamiento clásico y el operante. En última instancia se persigue desaprender una conducta adictiva sustituyéndola por otra que libere al sujeto. El terapeuta debe premiar las conductas saludables y castigar las que impliquen hábitos nocivos, así hasta que se logren cambiar todos los hábitos autodestructivos.

En los programas para toxicómanos tienen un papel principal el cumplimiento de las normas de dicho programa. Esto es importante para que cuando el individuo termine el proceso de rehabilitación pueda convivir con las normas sociales de su entorno. Aunque en algunos programas, la excesiva preocupación por el cumplimiento ortodoxo de las normas puede hacer que se descuiden otros aspectos importantes de la terapia.

En los programas donde se trabaja individualmente con los sujetos adictos, el terapeuta de cada sujeto es el encargado de aplicar el sistema de reforzadores tanto negativos como positivos. Sin embargo, en los programas en los que la terapia se realiza mediante grupos de autoayuda, además del terapeuta, los propios sujetos toxicómanos pueden aplicar reforzadores positivos (Eje.: aprobación de una tarea bien realizada) y reforzadores negativos (Eje.: confrontar a un sujeto cuando evade sus responsabilidades).

La manera más común de aplicar los reforzadores es mediante llamadas de atención verbales, tanto individualmente como en grupo. Además, en los programas donde existen privilegios según el rango jerárquico del sujeto, los refuerzos positivos se suelen

aplicar ofreciendo un cargo jerárquico más elevado y aumentando la confianza en el sujeto, el cual debe asumir con éxito sus nuevas responsabilidades. Los refuerzos negativos se aplican quitando responsabilidades al sujeto y disminuyéndole el rango jerárquico que poseía, con el consiguiente retroceso en el programa que esto conlleva.

1.3 Modelo de Orientación Sistémico

Este modelo tiene sus principales argumentos en la teoría de los Sistemas y de la Gestalt (Malow, Rogers y Lewin), de tal manera que la premisa inicial es que si el núcleo relacional principal del sujeto es la familia y ésta es disfuncional, se pueden producir una serie de desajustes que propiciarán en alguno de sus miembros el abuso de sustancias tóxicas (Sirvent, 1997).

Desde este enfoque se postula que la intervención en el individuo debe realizarse teniendo en cuenta a la familia y a la red social del mismo, ya que en las relaciones familiares y sociales se encuentra el síntoma de la adicción. La intervención se debería centrar en la dinámica de la interacción familiar y en la estructura de la red social del sujeto.

1.3.1 Conceptos y teorías fundamentales del modelo

El concepto fundamental que subyace a este modelo relaciona el consumo abusivo de drogas con una problemática en la relación familiar del sujeto que consume. Esto implica que el sujeto toxicómano tiene un problema asociado al consumo que puede ser más perjudicial para él que el deterioro producido por las drogas.

La teoría que se propone desde este modelo, es decir la terapia familiar, hace referencia al tratamiento del individuo incluido dentro de un “todo” (la familia) y la búsqueda del equilibrio familiar del sujeto toxicómano. Por ello, el fin de la terapia familiar sería recobrar o iniciar una interacción familiar de tal manera que ninguno de sus miembros se sienta fuera de lugar, es decir, en una posición disfuncional o sin ningún rol adecuado a sus características y a su posición jerárquica en la familia.

Según Koyman (1996), de entre las causas que pueden llevar a la adicción tenemos:

- Una relación traumática de los hijos con los padres conduce a una vinculación negativa que puede llegar a producir relaciones anormales con su grupo de iguales además de presentar dificultades para abandonar la casa paterna.

- La separación de los padres a edad temprana de los hijos y una superprotección de los mismos, por los dos cónyuges genera una relación de dependencia difícil de

superar. Los hijos necesitan de alguien para tomar sus propias decisiones, lo que genera un fuerte estrés.

- El rechazo emocional, durante la niñez, hace que el sujeto al crecer e ir desarrollándose como adulto se vea desbordado por determinadas emociones y afectos que intentará canalizar con continuas acciones; una de las cuales puede ser el consumo de sustancias que le permitan liberarse de esta presión.

- Los sujetos heroinómanos suelen tener padres despreocupados y excesivamente distantes. También los padres sobreprotectores suelen darse en los sujetos heroinómanos. La madre suele ser la que sobreprotege al hijo, mientras que el padre se suele mostrar más lejano emocionalmente. Estos mensajes, con doble sentido y sin causa justificada, añadido a la falta de límites de los comportamientos de los hijos, hacen que estos sean más proclives al consumo abusivo de sustancias tóxicas.

Por último, cabe destacar que la aplicación exclusiva de este modelo en toxicomanías resulta insuficiente, por lo que en la mayoría de los programas se suele combinar con otros modelos para reforzarlos. Es decir, se trabaja con la familia para ayudar mejor al sujeto toxicómano a que realice su proceso de recuperación.

1.3.2 La aplicación del modelo. El tratamiento familiar

Cuando iniciamos con un sujeto toxicómano un tratamiento familiar el primer paso que debemos realizar, según Kaufman (1997), es una valoración del nivel de consumo del sujeto, relacionando esto con la carga que supone para la familia en cuanto a: dinero que le aporta, problemas con la justicia, atención médica, etc.

Además, a la hora de valorar el nivel de consumo, si la familia está presente puede aportar datos relevantes para contrastarlos con lo que nos dice el sujeto toxicómano. Algunas veces, en cambio, es más provechoso entrevistar al sujeto por separado, pues la presencia de la familia puede coaccionarle, por lo cual aportará menos información relevante.

Al sujeto le debemos preguntar por su patrón de consumo desde el pasado hasta la actualidad. Además, trataremos de obtener información específica sobre la droga principal de consumo, cantidad utilizada, síndrome de abstinencia, tolerancia, daños físicos producidos, coste de la droga, forma de financiación y cualquier aportación relevante que quiera realizar el propio sujeto. También le pediremos la misma información sobre otras sustancias que hubiese consumido.

En este diagnóstico inicial se debe conocer cual es la situación de la familia con respecto al consumo de droga. El sujeto toxicómano puede tener más de un familiar adicto a las drogas, si esto ocurre no se debe presionar a dicho familiar ni poner en guardia a la familia, pero el sujeto que va a ser tratado deberá mantener cierta distancia con estos familiares.

Una vez realizado este diagnóstico y en función del mismo se debe diseñar un plan para conseguir que el sujeto se mantenga abstinentes. Este plan variará dependiendo del nivel de consumo de droga del individuo y de la ayuda que le pueda prestar la familia.

Así, cuando el consumo del sujeto es leve o moderado y no diario, esto se suele dar en adolescentes, se puede establecer un sistema de límites y de objetivos con los padres y el adolescente, para controlar el consumo. A los sujetos de más edad, se les debe hacer conscientes de los perjuicios que crean a su salud y a la familia. Esto les puede hacer recapacitar para que intenten mantener el consumo en unos niveles adecuados o suprimirlo. Por ejemplo, en el caso del alcohol o del tabaco.

Cuando el consumo empieza a ser regular, pero todavía no existe una dependencia muy acusada de las sustancias, como por ejemplo: consumos de cocaína en el fin de semana, consumo de alucinógenos, alcohol, hachís, etc., se puede ofrecer al sujeto y a la familia la oportunidad de asistir a terapias regulares en régimen abierto. Si el sujeto se negara a estas terapias se puede recurrir a otras alternativas como cambiar de residencia, de trabajo, un deporte que le guste, etc. También existe la opción de internamientos residenciales en programas de corta duración y alta intensidad buscando conseguir la abstinencia y el inicio de un tratamiento eficaz.

Los consumidores inveterados que generalmente acaban consumiendo heroína inyectada y tienen dependencia física y un alto nivel de tolerancia hacia las drogas, las alternativas que se les pueden ofrecer pasan por una desintoxicación, en un hospital o centro adecuado a tal fin. Después deben de ingresar en un programa especializado, en donde la familia deberá tener su propio tratamiento a través de grupos de autoayuda, los cuales también se realizarán conjuntamente con el sujeto toxicómano.

Para sujetos con altos niveles de consumo y una situación familiar problemática se suele recomendar un programa residencial, donde en un primer momento el sujeto no tenga contacto con su entorno más próximo (familia, amigos consumidores, ambientes donde se trafica, etc.), para que pueda centrarse exclusivamente en su rehabilitación.

La familia juega un papel decisivo, con los sujetos más problemáticos, puesto que debe comprometerse a mantener un proyecto o sistema que fomente la abstinencia. Esto

es muy difícil en la mayoría de las familias, pues alguno de los componentes puede tener un consumo abusivo de cualquier tipo de droga legal o ilegal, creando un mal ambiente para la abstinencia del sujeto toxicómano.

En determinadas circunstancias puede suceder que el sujeto toxicómano se resista al tratamiento. En este caso, el que toda la familia se integre en el tratamiento es fundamental, de tal manera que la persona que solicita el tratamiento puede ser quien arrastre al resto de los componentes de la familia a participar. Si algún miembro de la familia no quiere participar se le puede persuadir, para que se implique, diciéndole que es una pieza fundamental en el proceso.

El terapeuta debe llegar a un acuerdo inicial, que algunos autores (Kooyman, 1996; Sirvent, 1997 y Kaufman, 1997) llaman “contrato”. Aquí se especificará el grado de participación de cada miembro de la familia, de tal manera que todos los componentes del grupo familiar tengan esperanzas de superar el problema desde su rol.

Los miembros de la familia que deben implicarse en la terapia, siempre que se pueda, deben ser los que comparten el hogar con el sujeto toxicómano y los que mantienen un contacto regular con la familia. También son importantes los miembros de la familia que viven por su cuenta y puedan ayudar.

Una vez que se inicia el tratamiento se aconseja utilizar una terapia que tenga en cuenta diferentes roles para cada generación, así podemos tener los roles de los abuelos, padres, hermanos, hijos y cónyuge, si hay. En el caso de que el sujeto sea joven (< 24 años aproximadamente) tendrán más relevancia los padres y los hermanos. Los miembros del grupo familiar que participan en la terapia pueden cambiar para regenerarse y no desgastarse tanto.

En la terapia familiar deben de participar los componentes anteriormente citados. En los tratamientos que se tiene en cuenta solo al sujeto toxicómano y al padre o madre es prácticamente imposible de realizar, debido al problema de la manipulación por parte del sujeto adicto, por eso se recomienda la inclusión de un segundo miembro, tío, abuelo, hermano si puede ser. Cuando es una pareja de toxicómanos la que quiere recibir tratamiento a la vez es aconsejable que sigan programas separados. Aunque a veces las parejas en rehabilitación pueden tener éxito si son tratados conjuntamente.

Por último, los sujetos adictos (hombre o mujer) que tengan hijos a cargo, se les debe de facilitar la posibilidad de que desarrollen sus funciones paternas y toda la serie de implicaciones respecto al cuidado de los hijos que ello conlleva. Se trata, en definitiva,

de no perder el rol de padres por estar realizando un programa de rehabilitación para la adicción a drogas.

1.3.2.1 Escuelas de terapia familiar

En este apartado no se pretende realizar un estudio profundo de todas las escuelas que existen, sino que elaboramos un resumen de las cuatro más utilizadas para la rehabilitación de toxicómanos. Así tenemos las escuelas Estratégico-estructural, Psicodinámica, Teoría de Sistemas de Bowen y Comportamental. El orden elegido no guarda relación con la importancia de las mismas.

La **terapia estratégico-estructural** tiene como finalidad última reestructurar la familia, esto se debe conseguir introduciendo cambios en las interacciones familiares en cada sesión de terapia. Para ello, el terapeuta debe ser como un miembro más de la familia pero conservando siempre una cierta distancia para poder producir cambios sustanciales (Staton & Todd, 1982).

En las familias con uno o varios sujetos adictos se suelen dar ciclos repetitivos autodestructivos para solucionar los problemas que se van presentando. El terapeuta que trabaja desde este enfoque deberá sustituir estos ciclos autodestructivos por otros constructivos que implican nuevas formas de comportamiento.

Las estrategias utilizadas en este enfoque pueden ser:

- Plantear diferentes modos de actuar para resolver los problemas familiares sin tener que recurrir al consumo de ninguna sustancia. Estas tareas las planificará el terapeuta junto con la familia. Los problemas deben ser tratados individualmente y planteados de forma que tengan una solución viable.

- Las indicaciones sugeridas en las sesiones por el terapeuta, deben de ser llevadas a cabo por la familia en su contexto natural, tomando el camino de menor resistencia.

- Intentar que los cambios propuestos se realicen de manera progresiva. Se puede utilizar la estrategia de exagerar los roles familiares, proponer problemas ficticios cuya resolución implique la solución de un problema original y ofrecer pautas de actuación metafóricas donde los miembros de la familia las siguen, pero en realidad, no saben que van dirigidas a la familia.

La escuela Psicodinámica tiene como objetivo último un cambio en el sistema familiar. De tal manera que no se produzcan alteraciones en los componentes de la familia, cuando el sujeto adicto deje de utilizar las drogas ilegales que consumía.

Para ser aplicadas las teorías psicodinámicas con éxito, desde la perspectiva familiar, el terapeuta debe de tener un gran conocimiento para saber cuales son sus reacciones ante los problemas planteados y también necesita conocer la historia de la familia de un modo exhaustivo.

De entre los aspectos relevantes que pueden surgir desde esta perspectiva, según Kaufman (1997), se encuentran:

- La contratrasferencia, con toda o parte de la familia por parte del terapeuta, que sin querer puede verse envuelto en alguna batalla interna familiar de la que no debe tomar parte. También se puede dar al expresar impulsivamente sus sentimientos con alguno de los miembros de la familia, generalmente con el sujeto adicto, creándose conflictos. Además el sujeto adicto puede tomar actitudes de negación, manipulativa, repulsión, etc.

- La interpretación por parte del terapeuta, de los patrones problemáticos se repiten hasta que se va dibujando el problema, para la posterior introducción de cambios. Este proceso debe realizarse sin culpabilizar a ningún miembro de la familia, pero si debemos insistir en el componente de responsabilidad y compromiso que debe adquirir cada miembro familiar.

- La resistencia, que hace referencia a los patrones, estilos de vida y hábitos que dificultan el cambio. Esta no es más que la inercia comportamental que tiene el grupo familiar y que le impide incorporar patrones de comportamientos nuevos que faciliten al sujeto adicto no recurrir a las drogas.

Cada grupo familiar suele presentar sus propias estrategias de resistencia que el terapeuta debe identificar, para poder señalarlas y que se transformen en comportamientos favorables. El terapeuta debe evitar etiquetar a los individuos que presentan resistencia, como individuos “resistentes”, sino que en el contrato inicial de tratamiento debe quedar claro que cada individuo debe comprometerse a intentar vencer su resistencia al cambio, para favorecer el proceso terapéutico familiar.

- Por último, la elaboración consiste en trabajar diferentes aspectos repetidamente que formen parte del problema inicial a resolver, o de la disfunción familiar que se pretende tratar. Para que se de un cambio real en una familia se debe ir elaborando la solución desde diferentes perspectivas y de modo repetitivo, hasta que el proceso de cambio sea interiorizado por cada miembro de la misma.

La escuela de Teoría de Sistemas de Bowen centra el foco de atención en los aspectos cognitivos del sujeto adicto antes que en su sistema afectivo. Esta teoría, parte del supuesto de que la tensión generada a partir de una distancia emocional o conflicto entre dos personas se desplazará hacia una tercera parte, aspecto o sustancia. En el caso de sujetos toxicómanos suele ser la sustancia objeto de abuso.

Desde este enfoque, la familia debe intentar mejorar las relaciones entre todos sus miembros de tal manera que se minimicen los conflictos interpersonales. Para ello se puede recurrir a alguna de estas técnicas:

Autoregistro.- Se trata de ir anotando comportamientos y estados anímicos asociados relacionados con los conflictos familiares.

Respuesta demorada.- Consiste en adquirir el suficiente autocontrol para poder reflexionar o identificar estímulos que puedan producir conflictos familiares.

Autonomía.- El desarrollo de la autonomía tiene que ver con la adquisición de nuevos patrones de comportamiento en detrimento de los que causaban conflictos familiares que llevaban al sujeto adicto a consumir sustancias (drogas). Se trata, en definitiva, de conseguir un sujeto renovado que sustituya los viejos hábitos y costumbres por otros nuevos.

Habilidades sociales.- Aquí entrarían todos aquellos recursos que pueda utilizar el sujeto para relacionarse con sus iguales y pedir ayuda para resolver por si solo cualquier tipo de conflicto que vaya surgiendo.

La terapia familiar comportamental consiste en la aplicación mecánica de una serie de pasos que a continuación explicaremos. Se utiliza generalmente con sujetos adolescentes, pero los pasos podrían ser útiles para toxicómanos adultos y sus familias.

Los pasos para llevar a cabo esta terapia son los siguientes (Noel & McCrady, 1984):

1º Análisis funcional, que debe realizar la familia para descubrir por si mismos cuales son las interacciones que perpetúan el abuso de sustancias

2º Control de estímulo-respuesta. El consumo de drogas es el resultado de unos antecedentes que producen una serie de estímulos a los que se da como respuesta el consumo de alguna sustancia. Se trata por tanto de cambiar las respuestas sabiendo controlar los estímulos recibidos.

3º Redistribución de contingencias. Este paso consiste en proporcionar a la familia una serie de técnicas que proporcionen refuerzos por el esfuerzo realizado

para conseguir un estado de abstinencia. Esto se logra mediante la negociación continua de consecuencias positivas y negativas del consumo y el planteamiento de objetivos y recompensas para su logro.

4º Reestructuración cognoscitiva. Se enseña a los componentes del grupo familiar a cambiar los errores cognitivos que puedan tener acerca de la culpabilidad, venganza, etc. Los sujetos deben de modificar estos pensamientos irracionales por otros racionales más acordes con la problemática que están sufriendo.

5º Alternativas al consumo. El sujeto adicto debe aprender técnicas para rechazar la sustancia objeto de abuso, esto se puede lograr mediante técnicas de rol-playing y de refuerzo encubierto, donde el sujeto en una situación imaginaria rechaza un fuerte impulso de consumir.

6º Resolución de problemas y asertividad. La familia y el sujeto adicto, mediante situaciones de rol-playing, deben de aprender a ofrecer respuestas asertivas a situaciones difíciles que probablemente llevarían al consumo de droga por parte del sujeto adicto. Estas situaciones de rol-playing deben ser planteadas dos veces al día hasta que sean interiorizadas por todo el grupo familiar.

7º Programa de mantenimiento. Llegado a este punto se debe hacer un repaso a toda la terapia realizada y se resaltan las nuevas habilidades y estrategias adquiridas para conseguir un contexto familiar libre de drogas. Se debe persuadir a los componentes de la familia para que practiquen regularmente las habilidades aprendidas con el fin de que las puedan aplicar regularmente aún cuando el proceso terapéutico hubiese acabado.

Estos siete pasos deben ser aplicados de un modo flexible por el terapeuta, de modo que se adecue a las características particulares de cada familia. En todo caso, se trata de adaptar la terapia a la familia y no al revés, para generar la menor tensión posible.

1.3.2.2 Algunas técnicas de terapia familiar

En este apartado se exponen las técnicas de terapia familiar que por ser las más utilizadas resultan, en mi opinión, las más prácticas y relevantes para ser incluidas en este trabajo. Siguiendo a Kaufman (1997) y Kooyman (1996) tenemos las siguientes:

El contrato.- Esta técnica suele emplearse al comienzo del tratamiento terapéutico entre la familia y el terapeuta. El contrato es un acuerdo donde se explicitan los aspectos a tratar y la familia se compromete a cumplir una serie de requisitos mínimos, para que pueda tener lugar el proceso terapéutico.

La finalidad del contrato es llegar a un acuerdo con el grupo familiar, después de una primera entrevista, para concretar una estrategia que lleve a la abstinencia del sujeto adicto y que se pueda mantener mientras dure la terapia. En el contrato se pueden concretar estrategias para conseguir los siguientes aspectos: evitar la reactividad al consumo de sustancias, la responsabilización excesiva sobre el adicto y facilitar la confianza mutua, entre otras.

La afiliación.- Este es un proceso por el que el terapeuta debe de llegar a afiliarse al sistema familiar, para actuando desde dentro intentar cambiarlo. El terapeuta debe, tanto defender al grupo familiar, como plantearle retos para que se supere y afiliarse con todos los miembros del sistema familiar, para no generar tensiones entre los componentes que se sientan más distantes.

Para conseguir la afiliación podemos recurrir a:

- a) El mantenimiento, que consiste en reconocer la estructura y las pautas de actuación de la familia y adaptarse a ellas. El terapeuta debe apoyar a la familia a través de recompensas. Además, debe utilizar el mismo sistema de comunicación que la familia, en cuanto al empleo de expresiones y uso del lenguaje.
- b) El rastreo, que consiste en buscar las interacciones entre los miembros de la familia ofreciendo apoyo y profundizando en los comentarios expuestos, para que cada miembro de la familia se sienta escuchado y comprendido.
- c) El mimetismo, lleva consigo que el terapeuta debe utilizar el mismo sistema que la familia, para expresar los sentimientos. Así, si en la familia se emplea el humor, también lo empleará el terapeuta. Lo mismo si se utiliza la ironía, el contacto físico, etc.

La actualización.- Generalmente las familias con sujetos adictos suelen tener problemas de comunicación entre ellos, por lo que puede haber conflictos sin resolver al inicio de la terapia. El terapeuta debe hacer posible que fluyan procesos de comunicación entre los propios miembros, más que entre él y los componentes de la familia. Estos tendrán más a exponer sus problemas al terapeuta que a sus familiares.

Al empezar la terapia se puede dar la circunstancia de que aparezcan situaciones familiares violentas, debido a que se descubren problemas latentes que salen a la luz, en las primeras entrevistas. El terapeuta no debe culpabilizar a nadie de la situación, pero sí que puede invitar a los componentes de la familia a que minimicen los procesos de interacción, para que solucionen sus problemas. Cuando exista una buena comunicación entre los componentes del grupo familiar, el terapeuta puede plantear algún patrón de comportamiento nuevo y no desadaptativo, como el que usaba la familia, para resolver diferentes problemas.

Poner límites.- En las sesiones de terapia no se debe permitir que nadie hable de otra persona. Esto puede suceder con facilidad entre los componentes de la familia debido a la confianza que existe entre los mismos. El terapeuta debe procurar que cada individuo hable de sí mismo y no interprete pensamientos de otros sujetos. Además debe evitar la represión verbal y el bloqueo de la comunicación.

Si fuese necesario, el terapeuta debe poner límites entre las relaciones de los componentes familiares, e incluso puede llegar a cambiar el proceso de alguna relación. En el contexto de las toxicomanías, la relación entre un padre/madre protector y su hijo y la unidad de los padres frente al resto de parientes, suelen ser las relaciones más propicias para un cambio.

Asignación de tareas.- En un primer momento las tareas deben asignarse en función del sujeto adicto para mejorar su situación. Estas serán planteadas en las sesiones de terapia y no serán realizadas en casa, hasta que no funcionen bien en el contexto terapéutico.

Las tareas asignadas deben de ser definidas con claridad y precisión. El éxito de la realización de las tareas debe implicar cambios en la familia y una reestructuración que facilite un funcionamiento óptimo. En el caso de que las tareas y actividades sean un fracaso deben servir como aprendizaje de caminos equivocados y se deben plantear otras nuevas que superen los fallos de las anteriores.

Reencuadre.- A medida que el terapeuta recibe información de la familia desde la primera sesión debe organizarla y reestructurarla y realizar un *feed-back* con la familia. En este *feed-back* la familia debe ver que los problemas planteados son escuchados, comprendidos y tienen solución. El reencuadre consiste, por tanto, en seleccionar los elementos de la información recogida que contribuyan al cambio familiar y del sujeto adicto.

La paradoja.- Esta técnica consiste en plantear situaciones, a la familia, de manera exagerada para que se den cuenta de algún aspecto. Por ejemplo, el propio progreso familiar, algún síntoma que se desee evitar, etc. Siempre se deben plantear estas situaciones en relación con las funciones del individuo en la familia.

Las paradojas no se deben utilizar con familias motivadas para el cambio y poco resistentes que responden bien a las cuestiones planteadas directamente. Tampoco se deben utilizar en situaciones extremas como en suicidios, violencia, abusos sexuales, etc. La paradoja es útil para familias que han tenido muchos fracasos terapéuticos y

tienen unos esquemas muy rígidos y estructurados, pues les ayudan a enfocar la solución a los problemas de diferentes maneras.

Equilibrio y desequilibrio.- El equilibrio hace referencia al concepto de igualdad de responsabilidades, en los síntomas que aparezcan en la familia y su solución. Si bien, normalmente estaban planteados de forma jerárquica, en donde el líder familiar asumía la mayor responsabilidad.

El desequilibrio debe forzarlo el terapeuta, una vez que tenga suficiente poder en la familia. Consiste en cambiar la jerarquía preexistente en la familia, ayudando a algún componente determinado para que cambie su rol y pueda mejorar. Esto debe plantearse sin ir en prejuicio de otros componentes de la familia ni crear tensiones o enfrentamientos innecesarios.

Aumentar la intensidad.- El terapeuta debe utilizar esta técnica cuando necesite que el mensaje enviado a la familia sea interiorizado rápidamente. Para ello se puede repetir la misma idea con diferentes expresiones o utilizar diferentes tipos de intervención para solucionar su mismo problema. La intensidad no debe elevarse hasta niveles que generen estrés o tensión extrema en la familia.

Coterapia.- Siempre que existan los recursos necesarios se puede recurrir a la terapia conjunta de dos o más terapeutas. Uno puede encargarse del sujeto adicto y sus padres y otro del resto de la familia. Los terapeutas pueden proporcionar distintas miradas a un mismo problema, por ejemplo hombre-mujer, ex –adicto-profesional.

Para no generar conflictos entre terapeutas se recomienda que cada sesión sea impartida por un solo terapeuta, mientras que el otro puede observar la sesión a través de un espejo unidireccional, video, etc. De esta manera se puede tener una mayor objetividad de la intervención.

Todas estas técnicas se pueden emplear en la práctica terapéutica del día a día, solas o varias a la vez, no existe una regla general y válida para todos los casos que indique cuando emplear una u otra o combinar varias. El terapeuta debe utilizar su experiencia y sentido común para utilizarlas según sea pertinente.

1.4 Modelo Psicoterapéutico

El enfoque Psicoterapéutico es muy utilizado con sujetos que abusan en el consumo de drogas, ello es debido a que la psicoterapia tiene su fundamento en las teorías

cognitivistas (Piaget y Bruner) y pone el énfasis en la modificación de la percepción mental que tiene el sujeto de lo que le ocurre en el día a día.

El concepto fundamental que subyace al Modelo Psicoterapéutico, desde la perspectiva de las toxicomanías, es el cambio cognitivo de los sujetos a los que se aplica. En el ámbito de las toxicomanías, este enfoque, se suele utilizar con el sujeto toxicómano, con la familia y, en algunas ocasiones, con los amigos del sujeto, ya que es importante que estos colectivos de personas cambien tópicos equivocados que puedan tener acerca de la problemática de las toxicomanías.

Cabe destacar que este modelo es aplicado a personas con otro tipo de problemas diferentes al consumo abusivo de drogas. En este apartado se exponen los aspectos más contrastados, en el ámbito de las toxicomanías, por autores que estudian y evalúan tratamientos realizados con este modelo, como son: Gautier (1997), Beutler (1990) y Sirvent (1997).

1.4.1 Aproximación al concepto de psicoterapia

El término psicoterapia puede ser tratado desde múltiples perspectivas. Aquí, como es lógico hemos elegido la que está relacionada con el abuso de sustancias. Desde esta perspectiva Woody, Mercer & Luborsky (1997: 279) definen psicoterapia como:

“Un tratamiento psicológico que intenta cambiar pensamientos, sentimientos y comportamientos problemáticos mediante la creación de una comprensión nueva de los pensamientos y sentimientos que parecen tener una relación causal con la dificultad existente”.

El tratamiento psicoterapéutico debe por tanto dirigirse hacia los pensamientos, sentimientos y comportamientos que puedan promover la conducta adictiva. Puesto que el objetivo principal de este tipo de terapias es lograr la abstinencia de las sustancias, de las que depende el sujeto que está siendo tratado.

Este tratamiento, además de ir dirigido hacia la abstinencia, debe profundizar en aspectos de la historia personal del sujeto que puede condicionar el consumo presente. También es necesario conocer aquellas cuestiones relacionadas con la vida presente que puedan influir en su adicción.

En la actualidad, es necesario señalar una diferencia entre el “consejo sobre la adicción” y la psicoterapia. El “consejo” es muy utilizado en los programas para personas adictas a sustancias, aunque no se centra tanto en aspectos intrapsíquicos o de cambios internos como la psicoterapia, sino que va dirigido a solucionar los aspectos actuales más relacionados con el consumo de drogas.

Por tanto, el consejo está vinculado a la práctica diaria con las personas adictas, para ofrecerles recursos que les motiven hacia la abstinencia. Además el “consejo” implica dotar a las personas adictas de la estructura material y los servicios concretos que necesiten, por ejemplo, servicios médicos, asistencia legal y servicios sociales, para desarrollar una vida integrada en el contexto donde viven.

Por último, podemos decir que tanto la psicoterapia más vinculada a los aspectos internos del individuo, como el “consejo” vinculado a cuestiones problemáticas del comportamiento de la persona adicta, en su desenvolvimiento del día a día, van dirigidos a la superación de la adicción y a solucionar los problemas causados por ella.

1.4.2 La aplicación del Modelo Psicoterapéutico

Aunque cada proceso psicoterapéutico es diferente dependiendo del paciente al que va dirigido, sí que se pueden especificar unas etapas que suelen ser comunes en la mayoría de los casos. Según Sirvent (1997) estas etapas son las siguientes:

1ª etapa: Demanda.

Antes del comienzo del proceso terapéutico, el sujeto adicto debe plantear una demanda de tratamiento. Este paso previo es necesario ya que el sujeto debe reconocer que tiene un problema que él por sí solo no puede resolver.

2ª etapa: Inculpatoria-Exculpatoria.

Una vez que el sujeto está dispuesto a realizar el tratamiento le surgen una serie de dudas respecto a qué o quien es el culpable de su situación. Puede ser que en un primer momento se culpe a la sociedad de que margina a ciertos individuos. También puede suceder al contrario, que sea el sujeto el que se siente culpable por no aportar nada a la sociedad siendo un estorbo para sus familiares y amigos.

3ª etapa: Equilibrio-elucidación y captación intuitiva.

Esta etapa se inicia cuando el sujeto empieza a darse cuenta de que ni él, ni la sociedad son los culpables de todo lo que ocurre, sino que es la interacción individuo-sociedad la que llega a producir desajustes y también que las personas consuman drogas.

El sujeto no comprende totalmente su problema, pero se da cuenta de que no es ni víctima, ni verdugo de su situación. En este momento se empieza a dar cuenta de su mundo interior, que está vacío y debe empezar a llenar con una actitud positiva. Además ve el mundo exterior con más objetividad y empieza a captar (captación intuitiva) el proceso que le llevó a su dependencia.

4ª etapa: Reestructuración.

Cuando el sujeto logra alcanzar un cierto equilibrio, entre su mundo interior y el contexto social donde le toca vivir, crea un esquema de funcionamiento nuevo que le permite superar las situaciones que tiene que afrontar en el día a día. En esta etapa, además de llenar el vacío que produce la dependencia a las drogas, debe de planificar lo que quiere hacer con su vida futura.

En este momento el sujeto empieza a aprender a deshabituarse del consumo de las drogas y debe llegar a sustituir la presión exterior por la motivación interna. El placer momentáneo que producen las drogas será sustituido por el bienestar futuro. Esta etapa es un proceso reeducativo donde el sujeto debe cambiar sus valores iniciales por otros nuevos que le lleven a un estilo de vida libre de drogas.

5ª etapa: Recaída.

Una vez finalizado el programa con éxito, se pueden producir recaídas en los meses siguientes. Es una situación del alto riesgo, ya que el sujeto acaba de salir del programa y puede no sentirse muy identificado con su nueva situación.

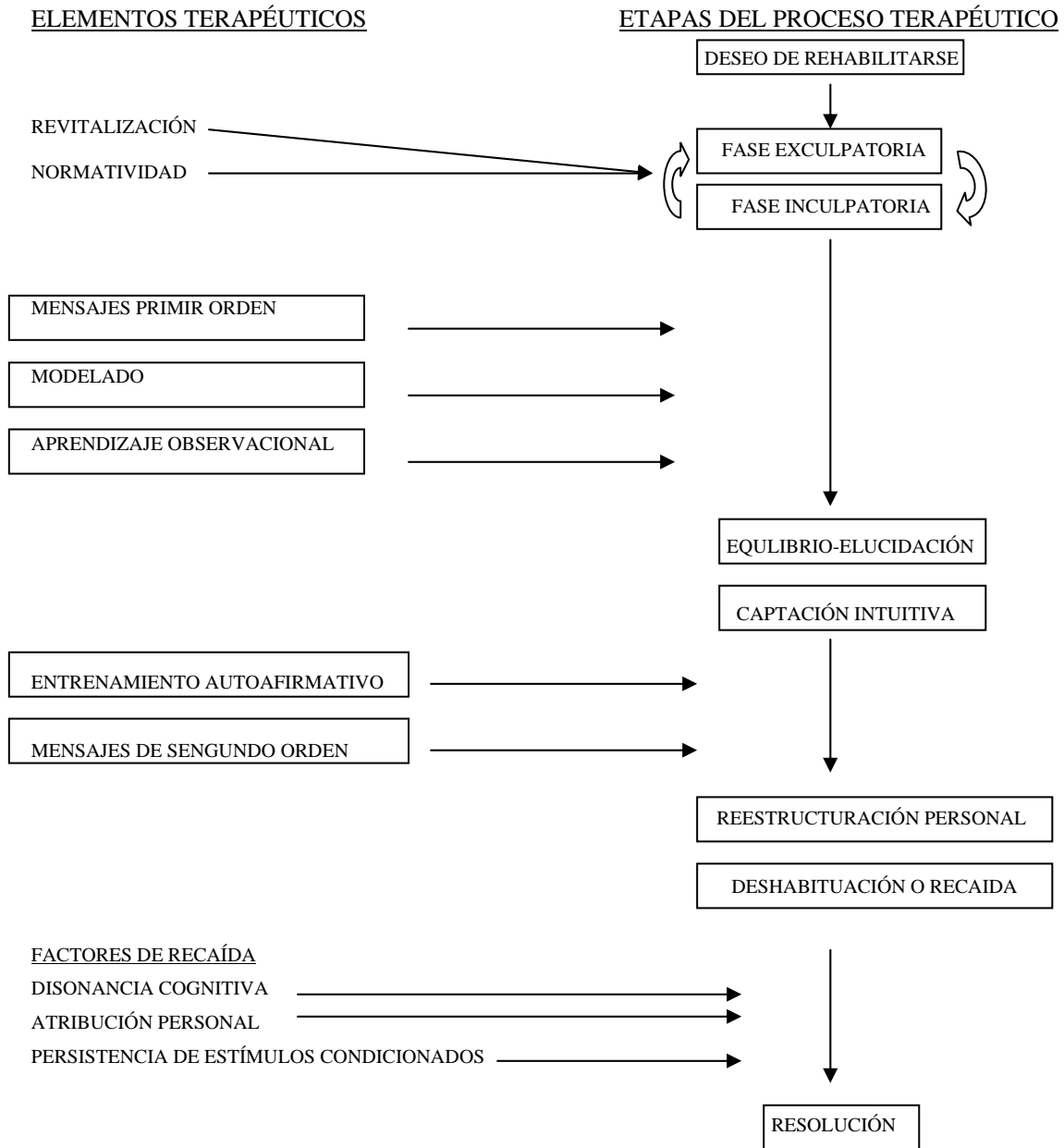
Los factores que pueden ayudar a la recaída son:

- a) La conflictividad.- Se puede dar en un sujeto que lleva varios meses, incluso más de un año viviendo protegido por un programa y que de pronto pierde ese recurso que utilizaba cuando tenía problemas. Esto crea un conflicto en el sujeto que puede intentar solucionar recurriendo a lo que mejor conoce, la droga.

- b) La presión social.- El sujeto cuando termina el programa puede verse obligado a frecuentar lugares donde se consume droga habitualmente, dependiendo de donde tenga la residencia habitual. Esto puede encaminarle a tener relaciones con antiguos “compañeros de la calle” que todavía consumen, propiciándose una situación muy favorable para consumir.

- c) El estado emocional negativo.- Un sujeto puede sentirse culpable por una acción puntual (ej.: un consumo), lo que le lleva a repetir la acción y como consecuencia sentirse más culpable, entrando en una espiral difícil de salir. Además ante esta misma situación inicial (un consumo), el sujeto puede realizar una atribución personal negativa de si mismo (ej.: “no tengo fuerza de voluntad”, “solo se drogarme”, etc.). Esto implica que se refuerce la acción negativa y vuelva a repetirse el consumo convirtiéndose en recaída. En cada una de las fases, anteriormente explicadas, se suelen utilizar unos elementos terapéuticos específicos para las toxicomanías como se puede ver en el esquema 1:

Esquema 1. Elementos y etapas del proceso terapéutico



Fuente: adaptado de Sirvent (1997: 321)

1.4.2.1 Algunas cuestiones relevantes para poner en práctica la psicoterapia

La psicoterapia tiene unas características propias que se deben tener en cuenta al aplicarla en la práctica a través de las diferentes fases. Además de esto cuando vamos a aplicar un tratamiento psicoterapéutico, a un sujeto con un problema de toxicomanía, debemos esforzarnos para que nuestra intervención sea lo más eficaz posible, en los siguientes aspectos (Woody, Mercer & Luborsky, 1997):

1.- La sustancia principal de abuso del sujeto con el que vamos a trabajar.

Cada sustancia de abuso tiene sus propios efectos inmediatos, secundarios, vías de administración y hasta rituales de consumo. Generalmente los sujetos adictos no

consumen solo una sustancia sino que suelen utilizar varias, pero es muy probable que tengan problemas con alguna en especial. Para el terapeuta es importante conocer las características de las principales sustancia/s de abuso.

Algunos individuos que acuden a los tratamientos psicoterapéuticos pueden estar bajo los efectos de alguna sustancia, sobre todo en los primeros días del tratamiento, pues este suele generar ansiedad y estrés que tratan de superar de ese modo.

En estos casos que el individuo está bajo los efectos de alguna sustancia, no es posible realizar ningún tratamiento de psicoterapia. Por eso el terapeuta debe persuadir a los sujetos que desistan de realizar el tratamiento e intentar programar la sesión para otro día. En el caso de que la conducta sea repetitiva se puede aconsejar al sujeto que realice otro tratamiento más apropiado a su estado de dependencia.

2.- Conocer los patrones culturales y estilo de vida de los individuos.

Los sujetos suelen presentar un consumo abusivo de una sustancia. A cada sustancia de abuso va asociado un patrón cultural que a su vez crea una subcultura, dentro de la cultura dominante, que generalmente suele ir en contra de esta última.

A modo de ejemplo, el individuo que abusa del alcohol puede estar integrado hasta cierto punto en la sociedad, tener familia y mantener un aspecto personal no muy deteriorado, aunque se irá deteriorando progresivamente y también suele ir perdiendo los vínculos familiares poco a poco, cuando la dependencia se hace muy fuerte.

Los individuos adictos a la heroína, en cambio, suelen estar al margen de la sociedad, necesitan gran cantidad de dinero para comprar la droga y generalmente tienen que conseguirlo de modo ilegal, aunque no siempre es así. Además el consumo de la droga exige un ritual propio de esta subcultura.

Por último, tenemos los consumidores de estimulantes como cocaína, drogas de diseño y alucinógenos que suelen estar a medio camino de los dos anteriores. En muchos casos, por semana tratan de llevar una vida adaptada al contexto donde residen y el fin de semana lo utilizan para desarrollar su propia subcultura, al margen de la sociedad y en relación con el mundo de la droga que consumen. Suelen ir a fiestas y moverse por sitios donde hay más sujetos que tienen similares patrones de consumo, aunque también puede haber otro tipo de individuos que no consumen.

3.- Conocer diferentes recursos y programas relacionados con las adicciones.

Para el tratamiento psicoterapéutico es muy importante tener recursos adicionales, que puedan ayudar a los sujetos adictos a integrarse en el contexto social donde residen. Las

adicciones, además de desajustes internos en el individuo, crean toda una serie de problemas externos al individuo (legales, de trabajo, custodia hijos, etc.). Estos problemas los necesita igualmente resolver, para que el tratamiento psicoterapéutico sea eficaz y supere definitivamente su adicción.

4.- Lugar en donde se realiza la terapia.

La utilización de la psicoterapia viene condicionada por el lugar donde se quiere realizar el tratamiento. Por tanto, es diferente aplicar un tratamiento en un hospital, en una penitenciaria, en centros de DIA, en centros ambulatorios, práctica privada o en una C.T.

Este tipo de tratamiento tendrá mejor cabida en programas que traten conjuntamente la adicción y los problemas psicológicos derivados de ésta. Sin embargo, en contextos como una C.T. es difícil aplicar este tratamiento debido al énfasis en el autogobierno por parte de iguales, las reglas estrictas que se deben cumplir, la responsabilidad individual y la cantidad de reuniones en grupo que se realizan habitualmente. No obstante, se puede integrar como tratamiento auxiliar para aquellos individuos que presentan problemas psicológicos y psiquiátricos duraderos.

5.- Características del terapeuta.

El método psicoterapéutico exige una interacción directa sujeto adicto- terapeuta, por lo que las características del terapeuta pueden influir notablemente en el éxito del método. Según Kleinman, et al. (1990), las características del terapeuta era el predictor más importante de la adhesión del sujeto al tratamiento.

De entre las características más relevantes para aplicar con éxito este tratamiento podemos señalar el interés, la flexibilidad, la habilidad para el trato personal y el *rapport* o relación que se establece, a lo largo del tratamiento, entre sujeto adicto-terapeuta. La reacción del terapeuta, ante el comportamiento del sujeto adicto puede generar tensión por la actitud manipuladora que puede presentar algún sujeto.

1.5 La Comunidad Terapéutica como modelo de tratamiento

Las C.T.s vienen tratando a sujetos adictos a las drogas durante cuatro décadas aproximadamente. Este modelo terapéutico surge como alternativa a los tratamientos médicos y psiquiátricos que identificaban a los sujetos toxicómanos con enfermos, cuya única solución era la medicación con determinadas sustancias legales que producían iguales o parecidos efectos en los sujetos que las drogas ilegales que consumían. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la adicción no es una enfermedad, sino un mal hábito, que acaba convirtiéndose en un estilo de vida, con posibilidad de reeducación.

El modelo de C.T. trata la adicción desde una perspectiva biopsicosocial entendiendo que el sujeto tiene la capacidad de poder ser reeducado, para cambiar sus hábitos nocivos por otros más saludables, por ello se pueden utilizar teorías como: el aprendizaje social por imitación de modelos (Lorenz y Bandura), el aprendizaje significativo (Ausubel) y la psicología dialéctica (Vigotsky, Luria y Leontiev). Ahora bien, los sujetos con una larga adicción puede ser que contraigan enfermedades producidas por la misma (hepatitis, V.I.H., etc.) es entonces cuando se debe trabajar en equipo con los servicios médicos.

Para Koyman (1996), la C.T. surge cuando en 1963 la fundación Daytop Lodge, luego rebautizada como Daytop Ville, empezó a trabajar como las C.T.s de los hospitales psiquiátricos del reino Unido, pioneros de este tratamiento. Aunque surgieron independientes unas de otras, inicialmente se partía de reuniones en grupo de sujetos adictos, en donde se confrontaban unos a otros sus dificultades del día a día.

Este modelo de tratamiento se fundamenta en la premisa de que las personas en cuanto miembros de una comunidad estamos sujetos a un aprendizaje social. Este se origina debido a la interacción social de las personas que componen dicha comunidad.

Según De Leon (1997) los primeros fundadores y directores de las C.T.s fueron sujetos ex -adictos que estaban recuperados. En la actualidad, han ido evolucionando hacia centros de servicios que trabajan con equipos multidisciplinarios en donde se pueden incluir pedagogos, educadores, psicólogos, médicos, trabajador social y cualquier otro profesional pertinente.

Hoy día la C.T. es un término que se emplea genéricamente para designar a numerosos tratamientos y programas de corta, media y larga instancia. Además también designa tratamientos de día y ambulatorios, con lo que quedan recogidos bajo este concepto una amplia variedad de pacientes que abusan de diversas sustancias. Las más comunes son el alcohol y las drogas no legales (heroína, cocaína, drogas de diseño y derivados del cannabis y marihuana).

Debido a la gran confusión que genera el término C.T. Koyman (1996) propone diez notas que deben caracterizar a este tipo de tratamiento y son las siguientes:

- 1.- Comprender y promover la ayuda mutua entre compañeros y la autoayuda.
- 2.- Desarrollar y poner en práctica un rol positivo de modelado.
- 3.- Comprender y practicar el aprendizaje social a favor del aprendizaje didáctico tradicional.
- 4.- Llegar a interiorizar el concepto de “no existe dicotomía entre nosotros-ellos”.
- 5.- Desarrollar e implementar un sistema de ascensos y privilegios.

- 6.- Comprender y practicar el concepto de “actuar como si”¹.
- 7.- Interiorizar la relación entre individualidad y pertenencia al grupo-comunidad.
- 8.- Necesidad de establecer un conjunto de creencias dentro de la comunidad.
- 9.- Capacidad de mantener registros precisos de comportamientos.
- 10.- Facilitar y desarrollar la dinámica del proceso de grupo.

Estas diez notas surgen de una organización que se fundó en 1975 “Las Comunidades Terapéuticas de América”, con el fin de establecer unos estándares mínimos de lo que debe ser una C.T.

La mayoría de las C.T.s se guían por las diez notas, antes señaladas, a la hora de implementar sus programas. Estos programas de C.T. fundamentados en las notas antes citadas, están altamente estructurados y en su organización se rigen por una estructura jerárquica. Además a los usuarios de las mismas no se les suministra ningún fármaco sustitutivo de la sustancia de abuso, por lo que se dice que son “libres de drogas”.

1.5.1 Historia de las Comunidades Terapéuticas para toxicómanos

Las comunidades terapéuticas que empezaron a surgir en modo y semejanza al modelo de Synanon y Daytop Village, según De Leon (2000), eran las C.T.s denominadas “tradicionales”, donde la efectividad de las mismas estaba fundamentado en un tratamiento de larga duración de 12 a 15 meses.

Estas comunidades variaban en cuanto a número de residentes (de 30 a 600 plazas), estructura organizativa, equipo terapéutico, perspectivas de tratamiento y usuarios. Los terapeutas eran sujetos especialmente entrenados para este trabajo junto con otros profesionales. Por ejemplo, antiguos adictos que habían realizado con éxito el programa. Otros profesionales incluidos en las C.T. eran especialistas en salud mental, consejeros vocacionales, abogados y trabajadores sociales.

El modelo de C.T. entiende al sujeto adicto como una persona de comportamiento desviado llegando al extremo de no poder desarrollar la personalidad, teniendo déficits sociales, de educación y económicos como consecuencia de dicho comportamiento.

Por lo dicho anteriormente, la finalidad última y principal objetivo de la C.T. es conseguir un cambio global en el estilo de vida de los usuarios. Esto implica el no consumo de drogas, la eliminación de conductas antisociales y delictivas, el desarrollo de un trabajo y actitudes y valores prosociales.

¹ “Como si... fuesen responsables, para así adquirir responsabilidad. “Como si... no tuviesen miedo para vencer el temor. “Como si... fuesen la persona que les gustaría ser.

La característica que define a la C.T. como “método o modelo”, según De Leon (2001), es el concepto del uso de los “pares” (sujetos adictos que están en la comunidad) para facilitar los cambios sociales y psicológicos de los residentes. Así, todas las actividades desarrolladas en la C.T. están diseñadas para producir cambios educacionales y todos los residentes son mediadores y facilitadores de los cambios terapéuticos y educacionales.

Las C.T.s surgen al margen de la corriente médica y de los hospitales. La evolución de su trayectoria, desde 1960 pasado hasta la actualidad, se debe a la contribución de la investigación en este campo y el posterior uso de estos descubrimientos, en la práctica terapéutica del día a día.

La evolución de las C.T.s, desde su comienzo hasta la actualidad, teniendo en cuenta la investigación llevada a cabo en ellas, se puede dividir en dos fases (De Leon, 2004b): 1ª fase temprana (desde 1970 hasta 1989) y, 2ª fase actual (desde 1990 hasta la actualidad). A continuación haremos un breve repaso por estas dos fases.

1.5.1.1 Fase temprana. Desde 1970 hasta 1989

El consumo de heroína, al comienzo de los años 60 del siglo pasado, comenzó a aumentar hasta que a partir de 1970 fue ya una epidemia. Los recursos para tratar a sujetos adictos a la heroína se incrementaron y también las C.T.s, las cuales permitían entrar a sujetos alcohólicos y adictos a otras sustancias.

Los individuos que ingresaban en la C.T. eran los que tenían una adicción más severa, problemas de personalidad e historias de comportamiento antisocial y delictivo, la mayoría de las veces. Por tanto el tratamiento estaba centrado en la persona como un todo y no solamente en el consumo abusivo y perjudicial de sustancias.

El tratamiento ofertado por las C.T.s era intensivo durante las 24 h. del día, por lo que los residentes permanecían en régimen de internado, durante un periodo largo de tiempo. Este tratamiento fue visto como muy caro en relación a los programas de mantenimiento con metadona o tratamiento de terapia no residenciales. Además, debido a la alta exigencia impuesta en las C.T.s el abandono en los primeros 3 meses fue la regla general, en muchos casos.

Los sujetos que accedían a la C.T. eran adictos que solían revelar un considerable deterioro psicológico. Las C.T.s rechazaban a individuos con problemas psiquiátricos debido a la imposibilidad de estos para convivir con otras personas e implicarse en las tareas que exige la C.T.

La efectividad del tratamiento se realizaba comparando sujetos que completaban el tratamiento con otros que abandonaban durante los primeros días. Los resultados aportan datos que sirven para concluir que este tipo de tratamiento es efectivo en la reducción del consumo de drogas y del comportamiento antisocial, particularmente en adictos a opiáceos.

La mejora en las áreas de desarrollo social y psicológico de la persona está directamente relacionada con la retención² de los sujetos en el programa, es decir, a mayor tiempo pasado en la C.T. mejores resultados. Lo mismo ocurre con aspectos como la depresión, ansiedad, autoestima y demás aspectos psicológicos, todos mejoran con la permanencia en la C.T.

La retención al tratamiento es el mejor indicador y predictor de resultados favorables, después de la instancia en la C.T. Sin embargo, muchos residentes abandonan el tratamiento antes de los primeros 90 días. El concepto de retención es, por tanto, clave en la relación coste-efectividad en cualquier tratamiento terapéutico.

De este modo, en las C.T.s tradicionales, el 60% aproximadamente de las admisiones permanecen en el programa al menos 90 días, tiempo que autores como Simpson & Joe (1993) estiman necesario para que se produzcan mejoras sustanciales en los residentes, de este 60%, el 65% aproximadamente logrará completar 12 meses de residencia.

Sin embargo, los datos anteriores no deben confundirnos, la retención al tratamiento no implica la rehabilitación del sujeto adicto, solo indica que este tiene mas probabilidades debido a la mayor exposición al tratamiento que recibe. En la rehabilitación del residente influyen innumerables factores como: situación judicial, nivel de interiorización de los aprendizajes realizados, etc.

A modo de conclusión, en esta primera fase, las C.T.s han tenido que centrar sus esfuerzos en mejorar la retención de los residentes mediante estrategias de motivación y adecuación al cambio, en vez de culpabilizar a la víctima por su temprano abandono. Además las C.T.s han tenido que medir el perfil de los residentes que abandonan prematuramente el programa para conocerlos e implementar las medidas anteriormente citadas, con la finalidad de mejorar el coste-efectividad del tratamiento en las C.T.s.

1.5.1.2 Fase actual. Desde 1990 hasta el presente

Durante este periodo se aumentan los recursos para tratar los problemas de las toxicomanías. Esto quiere decir dos cosas, por un lado que las C.T.s son efectivas y

² Tiempo transcurrido desde que el usuario ingresa en la comunidad Terapéutica hasta que la abandona definitivamente por cualquier motivo (alta, expulsión, abandono voluntario)

cumplen sus objetivos. Por otro lado, a pesar de los resultados obtenidos, el problema de la drogadicción sigue presente en la sociedad, al incorporarse nuevos grupos de sujetos (adolescentes, sin techo, reclusos, madres con hijos, principalmente) y nuevas sustancias de abuso, cobrando especial relevancia la cocaína y las drogas de diseño.

Dada esta situación, las C.T.s han tenido que adaptarse tanto a los nuevos usuarios como a los nuevos problemas que plantean los mismos. Así, las C.T.s incluyen programas especiales para: adolescentes, reclusos, madres con hijos al cargo, etc. Además, se modifica el tiempo del tratamiento residencial pudiendo ser de 3, 6 y 12 meses o más, según la problemática planteada por los individuos.

Entre las nuevas modificaciones que se plantean, se incluye tratamientos de día no residenciales, inclusión de residentes con tratamiento de metadona, modelos de tratamiento ambulatorio libre de drogas, etc. Todo esto hace que cambie el concepto de la C.T. y surja un nuevo concepto “las C.T.s modificadas”, las cuales se adaptan a nuevas problemáticas modificando sus planteamientos metodológicos de intervención.

Además de las modificaciones antes señaladas, las C.T.s amplían su oferta de tratamiento ofreciendo servicios nuevos, como: terapia familiar para los componentes de la familia del sujeto adicto, consejeros para los usuarios y educación psicológica, fundamentalmente. También son ofertados cuidados de salud primaria, servicios médicos debido al incremento de los usuarios con enfermedades de transmisión sexual, como V.I.H., hepatitis C, etc.

Las C.T.s intentan mejorar la calidad de vida de los residentes, prestando especial atención a la “educación para la salud”, para evitar posibles contagios entre los propios toxicómanos. Se mantienen enlaces con los servicios de salud de la comunidad y con los centros de atención primaria.

Otro foco de atención importante en esta fase es la “recaída”³, puesto que los residentes, en el largo proceso que implica el tratamiento pueden tener momentos de “debilidad” y volver a consumir. Esto no debe ser considerado un fracaso sino un motivo más de aprendizaje. Por eso en las C.T.s se incluyen programas de prevención de recaídas (Lewis & Ross, 1994).

Las C.T.s ofrecen cuidados y servicios de prevención de recaídas después de que termina el tratamiento residencial, algunas también incluyen enlaces con servicios de

³ Consumo de droga de forma puntual y no repetitiva por parte de los usuarios de la C.T.

salud mental, psicofarmacológicos y de psicoterapia individual, ya que se entiende que el proceso de rehabilitación de los sujetos no concluye con el tratamiento residencial.

La evolución de la C.T., debido a la presión por parte del Estado al ajustar los recursos y a la cantidad de diversos grupos que demandan tratamiento, es complicada. Sin embargo estudios como el de Simpson & Curry (1997) demuestran que, en la actualidad, el tratamiento en C.T. es eficaz y rentable en comparación con el tratamiento hospitalario, en prisión u otras modalidades residenciales.

La investigación realizada en esta fase permite diferenciar dos tipos de C.T.s: La “C.T. estándar” y la “C.T. modificada”. Con respecto a la “C.T. estándar” tenemos las siguientes notas características (Flynn, Kristiansen, Porto & Hubbard, 1999):

- Las C.T.s estándar atienden a toxicómanos con los problemas de adicción más severos. El perfil de estos sujetos suele presentar disfunciones psicológicas y sociales añadidas a la adicción.
- Esta modalidad de tratamiento obtiene resultados positivos en áreas como: consumo de drogas, actividad criminal, empleo y ajuste psicológico. En cuanto al coste-beneficio del tratamiento excede con creces el coste que supondría el incremento de la criminalidad, de no existir estos programas.
- Por último, la reducción del tiempo pasado por los toxicómanos en la comunidad residencial, en comparación con la “fase temprana” es un aspecto controvertido. Ya que los residentes que completan el tratamiento o que pasan más tiempo en la comunidad suelen ser los que obtienen mejores resultados. Los efectos de programas cortos o más largos está aún por clarificar.

Las “C.T.s modificadas” tienen las siguientes notas características:

- Reducción del consumo de droga, reducción de comportamientos delictivos, mejora en la situación y en el estado psicológico para residentes con problemáticas especiales (De leon, Sacks, Staines & McKendrick, 2000). Estos resultados correlacionan positivamente con el tiempo de instancia en tratamiento.
- Los cuidados después del programa, por encima del tratamiento primario en la C.T. son un componente fundamental en la estabilidad de los resultados. Así, los individuos podrían seguir en tratamiento después de terminar el proceso residencial.
- Los modelos de cuidados después de la fase residencial pueden ser integrados junto con el programa residencial, en términos de: filosofía, métodos y relaciones

entre los residentes, para que exista continuidad entre tratamientos. Los tratamientos de C.T. modificada para reclusos son más efectivos que otros tratamientos, como por ejemplo los de dispensación de metadona (Melnick, De Leon & Thomas, 2001).

- Los programas de C.T. modificada obtienen resultados positivos en cuanto a costes-beneficios, particularmente al reducir los gastos relacionados con la actividad delictiva, en los servicios de salud mental (Simpson, Wexler & Incardi, 1999).

A modo de resumen, para esta fase podemos señalar que la C.T. estándar continúa tratando a los toxicómanos con problemáticas de consumo mas graves. Sin embargo existe la posibilidad de implementar programas de C.T. modificada en varios servicios institucionales como por ejemplo: en hospitales de salud mental, prisiones y servicios de mantenimiento con metadona.

En esta fase ha tenido una especial relevancia la investigación en el campo de las toxicomanías. Muy especialmente los estudios de evaluación, ya que estos proporcionan información relevante al gobierno, para que destine el presupuesto adecuado entre estos programas.

Las investigaciones realizadas aportan evidencia empírica a las C.T.s. Esto hace que adapten sus servicios a los nuevos tipos de usuarios y a las problemáticas que se van generando. Se crea así la C.T. modificada, donde se trata a toxicómanos con problemáticas especiales y no solamente a sujetos adictos dependientes de opiáceos.

Debido a los tratamientos derivados de la C.T. estándar y a los resultados positivos que obtienen los mismos surge una línea de investigación para definir una estructura teórica que fundamente tanto la C.T. estándar como la modificada. Así, surgen en U.S.A. los estándares nacionales para tratamiento en C.T. y en prisión (Therapeutic Communities of America, Criminal Justice Committee, 2001).

Por último, la presión ejercida desde las instancias políticas para reducir los costos y la duración de los programas de C.T. es un factor clave a la hora de valorar la eficacia de las mismas. Como también son factores claves la motivación y la disposición al cambio que tengan los futuros residentes.

1.5.2 Principios fundamentales del tratamiento en la C. T.

Desde que en 1958 Charles Dederich fundó Synanon, la evolución de las C.T.s no ha parado. En un primer momento, Charles Dederich comenzó en su pequeño apartamento creando grupos de discusión, para que sus componentes trataran sus problemas y pudiesen vencer su adicción al alcohol y las drogas (Mereki, 2004).

Inicialmente, estos grupos de autoayuda eran agresivos en tanto en cuanto se confrontaban los más duros e íntimos sentimientos entre los sujetos que formaban el grupo. Así, se intentaba que las confrontaciones fuesen argumentadas con la finalidad de producir un cambio de actitud y de dirección en el comportamiento. (Broekhaert et al, 2000).

En las C.T.s de los años 60 del siglo pasado existía una barrera muy marcada entre los miembros de la comunidad y la influencia de otros servicios de fuera de la comunidad. A pesar de la evolución sufrida por las C.T.s, los conceptos principales en las que se fundamentan y que aquí expondremos tienen su origen en Synanon.

La filosofía de la C.T. y su piedra angular para guiar el programa descansan en los siguientes principios o conceptos claves (Kooyman, 1996; De Leon, 2004b; Mereki, 2004):

1.- La elección

Cualquier sujeto que pretenda ingresar en una C.T. debe realizar una elección voluntaria, aunque ésta pueda estar motivada por diferentes razones, como por ejemplo, no ir a la cárcel, dar satisfacción a la familia, no perder la custodia de un hijo o por que realmente reconoce que tiene un problema y quiere cambiar.

En definitiva, es el sujeto el que debe tomar la decisión de ingresar y también tomará la decisión de abandonar la C.T., cuando lo crea oportuno. En algunas C.T.s, si el sujeto logra realizar todo el programa y obtiene el alta terapéutica puede seguir vinculado al centro haciendo labores de voluntariado.

Una vez que el sujeto decide ingresar en la comunidad, se le realiza una primera entrevista, en la cual se intenta conocer las verdaderas intenciones del futuro residente. Para ello, se le pregunta porqué quiere dejar de consumir droga y se le pide que realice algún compromiso con la comunidad a la que va a pertenecer. Este paso implica cambios muy drásticos en el sujeto, en cuanto a valores, actitudes, patrones de conducta e incluso la propia imagen.

2.- Madurez/ Ayuda/ Honestidad

En la C.T. se parte de la premisa de que el sujeto adicto es una persona que necesita madurar. Generalmente desde la adolescencia han sido incapaces de controlar la satisfacción de sus necesidades inmediatas. El sujeto debe desarrollarse en el área emocional, sobre todo, pero también en la física, intelectual, espiritual y sexual. Además deben de aprender a utilizar la creatividad en algo positivo y constructivo.

El aspecto de la ayuda es vital para todos los usuarios de la C.T. ya que deben rehabilitarse por sí mismos, pero no solos, porque no podrían y necesitan de la ayuda de los demás. El flujo permanente de recibir ayuda y ofrecerla aumenta poco a poco la autoestima de los residentes al sentirse capaces de hacer una cosa que casi nunca pudieron hacer, “dar y recibir” sin intereses creados.

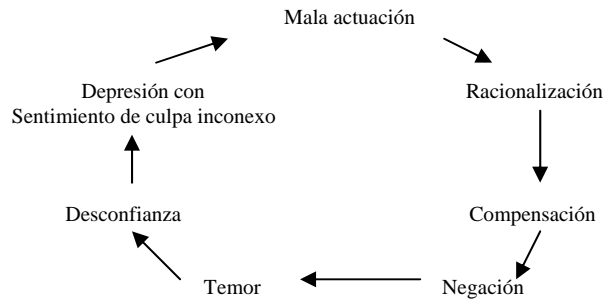
La honestidad ligada a la transparencia de pensamientos es una de las piezas fundamentales del motor de la C.T. En estos sitios, los pensamientos y conductas negativas deben ser compartidos por los miembros de la C.T., para poder liberarse de estas cargas. La persona que no es honesta no es libre y va acumulando sentimientos de culpa que disminuyen su autoestima pudiendo llegar a consumir drogas de nuevo. Todas las acciones en la C.T. giran en torno a la honestidad y la verdad de cada sujeto.

3.- Compartir los sentimientos de culpa

Cuando un sujeto obra mal y lo sabe se siente culpable de lo realizado. Este sentimiento debe compartirlo con los miembros de la comunidad, para liberarse de la carga que conlleva. Algunas veces, los sujetos prefieren no exteriorizar estos sentimientos entrando en un círculo de culpa del que no pueden salir.

El círculo de culpa se crea cuando alguien que tiene una mala actuación y la niega para no comunicarla racionalizando el acto mediante excusas. Poco después intenta compensar la situación realizando alguna acción positiva, pero esto no da resultado y empieza a sentirse temeroso. Como resultado de esto surge la desconfianza hacia el resto de los compañeros de la comunidad. Todo esto suele llevar a una depresión que se asocia a sentimientos confusos, difusos y no relacionados con una acción concreta, como se muestra en el esquema 2.

Esquema 2. Círculo de culpabilidad



Fuente: adaptado de Kooyman (1996: 48)

Este proceso acaba siendo insoportable y el sujeto sólo se puede liberar de él compartiendo los sentimientos de culpa con los demás. Esto será más difícil, cuanto mas enmascarados estén los sentimientos, ya que si no se comparten regularmente se van acumulando. A los sujetos cada vez les cuesta más esforzarse para decidirse a desenmascararlos. Algunas veces, el no compartir produce en el sujeto suficiente tensión como para que vuelva a consumir droga.

4.- Superar el *laissez-faire*

Los individuos adictos se caracterizan por una dejadez en todas las tareas que realizan, de tal modo que no es raro que emprendan cualquier trabajo o actividad y la dejen a medio terminar. En la C.T. se exige mucho a los residentes, sobre todo en cuanto a higiene personal y limpieza del centro donde residen.

Otro aspecto de especial importancia es la puntualidad, los residentes deben de cumplir con los horarios estipulados en el centro, si no son confrontados por ello. Además deben de ser responsables de sus propias cosas, en donde se incluye ropa, tabaco, útiles de higiene y dinero. Las pertenencias personales no se pueden compartir. Con estas medidas se intenta superar el *laissez-faire*, al que estaban acostumbrados los sujetos adictos antes de ingresar en la C.T.

5.- Asumir su propia responsabilidad

El residente de la C.T. es en última instancia el responsable de su propio proceso de rehabilitación terapéutica, debido a que tanto el ingreso como el abandono es voluntario. Por tanto el residente debe llegar a darse cuenta de que el mismo es quien decide consumir o no consumir droga, porque nadie le obliga a ello.

El sentirse responsable no es lo mismo que sentirse culpable, sino que debe asumir sus actos como propios; los positivos para repetirlos y profundizar sobre ellos y los negativos para cambiarlos por otros positivos. El residente en la C.T. es responsable ante sí mismo, ante el resto de compañeros y ante la sociedad en general, donde se encuentra inmerso.

6.- Interés

Cada residente de la C.T. debe estar interesado en lo que hace el mismo y en lo que hacen el resto de los compañeros. Cuando un compañero tiene una conducta negativa, es deber “confrontarlo” adecuadamente por lo que acaba de hacer. Esto no significa que se rechace a la persona, sino más bien todo lo contrario, pues se le está ayudando a que cambie un comportamiento negativo por otro positivo.

7.- No droga, no violencia

En la C.T. no está permitido el uso de ningún tipo de droga que altere el comportamiento humano. Esto es así, dado que el abuso de drogas es por lo que el sujeto se encuentra en la C.T., por lo que no sería lógico que las siguiera consumiendo. Por eso todos los sujetos que ingresan en la C.T. están desintoxicados de drogas, realizándolo en otros centros especializados a tal efecto.

Otro aspecto de especial importancia es la violencia tanto verbal como física. Ninguna de las dos está permitida y no cumplir esto puede ser motivo de expulsión. En la violencia verbal están incluidos los comentarios despectivos, los gritos, uso de palabras “malsonantes”, etc. La expulsión por no cumplir estas reglas no tiene que ser definitiva, sino que se le da un tiempo al sujeto para que reflexione sobre sus actos, pudiendo mantenerse al margen de la estructura del programa. Durante este tiempo, el sujeto no debe consumir ningún tipo de droga.

8.- Identificar los problemas que subyacen a la adicción

La adicción suele empezar cuando el sujeto no puede resolver cierto número de problemas en su vida diaria. Para no sentir la frustración y el fracaso recurre a la droga que le permite evadirse durante algún tiempo del problema. Por ello, la droga empieza siendo la solución a un problema y termina convirtiéndose en “el problema”.

En la C.T. se enseña a los residentes a que resuelvan sus problemas, generalmente de expresión de sentimientos, para que no les produzcan frustración y dolor y no tengan que recurrir a la droga. Se trata de evitar el síntoma que produce el consumo, por eso cada sujeto debe descubrir, con la ayuda de los demás, cuales son esos síntomas que le producen la necesidad de consumir. Como los síntomas son muchos y variados el tiempo que hay que emplear para descubrirlos suele ser largo.

9.- Participación y compromiso con el programa

En principio el programa es el mismo para todos los residentes. Estos deben de tomar una actitud positiva y participativa en todas las actividades que se llevan a cabo. Cada sujeto debe implicarse personalmente en su proceso terapéutico y ser también ejemplo para otros compañeros.

Un residente no puede elegir no participar en los “grupos de autoayuda”, en la actividad de “deporte” o en cualquier otra actividad. Dado que cada sujeto tiene una serie de dificultades sobre las que debe centrarse. Éstas pueden ser diferentes de las de otro residente, pero en último caso siempre debe actuar desde la participación y el compromiso.

Los principios aquí explicados forman parte de la mayoría de las C.T. Dichos principios deben ser conocidos por todos los residentes de la C.T.

La filosofía de la C.T. fue escrita por Richard Beauvais, citado por Kooyman (1996: 52), cuando estuvo en Daytop Village y es la siguiente:

“Estamos aquí porque no existe ningún refugio donde escondernos de nosotros mismos.

Hasta que una persona no se confronta en los ojos y en los corazones de los demás escapa.

Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos no se libera de ellos.

Si tiene miedo de darse a conocer a los otros, al final no podrá conocerse a sí mismo ni a los demás. Estará solo.

¿Dónde podemos conocernos mejor sino en nuestros puntos comunes?

Aquí, juntos, una persona puede manifestarse claramente no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos, sino como un hombre parte de un todo con su aportación a los demás.

Sobre esta base podemos enraizarnos y crecer, no solo, como en la muerte, sino vivos para nosotros mismos y para los demás”.

1.5.3 Técnicas e instrumentos terapéuticos más utilizados en la C.T.

La C.T. es un contexto educativo de tratamiento intenso, durante las veinticuatro horas al día. Debido a esto se pueden implementar distintos y variados elementos terapéuticos-educativos. Aquí hemos recogido los más utilizados y reconocidos por investigadores del ámbito de las C.T.s, entre los que destacan, Roldán (2004), Bernstein, et al. (2005), Booth, et al. (2004), Kooyman (1996) y Borisova & Goodman (2004). Todas estas técnicas e instrumentos se deben aplicar en la C.T. como medio para que el residente se rehabilite y nunca como un fin en si mismas.

1.5.3.1 El trabajo como elemento terapéutico educativo

En un primer momento, se podría pensar que el sujeto adicto que se encuentra en tratamiento no debería desempeñar trabajos en la C.T. para centrarse exclusivamente en sus problemas psicológicos. Sin embargo, en la C.T. esto no es así, el trabajo se

considera un elemento esencial en el proceso de rehabilitación del individuo, ya que es entendido desde una perspectiva terapéutica y educativa.

El principal objetivo del trabajo es la de ayudar a conseguir una modificación personal significativa en cuanto a conductas, actitudes y valores que debe implicar un crecimiento personal por parte del sujeto. El valor del trabajo no es tanto el producto que se elabora directamente (comida, arreglos del jardín, limpieza de la casa, etc.), como el crecimiento personal antes citado que a la larga será más importante para el sujeto.

Para una buena parte de los sujetos adictos que ingresan en la C.T., el trabajo les ayuda a tener una identidad social positiva y reconocida, puesto que siempre estuvieron estereotipados como “yonquis⁴” y ésta fue la única identidad social que tuvieron. El trabajo les sirve para aumentar la autoestima ya que así se sienten útiles socialmente por primera vez, aunque sea dentro de la C.T.

La primera experiencia laboral en la C.T. significa para muchos residentes el primer éxito en la vida, pues las actividades que realizaron eran ilegales e iban dirigidas a obtener el dinero suficiente para conseguir droga. En muchos casos cifras elevadas cada día que les impedía cualquier otra actividad.

Otros individuos que a pesar de consumir droga logran tener un trabajo, acaban buscándose problemas en el mismo, por lo que es frecuente que trabajen en muchos sitios diferentes, no teniendo tampoco una identidad concreta. Estos individuos utilizan la droga para superar los problemas del trabajo, hasta que esta acaba siendo un problema en si misma.

En la C.T. los residentes que tenían trabajo fuera suelen identificar “trabajar bien” con “estar bien”, por eso algunos tienden a enmascarar sus verdaderos problemas a base de realizar correctamente el trabajo que desempeñan en la C.T. Se trata de evitar exponer públicamente los verdaderos problemas psicológicos, ya que así se sienten vulnerables ante el resto de componentes de la comunidad.

El trabajo debe ser utilizado por los terapeutas como un elemento más en el proceso de rehabilitación de los residentes de la C.T. Sin embargo, se deben de tener en cuenta los límites del mismo, ya que el fin de los residentes es superar sus problemas mediante el desarrollo personal, no el realizar una serie de trabajos correctamente.

⁴ Término que se utiliza para señalar a los sujetos toxicómanos más deteriorados física y psicológicamente que están relacionados con actividades delictivas y que no tienen ninguna función social, excepto conseguir droga para consumirla en el momento.

1.5.3.2 La estructura jerárquica del trabajo

Los residentes de la C.T. se encuentran organizados en grupos que se ocupan de los empeños que se realizan en el centro. Así suele existir el grupo de limpieza, el de comida, el de jardín, el de mantenimiento y el de la administración. Cada grupo tiene su responsable que vela porque el resto de componentes del grupo cumplan con sus tareas.

El responsable de cada grupo da cuentas a uno o varios residentes que tienen la función de coordinador/es de la casa y deben de intentar que el funcionamiento diario de la C.T. sea correcto. El coordinador tiene también colaboradores que son los supervisores y que se encargan de revisar que las tareas se realicen con el suficiente esmero.

El equipo terapéutico es quien decide que residente ocupa cada puesto, de acuerdo con el comportamiento del mismo. La estructura jerárquica es un medio para premiar las conductas positivas, ofreciendo más responsabilidad al residente y castigar las negativas quitando responsabilidad. Además, también sirve para aprender a asumir responsabilidades y saber manejar los conflictos de autoridad que se pueden dar en el funcionamiento diario del centro.

La estructura jerárquica se puede entender dentro del sistema de premios y castigos de la C.T., ya que el buen comportamiento se suele premiar con privilegios y el comportamiento negativo con sanciones que suelen consistir en realizar trabajos desagradables⁵. Ahora bien, algunas veces pueden existir más situaciones para sancionar que para premiar, esto se debe controlar e intentar equilibrar lo más posible premios y sanciones.

1.5.3.3 Delimitar y controlar las conductas negativas

Esta técnica trata de hacer consciente al residente de cómo está siendo su comportamiento, tanto positivo como negativo. Pero generalmente se deben controlar los comportamientos negativos para que el centro pueda funcionar correctamente. Esta técnica tiene dos instrumentos fundamentales: La “llamada de atención” y la “experiencia educativa”.

La “llamada de atención” consiste en una exposición verbal al usuario que no ha cumplido con su tarea como debería, para tratar de que la realice bien. También se utiliza para señalar trabajos que han quedado sin hacer, por ejemplo: “te llamo la atención, porque no has lavado el cubierto que utilizaste en el desayuno”, el sujeto responsable debe escuchar y agradecer que se lo recuerden.

⁵ Se refieren a trabajos de limpieza que son los que mas voluntad y esfuerzo requieren, para los residentes

Este instrumento sirve tanto para el residente que realizó el comportamiento negativo como para el que llama la atención, ya que refuerza su actitud de no ceder ante las conductas negativas de sus compañeros, lo que empeoraría el funcionamiento del centro. Si no existe un claro responsable de una conducta negativa puede hacerse una llamada de atención a un “grupo de trabajo” en concreto, o a toda la comunidad.

La “experiencia educativa” se utiliza para hacer consciente al residente de su comportamiento o conducta negativa. Este instrumento consiste en obligar al sujeto a que reflexione sobre una conducta muy puntal negativa que ha realizado durante los últimos días.

Para llevar a cabo la “experiencia educativa” se puede hacer escribir al residente, la frase que corresponde con la conducta negativa, que deberá leer un número de veces al día. Generalmente, para que los residentes se concentren en la conducta que deben cambiar se les prohíbe hablar con el resto de compañeros, mientras dura la “experiencia educativa”. Ésta no suele durar más de tres días y debe servir al residente para que obtenga conclusiones, de lo que implicaba la conducta negativa y la necesidad de cambiarla por otra positiva que deberá descubrir durante este tiempo.

1.5.3.4 El grupo de encuentro

La técnica más representativa de la C.T. es el grupo de encuentro debido a que en ella se dan algunas de las enseñanzas básicas que se persigue en este tipo de tratamiento, como son: la responsabilidad, aceptar la realidad, interés por uno y por los demás, honestidad. Con todo esto se pretende preparar al sujeto para el proceso de cambio continuo que debe realizar si quiere lograr el abandono de la adicción (De Leon, 2004a).

La palabra “encuentro” hace referencia a la reunión con otra persona, en principio estos encuentros son desarrollados por profesionales del *Human Potential Movement*⁶, pero al mismo tiempo son utilizados en la C.T., los cuales se desarrollan paralela e independientemente de los primeros y van dirigidos no tanto al potencial humano de desarrollo, como a tener un espacio para poder expresar pensamientos, ideas y sentimientos del día a día.

Los supuestos básicos de los grupos de encuentro, según Kooyman (1996), son los siguientes:

- En los grupos se aceptan todo tipo de crítica siempre que se realicen sin violencia física y/o verbal.

⁶ Grupo para el desarrollo del potencial humano

- En los grupos no se busca la razón o la verdad, sino tener un espacio de expresión. No se deben confundir con los grupos de discusión.
- La persona que lidera el grupo también puede ser confrontada, por lo que es importante que en ese momento otra persona (co-líder) pase a liderar el grupo.
- El grupo de encuentro sirve para desenmascarar actitudes y comportamientos de los integrantes del mismo. Cuando un comportamiento negativo de una persona es identificado por varias personas del grupo, esta persona debe aceptarlo tal cual es.
- Cada sujeto recibe del grupo lo que es capaz de aportar.

Los “grupos de encuentro”, también aplicados en la rehabilitación de alcohólicos, se fueron propagando a partir de 1960 por las diversas comunidades dirigidas a la rehabilitación de sujetos adictos. En la actualidad casi nadie duda sobre su valía como técnica y aspecto fundamental en los tratamientos de C.T.

1.5.3.4.1 Objetivos del grupo de encuentro

Al ser esta técnica uno de los soportes fundamentales de la C.T. es muy importante concretar que se busca al realizar un “grupo de encuentro”, debido a la cantidad de tiempo y esfuerzo que se dedica a ello. Normalmente estos grupos se realizan tres veces por semana.

El primer objetivo, según De Leon (2004a), que se persigue en estos grupos es la posibilidad de que se de un intercambio entre personas. Este intercambio hace referencia a sentimientos y pensamientos de un sujeto en relación a otro, que surgen de la convivencia continua en la comunidad.

El segundo objetivo que se persigue es el “enfrentamiento”, entendiendo este como la exposición por un componente del grupo de las actitudes, conductas y comportamientos de otro componente del grupo que generan preocupación. Pueden ser aspectos positivos o negativos y no tienen necesariamente que provocar reacciones en la persona aludida. Se trata de conversar sobre aspectos importantes y compartirlos con todos los componentes del grupo.

Cada grupo de encuentro que se realiza persigue su propio objetivo limitado que es hacer ver a cada componente del grupo que tiene una serie de actitudes y patrones conductuales que le llevaron a estar donde está y que debería cambiar. En definitiva, hacer consciente a cada sujeto de su realidad sería el tercer objetivo a perseguir.

El proceso de convivencia que se lleva a cabo en una C.T. es muy intenso. Hay que tener en cuenta que el usuario vive las 24 h. del día en la C.T., por eso se puede decir

que en este contexto se comparte “casi todo”. En este orden de cosas no es raro que surjan múltiples disputas y “roces” entre los residentes. Otro de los objetivos de estos grupos es que sirvan para solucionar los pequeños conflictos generados de las funciones laborales o de las relaciones sociales que se realizan en la comunidad.

Por último, los objetivos antes mencionados van dirigidos a conseguir el objetivo más importante de todos y es el siguiente: que los grupos sean útiles para cambiar los patrones de conductas, sentimientos y pensamientos negativos de todos los componentes de la C.T., para que puedan desarrollarse como personas libres de drogas, dentro de la sociedad a la que pertenecen.

1.5.3.4.2. Normas y aspectos fundamentales para realizar el grupo de encuentro

La C.T. es un contexto que está sujeto a unas pautas y protocolos que le dan identidad. Dentro de estas pautas se encuentran las relativas a los grupos de encuentro que sirven para guiar el proceso de realización de los mismos.

Las normas y pautas empleadas en los grupos de encuentro velan por la seguridad física y mental y por la confidencialidad de todos los componentes. Estos encuentros son situaciones intensas en donde suelen aparecer problemas y dificultades relativas a comportamientos, pensamientos y sentimientos, por lo que algún componente del grupo puede perder los nervios y descargar su frustración sobre el resto de componentes.

Los sujetos que incumplen regularmente las normas de los grupos serán sancionados dependiendo de la frecuencia, tipo y gravedad de la infracción. Normalmente se producen “infracciones” pues éstas se consideran parte del aprendizaje de los sujetos. Por eso, infracciones repetidas podrían generar un grupo especial para tratar de adquirir los recursos necesarios para superarlas, de tal manera que no se repitan posteriormente.

De Leon (2004a) señala las siguientes normas que prohíben conductas y/o actitudes como:

- Gestos amenazantes explícitos o implícitos contra cualquier componente del grupo.
- Enfrentamientos por ataques verbales de quien dirige el grupo, solo o con algún otro componente sobre algún sujeto del grupo.
- Salir en ayuda de algún sujeto del grupo, racionalizando, explicando o defendiendo los argumentos que se expone de él. Cada sujeto debe afrontar por sí mismo todos los argumentos y afrontar lo que el grupo plantee.
- Considerar y hacer referencia a cuestiones estereotípicas sobre raza, género, cultura o antecedentes familiares de algún miembro del grupo.

- Abandonar el grupo para realizar cualquier otra actividad como comer, fumar, beber, etc.
- Moverse del sitio mientras dura el grupo a menos que sea necesario para mejorar los confrontamientos entre sus componentes.
- Hablar de cualquier tema que no tenga que ver con los problemas y dificultades que se generan en la C.T.
- Cualquier dejadez en cuanto a imagen personal que pueda ser irrespetuosa o generar agresividad o complacencia a los demás miembros del grupo.

Como aspectos a enfatizar e intentar que se cumplan en todos los encuentros tenemos:

- La utilización de un lenguaje natural propio de cada sujeto. Cualquier expresión es válida, excepto aquella que sea peyorativa con respecto a la seguridad y cultura.
- Los grupos de encuentro deben de ser dirigidos por los propios residentes de la C.T. para que no se impida la espontaneidad del proceso de autoayuda, aunque exista un líder, este no debe tener autoridad respecto a las decisiones que se tomen en el grupo, ya que este es un contexto libre de autoridades.
- La honestidad y la preocupación por los componentes del grupo aumenta la efectividad en la autoayuda de cada uno de sus miembros. La honestidad y la preocupación constante es la conducta ideal que se persigue en la C.T., las cuales a través de la repetición deben ser interiorizadas por los sujetos.

Como ya señalamos anteriormente, los encuentros son un espacio de intercambio entre personas, para hacer más conscientes a los sujetos de los patrones de conducta a modificar. Por eso, estas normas y procedimientos para optimizar la dinámica del grupo de encuentro son un medio para facilitar la comunicación entre sus componentes y no un fin en si mismas.

1.5.3.4.3 Elementos a tener en cuenta para realizar un grupo de encuentro

La C.T. suele convocar tres grupos a la semana. Según Kooyman (1996), el número de personas para realizar un grupo es en torno a diez. Aquí no incluimos a los dos líderes que suele haber en el grupo. No se aconseja formar grupos de más de doce personas debido a que suele haber miembros que no participan.

Antes de que el equipo terapéutico planifique quien va a participar en el grupo, según De Leon (2004a), se deben realizar los siguientes pasos:

1º Los residentes de la C.T. deben escribir en un papel con quien quieren hablar en el grupo y las razones por lo que lo quieren hacer. Se trata de explicar en dos líneas las preocupaciones y sentimientos hacia la otra persona. El equipo terapéutico al conocer las diversas razones de todos los residentes establecerá los componentes de cada grupo y la prioridad de los asuntos a tratar.

2º Una vez que se recogen todos los papeles de los residentes se debe planificar el grupo dependiendo de las cuestiones interpersonales que aparezcan y la gravedad de las mismas. Todas las cuestiones a tratar deben tener su tiempo proporcional a la importancia dentro del grupo.

3º La creación y organización del grupo debe ser equilibrada teniendo como criterios la revisión de los papeles de los usuarios, el género, raza-etnia si las hay y tiempo de permanencia en la C.T. Estas medidas deben de servir para que el funcionamiento del grupo sea lo mas fluido posible.

4º La posición de los componentes del grupo debe ser en círculo. Además cada componente debe estar sentado enfrente de quien tenga que enfrentarse. Los líderes del grupo y los componentes expertos deben estar situados formando un triángulo para recoger todas las interacciones que se dan en el grupo. Con el fin de mantener cierta tensión, las sillas no deben ser muy cómodas para que los sujetos no se relajen.

Si hubiera sujetos de la misma raza o etnia estos deben estar colocados unos enfrente de otros para que puedan conocer sus mecanismos de defensa a través del lenguaje corporal. Además del moderador o líder del grupo es conveniente que estén 2 residentes con experiencia que también hacen funciones de moderador y 5 ó 6 residentes sin experiencia que hayan ingresado hace poco tiempo.

5º La composición de los grupos debe cambiar continuamente para que los residentes se identifiquen con todos los componentes de la C.T. y no solo con un subgrupo de la misma. Esta rotación de las personas por los grupos hace que no existan alianzas entre sujetos. Se trata de evitar que tengan confianza para protegerse y taparse mutuamente, para no afrontar sus conductas negativas.

Una vez señalados los principales elementos a tener en cuenta en los grupos de encuentro pasamos a describir, en el siguiente apartado, el funcionamiento habitual de los mimos.

1.5.3.4.4 Fases de los grupos de encuentro

En el proceso desde que se inicia el grupo hasta que termina, se pueden distinguir, según De Leon (2004a), las siguientes fases: enfrentamiento, conversación, clausura y fase social. Las tres primeras fases se mezclan en el desarrollo del grupo. La clausura da por finalizado el grupo y la fase social se realiza de manera informal, fuera del contexto propio del grupo.

a) Fase de enfrentamiento

Cuando el mediador o líder del grupo da a conocer a los participantes las reglas del encuentro el enfrentamiento debería surgir espontáneamente, de no ser así el moderador deberá invitar a los participantes a empezar a hablar. Para ello puede hacer referencia a los asuntos planteados en los papeles que cada participante le entregó y en donde señalan con que persona querían hablar.

Esta fase está dirigida a que cada sujeto sea consciente de su situación en cuanto a su comportamiento y actitud que pueda afectar a los demás. El enfrentamiento puede ir dirigido a cualquier participante y por cualquier comportamiento o actitud. Se trata de que el sujeto escuche las ideas y experiencias del compañero que realiza el enfrentamiento, estas no pueden ir dirigidas a características inmodificables (raza, edad, género, malformaciones o deficiencias físicas). El sujeto que recibe el enfrentamiento debe escuchar todos los argumentos antes de responder.

Cualquier sujeto del grupo se puede unir al enfrentamiento planteado por una persona a otra. Así, si todos los componentes del grupo tienen la misma opinión respecto de una conducta, el sujeto deberá aceptarla e intentar cambiarla.

A la hora de plantear el enfrentamiento, según Kooyman (1996), se pueden utilizar herramientas como: el humor, la exageración, el ridículo, la imitación y la confrontación indirecta. El sujeto que recibe el enfrentamiento puede defenderse siempre que no se salte las reglas del grupo. Para ello se suele utilizar el silencio o el aislamiento.

Cuando un componente del grupo se resiste a aceptar las acusaciones de otro compañero o compañeros y ofrece argumentos de defensa y rechazo, el grupo debe elaborar mejor su acusación. Esto lejos de perjudicar al grupo lo enriquece ya que demuestra el interés de los componentes por profundizar en las ideas expuestas.

b) Fase de conversación

Después de terminar la fase anterior, con la aceptación del enfrentamiento y las acusaciones que ello conlleva se pasa a la fase de conversación. En esta fase se entiende que los sujetos han comprendido el sentido del enfrentamiento de la fase anterior y que pueden elaborar argumentos propios referentes al mismo, para exponerlos al grupo de una manera calmada.

La conversación implica por tanto un intercambio de ideas siempre referentes a las conductas y actitudes que los propios componentes del grupo señalaron de sus compañeros. En esta fase se pretende que el individuo se abra al grupo y exponga

cuales son sus pensamientos y sentimientos en relación a lo que dijeron sus compañeros.

Para conseguir que el individuo se abra al grupo, éste debe concentrarse en las conductas y comportamientos que originaron el enfrentamiento y no en otros problemas. Por otro lado, el sujeto debe mantener una relación honesta con el resto de compañeros del grupo, acerca de sus pensamientos y sentimientos asociados al enfrentamiento.

El sujeto enfrentado también puede utilizar mecanismos de defensa como la racionalización de los argumentos de sus compañeros. Otro mecanismo muy utilizado es la elaboración de excusas hacia la conducta enfrentada. Por último, algunos sujetos también utilizan la aceptación inmediata del enfrentamiento para evitar la presión de todo el grupo.

Las herramientas más utilizadas en esta fase hacen referencia a la evocación, para que los sujetos se encuentren cómodos a la hora de expresarse, como son la empatía y la identificación. Si un sujeto persiste mucho con sus defensas también se pueden utilizar los rumores, la ironía y las coincidencias o carambolas.

c) La clausura

Esta fase empieza cuando el sujeto muestra evidencias de que ha entendido el sentido del enfrentamiento y pretende iniciar un proceso para modificar la conducta/s y/o actitud/es objeto del enfrentamiento. Para ello debe de existir un feed-back entre los componentes del grupo que facilite una reflexión conjunta de las conductas y actitudes a modificar.

El sujeto que recibe el enfrentamiento debería comprometerse realmente a cambiar las conductas y actitudes que le señalaron el resto de componentes. Este compromiso debe ser puesto en práctica en el desenvolvimiento diario del sujeto y debe persistir a lo largo del tiempo, hasta que se interioriza la nueva conducta o actitud.

El sujeto que inició el enfrentamiento a otro compañero, debe ofrecer sugerencias y aportaciones específicas para ayudarlo a cambiar las conductas y actitudes. Estas sugerencias son acciones concretas (por eje. “pide ayuda para hacer la merienda” “habla con el compañero con el que tengas el conflicto y no con el terapeuta”, etc.).

En consonancia con lo dicho anteriormente, la herramienta más utilizada en esta fase es el “apoyo de todo el grupo”. Esto se puede expresar a través de palabras de afirmación, correctivas y sobre todo de calor social. El grupo que pretende funcionar correctamente

debe equilibrar los elementos de enfrentamiento expuestos con los de apoyo, entre sus componentes.

d) La fase social

Cuando termina la clausura del grupo, este abandona el contexto formal donde se realizó el grupo y ocupa algún otro espacio de la casa. Durante un periodo de 40 minutos aproximadamente el grupo puede seguir las conversaciones de una manera informal y en un tono más suave, sin que por ello pierda importancia lo que allí se habla.

Los componentes del grupo pueden reflexionar con más tranquilidad sobre los beneficios del grupo y ampliar las sugerencias y acciones con detalles que en el grupo no tuvieron oportunidad de exponer. Aquí también los líderes del grupo podrían limar asperezas entre componentes o realizar aportaciones más profundas a algún sujeto que lo necesite.

Por último, los líderes y terapeutas pueden conocer el estado clínico de aquellos sujetos que no recibieron ningún enfrentamiento. Según sea la implicación de estos sujetos, las expresiones y la participación en esta fase social, será el nivel del estado clínico.

e) Evaluación y seguimiento

En cada encuentro siempre se da la situación de que un enfrentamiento debe terminar y hay que pasar a otro sujeto. Este momento no tiene un tiempo concreto, sino que dependiendo de la reacción de cada sujeto al enfrentamiento se decidirá avanzar, entendiendo que el grupo produjo resultados óptimos o bien que no se consiguió lo que se pretendía.

Los resultados óptimos hacen referencia a la aceptación del sujeto de las sugerencias plantadas por el grupo y su compromiso de cambio. Los resultados no óptimos significan que el sujeto rechaza o no acepta el enfrentamiento y por lo tanto no va a modificar la conducta al menos a corto plazo.

De todos modos, los resultados del grupo serán aceptables cuando elevan la conciencia de sus componentes, con respecto a la necesidad de realizar cambios. Por eso, el grupo puede terminar si el sujeto lo da por válido. Aunque dicho sujeto tarde más tiempo en comprometerse a cambiar actitudes y comportamientos.

Tanto los líderes del grupo como el personal de la C.T. y los residentes deben de realizar, bajo su responsabilidad, el seguimiento de los grupos. El aspecto de la

monitorización del estatus del residente es fundamental para comprobar el progreso de los residentes a lo largo de los diferentes encuentros.

Para realizar este seguimiento se puede realizar una reunión cada cierto tiempo, después del encuentro. De tal manera que los individuos deben de revisar los compromisos que realizaron en los pasados encuentros y su implicación para lograrlos. Los resultados aquí obtenidos pueden servir para la preparación, tanto de sesiones específicas de terapia, como de otros encuentros.

1.5.3.5 Reuniones de toda la comunidad

Los componentes de una C.T. varían en cuanto a número, aún así, en todas las C.T.s debe existir algún mecanismo para poder tratar los asuntos que acontecen en el transcurrir diario de las mismas.

De este modo surgen las reuniones en las que participan todos los componentes de la C.T., sin excepción. Según Kooyman (1996), estas reuniones se convocan cuando ha habido una crisis importante que afectó a gran parte de la comunidad, por lo que es necesario aclarar el origen y buscar una solución para el problema.

Sin embargo, De Leon (2004a) sostiene que también se pueden realizar reuniones de toda la comunidad sin que tenga que haber un problema grave. Este tipo de reuniones se pueden plantear para hablar de aspectos como: la administración general de la comunidad, cambio de funciones de terapeutas, cambio de actividades y planes a seguir en adelante.

Siguiendo a los autores antes citados podemos diferenciar dos tipos de reuniones: la reunión general, que va dirigida a resolver problemas y crisis que aparecen e implican a un número elevado de componentes. Y la reunión de la casa en donde se tratan cuestiones referentes al desarrollo de la C.T. En los siguientes apartados especificaremos más detalladamente estos dos tipos de reuniones.

1.5.3.5.1 Reunión de la Casa

Las reuniones de la casa, siguiendo a De Leon (2004a), se suelen realizar una o dos veces a la semana. El principal objetivo de estas reuniones es negociar ente todos los componentes de la comunidad (personal terapéutico y residentes) los principales aspectos en cuanto al funcionamiento de la misma.

El llevar a cabo estas reuniones no es tarea fácil, por dos razones fundamentales: la primera es que existe un gran número de personas con diversos intereses. La segunda es

que la concentración de los residentes, en un tema en concreto, no suele ser frecuente bajando la atención de los mismos en un momento determinado.

En cuanto a la función terapéutica, esta reunión es un contexto adecuado para que los residentes realicen comunicaciones tanto positivas como negativas de las actividades llevadas a cabo en la semana anterior a la reunión. También se pueden realizar llamadas de atención a ciertos sujetos, para ayudarlos a cambiar su conducta y hacer mención a conductas ejemplares.

Para planificar la reunión se nombra a un coordinador, el cual debe recoger las cuestiones fundamentales que se van a tratar referidas al funcionamiento de la C.T. y a la posición que ocupan los residentes en la misma. Las nuevas funciones y actividades serán anunciadas previa supervisión del equipo terapéutico.

El formato de esta reunión suele ser siempre el mismo, excepto cuando hay anuncios especiales. Primeramente se presenta el coordinador y realiza una enumeración de los asuntos a tratar que son: presentar a los nuevos residentes si los hay, hablar acerca de las actividades nuevas que estén planteadas para los próximos días, avisar a los residentes que tengan citas médicas o jurídicas y, por último, señalar los cambios de funciones y los grupos de encuentro a los que deben asistir cada residente.

1.5.3.5.2 La Reunión General

Este tipo de reunión, según Kooyman (1996) y De Leon (2004a), se realizan cuando existe un problema especial o relevante que implica a un número importante de residentes de la comunidad. Algunas veces, aunque no es frecuente, se convocan para reconocer aspectos positivos del funcionamiento o del esfuerzo realizado por los componentes de la misma.

El objetivo fundamental de esta reunión es identificar conductas problemáticas. A continuación se debe motivar y alentar a los residentes a que las cambien por otras positivas, dando una perspectiva de lo que se entiende en la C.T. por un proceso de rehabilitación correcto, a través del apoyo y la fuerza de todos los componentes.

La preparación de este tipo de reunión es laboriosa debido a la importancia y complejidad de los temas a tratar y a la duración de la misma. Esta reunión puede ser considerada la más importante de la comunidad.

El coordinador/es de la reunión debe, en primer lugar, identificar los problemas o las situaciones que se tienen que exponer. Estos problemas son elegidos dependiendo de los acontecimientos y situaciones que se hayan dado en la casa y suelen implicar a un

grupo de residentes que han infringido repetidamente normas fundamentales de la comunidad.

El proceso de desarrollo de esta reunión debe ser formal, respetando las cuestiones planteadas por el coordinador, para lograr los objetivos propuestos. Se debe respetar el turno de palabras y las normas de no violencia, ni verbal, ni física. Además está prohibido abandonar la reunión antes de finalizar.

Después de plantear la reunión, se debe aclarar el problema o problemática y la gravedad del mismo a aquellas personas relacionadas directa o indirectamente. Para ello se realizan las observaciones oportunas, a los diferentes implicados, planteándoles las situaciones objeto de interés.

Una vez planteado el problema, los implicados deben de exponer su postura al resto de los componentes de la comunidad. Estos expresarán su parecer a los implicados (feedback) que deben de responder a las cuestiones planteadas, siempre de manera voluntaria. Esta fase sirve de desahogo, por parte de los implicados, a la reacción del resto de componentes de la comunidad.

La última fase consiste en exponer las enseñanzas derivadas de la reunión. Esta es de consolidación y se especificarán las acciones que se tomarán con los implicados, en función de los problemas. Aquí deben de quedar al descubierto todos los problemas de la C.T. y las conductas a seguir para solucionarlos.

Esta reunión tiene implicaciones terapéutico-educativas, ya que al final de la misma, debe de quedar más perfilado cual debe ser el camino correcto para la rehabilitación y cual es la actitud positiva a seguir.

El objetivo que se persigue es una intervención única. Las sanciones disciplinarias que se lleven a cabo deben de ser planteadas de tal manera que tengan carácter terapéutico, para que los sujetos sancionados no lo entiendan como un castigo injusto. Estas sanciones deben perfilar el funcionamiento de la casa y fomentar la identificación con la comunidad.

Por último, se busca el aprendizaje delegado de aquellos residentes que participaron en la reunión, pero que no estaban implicados en ningún problema. Estos pueden ver, en sus propios compañeros, patrones de conductas equivocadas y ejemplos que se deben evitar. Además pueden conocer las medidas de corrección y aprendizaje para solucionar este tipo de problemas.

1.5.3.5.3 Seminarios

Este instrumento terapéutico consiste en el planteamiento de un tema para la posterior discusión del mismo. Los temas suelen ser variados, por ejemplo: causas de abandono de la comunidad, prevención de recaídas, consumo de alcohol después de terminar el programa, etc. Se trata de conocer posibles alternativas a la droga fuera de la comunidad.

Siguiendo a Kooyman (1996), el tema a tratar es planteado por un miembro del equipo terapéutico que más adelante invita a los asistentes a que expresen su opinión, relacionada con aspectos del mismo. Los seminarios suelen incluir a todos los componentes de la C.T., pero existen algunas excepciones, en las que solo participa una parte de la misma, cuando el tema es muy específico y no implica a todos los residentes.

Dependiendo del objetivo que persiga el seminario, se pueden clasificar en (De Leon, 2004a):

Seminarios de estimulación intelectual.- Son aquellos que por el tema elegido y el planteamiento tratan de motivar a los residentes a que piensen sobre la información recibida que suele ser nueva. También a que expongan públicamente su opinión sobre el tema.

Seminarios de implicación.- Intentan que los residentes de la comunidad se sientan parte integrante de la misma y que participen en las actividades que se realizan. Los seminarios van dirigidos a aquellos residentes que no están integrados como los demás en la C.T.

Seminarios de integración social.- Exponen temas y cuestiones de la vida diaria con el fin de relacionar a los residentes que se sienten marginados con el resto de la sociedad. Aquí se busca que exista una interacción con aspectos de la vida cotidiana, por parte de los residentes.

Todos los seminarios, al igual que el resto de encuentros, deben de estar preparados de antemano, teniendo en cuenta el tema y quién lo va a dirigir. Se deben plantear de tal manera que sea relevante para los participantes del mismo.

El seminario se suele realizar en la habitación más amplia de la casa, para que puedan estar cómodos todos los participantes. Las normas que rigen el seminario son las mismas de la C.T. (no se permite: violencia física ni verbal, interrumpir, conversaciones cruzadas y abandonar la reunión). Se trata de generar un ambiente en donde los participantes puedan exponer libremente sus opiniones.

La duración de los seminarios deberá ser aproximadamente 60 min., dependiendo del tema, se pueden alargar 30 min. más, como mucho. Los últimos minutos deben de estar reservados para realizar un feed-back por parte de los residentes que expondrán sus opiniones, en relación con la información recibida.

Para finalizar el seminario, el moderador pedirá una crítica constructiva a algún participante. Este deberá tener en cuenta, tanto las debilidades como las fortalezas del mismo. El seminario puede ser entendido como un termómetro del grado de implicación de los miembros de la C.T., dependiendo de cómo sea su participación en el mismo.

1.5.3.5.4 El encuentro de la mañana

Este encuentro se realiza después del desayuno y tiene la finalidad de motivar a los residentes de la comunidad a iniciar el día con buena predisposición. Esto implica aceptar las actividades diarias con una actitud positiva y reforzar el sentimiento de pertenencia a la gran familia que es la comunidad.

Para los sujetos ex –adictos, el levantarse temprano no era lo común, hasta que ingresaron en la comunidad. Estos suelen tener hábitos nocturnos y para afrontar el día necesitaban de droga. Por eso cuando se levantan suelen tener pensamientos negativos, de todo lo que les rodea, que deben de cambiar en el encuentro de la mañana. De no ser así, dichos pensamientos pueden afectar a su funcionamiento durante el resto del día.

El equipo terapéutico organiza el material que se va a exponer en el encuentro de la mañana. Generalmente, el lunes se expone un tema clave a trabajar durante el resto de la semana. Los residentes deben de centrar sus esfuerzos en el tema propuesto. A mitad de semana se realiza un segundo encuentro, donde se da cuenta de los progresos realizados por cada residente.

Es decir, cada residente es responsable de levantarse en el encuentro y explicar sus progresos, en referencia al tema propuesto. Por último, a finales de semana, se realiza un tercer encuentro, donde se exponen los aspectos positivos en que mejoró la comunidad y en los que se debe seguir trabajando.

El éxito de este tipo de reunión está relacionado con la participación de los residentes en el mismo, pues esto quiere decir que el tema es pertinente y que fue planteado adecuadamente. Otro indicador relevante es la energía que se pone en la participación, ya que nos aporta información sobre el grado de implicación de los residentes en la comunidad.

Como señalamos al principio al ser la finalidad de este encuentro motivar a los residentes, las malas noticias que se deban anunciar serán planteadas con sumo cuidado, para no desestabilizar la actitud de los mismos. Una función terapéutica principal del encuentro es ayudar a los residentes a controlar sus sentimientos, evitando hacer manifestaciones extremas de los mismos.

1.5.4 La función de la evaluación en la C.T.

Las evaluaciones realizadas sobre C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos son escasas. Según Comas (2006: 151):

“las resultados de las Comunidades Terapéuticas españolas han sido, y actualmente son, evaluadas, en una proporción y con una intensidad, muy poco frecuente tanto en los ámbitos de drogas como en el conjunto de programas sociales y sanitarios. La experiencia de la consideración institucional y profesional que ha tenido la evaluación de las C.T.s demuestra que las apelaciones a la necesidad de la evaluación por parte de los instituciones son, con frecuencia, más retóricas que reales”.

Cabe destacar que en la revisión de las evaluaciones realizadas a las C.T.s y programas para la rehabilitación de drogodependientes que realiza el autor antes citado, no se hace referencia a la existencia de evaluaciones de procesos donde se valore la implementación de las acciones terapéuticas realizadas en los programas, sino que solo se plantea la puesta en práctica de dispositivos de seguimiento que se centran en conocer si los usuarios del programa vuelven o no a consumir drogas a lo largo del tiempo.

Los trabajos evaluativos en las C.T.s deberían iniciarse con una evaluación de necesidades que identifique las principales áreas de intervención a tener en cuenta. Una vez que se diseña el programa, en función de las necesidades detectadas, se debería realizar la evaluación del diseño del programa con la finalidad de valorar si las propuestas de actuación planteadas son adecuadas para satisfacer las necesidades identificadas previamente.

Una vez que se pone en marcha el programa deberemos conocer como este va alcanzando los objetivos propuestos, para ello se realiza la evaluación de la implementación, en donde se valoran los procesos llevados a cabo en el programa y su coherencia con las propuestas iniciales. Finalmente, se plantea la evaluación de resultados con la finalidad de comprobar si el programa cumple los objetivos para los que fue diseñado.

La función de la evaluación en las C.T.s debería tener en cuenta tanto los procesos como los resultados. En relación con los procesos la evaluación debe de valorar el desarrollo de todas las estrategias y actividades terapéuticas que se implementen en la C.T., posibilitando la mejora de las mismas que corresponde con el carácter formativo de la evaluación.

Con respecto a los resultados, la evaluación debe de dar cuenta de los logros finales alcanzados una vez finalizado el programa, esto implica conocer los efectos netos, aquellos que se atribuyen a las variables explicativas que justifican la intervención y los efectos brutos, aquellos producidos por la intervención en el contexto. Esto hace referencia a la función sumativa de la evaluación.

Las evaluaciones en las C.T.s deberían ser internas y externas, ya que estas dos perspectivas son necesarias para garantizar, por un lado, un estudio riguroso y exhaustivo de la realidad evaluada y, por otro lado, la objetividad y la independencia de intereses de colectivos particulares.

Por último, cabe destacar que la evaluación de las C.T.s debe ser considerada una herramienta que, además de comprobar el cumplimiento de objetivos y la justificación del programa ante la Administración, oriente la toma de decisiones para la mejora de la C.T.

1.5.5 Algunas aportaciones de la investigación sobre Comunidades Terapéuticas

En el tiempo que llevan funcionando las C.T.s, aproximadamente 50 años, se han realizado numerosas investigaciones que en mayor o menor medida han contribuido a mejorar las prácticas en un contexto tan peculiar como este.

Algunos de los descubrimientos más relevantes, según De Leon (2004b), de la investigación realizada en la C.T. son los siguientes:

- La correlación positiva entre la retención al tratamiento y los resultados positivos de los residentes en todas las áreas de desarrollo humano y sobre todo en la reducción del consumo de droga.

- La correlación positiva entre la alta motivación y la buena disposición al cambio para obtener resultados positivos. El motivo de ingreso a una C.T. no siempre es por la propia voluntad de cambio del sujeto adicto. A veces los sujetos ingresan en la C.T. por diversas presiones (legales, familiares, custodia de hijos, no tener a donde ir, etc.) este es un factor condicionante de los resultados posteriores.

- Los buenos programas son los que identifican los factores motivacionales e intentan transmitirlos a los residentes. Además, estos factores deben de intentar ser incrementados para que la motivación se eleve y mantenidos durante la estancia del residente en la comunidad.

- Cuando se realicen trabajos de evaluación de la eficacia, con grupo de control, se debe tener en cuenta el factor motivación de los individuos y realizar la división de los mismos en los grupos con parecido nivel de motivación.

- La C.T. tiene su propia teoría que se ha venido creando a partir de las prácticas comunes en todas ellas. No obstante, este cuerpo teórico no implica una rigidez en cuanto a los métodos y actividades que se pueden realizar en la C.T.

- Las decisiones políticas que se realizan en torno a esta modalidad de tratamiento pueden ejercer presión y ser un condicionante del funcionamiento de la misma. Sobre todo, en cuanto al tiempo que tiene que pasar el sujeto en situación residencial, ya que esto condiciona los costes de la C.T. Por eso es importante trabajar el aspecto del perfil del residente y la intensidad-duración del tratamiento.

- Los trabajos evaluativos son el soporte científico que utiliza la administración para asignar recursos a esta modalidad de tratamiento, por eso es importante que estos trabajos sean realizados por personal cualificado y externos al programa objeto de evaluación. La administración podrá así justificar los gastos que ellos conllevan.

- Una gran parte de los descubrimientos realizados por los científicos en este campo no se llevan a la práctica en la C.T. debido a la falta de comunicación y entendimiento entre los científicos y los terapeutas y/o trabajadores de los programas.

- La investigación de los procesos realizados en las C.T., a diferencia de las evaluaciones de resultados, necesitan que el investigador se entremeta en el funcionamiento diario de las mismas. Esto conlleva que en estas investigaciones deben de estar implicadas todas las personas que directa o indirectamente están relacionadas con la C.T.

Estos descubrimientos aportados por la investigación científica no siempre son aprovechados en el desarrollo normal de las actividades realizadas en la C.T. Para maximizar la utilización de la investigación en la práctica existen tres requisitos fundamentales (De Leon, 2004b):

1°.- Medida –Valoración

Las C.T.s son más propicias a utilizar los descubrimientos realizados por la investigación cuando están preparadas para cambiar, tanto su organización administrativa, como sus prácticas terapéuticas. Por tanto, es necesario antes de introducir novedades en cualquier programa, medir y valorar la adecuación de la C.T. para incluir dichas novedades y descubrimientos en la práctica diaria.

2°.- Preparación

Los componentes de la C.T. necesitan estar preparados para implicarse en un proceso de investigación. Por eso es necesario establecer un plan en el que se tenga en cuenta a los terapeutas y responsables de la C.T. con la finalidad de: explicitar la propuesta, detallar como se va a realizar, que relevancia e impacto va a tener y que costos. Los terapeutas y el personal que trabaja con los sujetos adictos son claves a la hora de diseñar la planificación y los instrumentos de recogida de datos. La investigación debería contar con los fondos suficientes para poder tener un equipo de investigación externo a la C.T. y otro interno.

3°.- Diseminación

Para que los descubrimientos y avances científicos sean utilizados correctamente se deben de mostrar a las audiencias implicadas, de forma que los puedan entender y aplicar a la práctica. Se pueden incluir en las investigaciones seminarios donde se describan los resultados y los diferentes interesados puedan ofrecer sus puntos de vista, en cuanto a la interpretación y conclusiones a las que se llegan. Esto implica que el investigador adopta también la función de “educador”. Los descubrimientos científicos deben ser transmitidos, en un lenguaje comprensible, para aquellas personas que los tienen que llevar a la práctica de una manera eficaz.

1.5.6 El problema de la ética en la C.T.

Cuando se crearon las primeras C.T.s psiquiátricas orientadas a la rehabilitación de toxicómanos se planteó la posibilidad de que el residente y su familia fueran los protagonistas en el proceso de recuperación y como tales tuviesen la necesaria responsabilidad y capacidad de decisión.

Según Palaciós (2004: 198):

“Los principios de la C.T., en palabras de Maxwell Jones, representaron la liberación de los pacientes psiquiátricos de la opresión institucional y de la etiqueta psiquiátrica y su transformación en personas; les permiten poder influir en un propio medio ambiente y sus tratamientos, crear nuevas y mejores condiciones medioambientales y relacionales, entre ellos y el personal clínico terapéutico, involucrar a sus familiares, crear conexiones hacia el exterior

permitiendo a los pacientes crecer y desarrollar en un ambiente facilitador y libertario. El doctor de la comunidad es la comunidad misma”.

Se trata, en definitiva, de realizar un cambio en las relaciones terapéuticas, tal y como se venían realizando hasta el momento, de tal manera que el poder pasa de estar centralizado en los terapeutas a estar repartido entre todos los implicados en la C.T.

El contexto de la C.T. es complejo y por él fluyen muchos intereses que no siempre van en la misma dirección. Esta debería ser el facilitar el desarrollo personal de los residentes. Algunas veces se cometen errores, probablemente involuntarios, que causan daños más o menos graves. Las principales causas de estos errores son las siguientes:

1.- Los miedos y la ignorancia nos hacen no tener en cuenta acciones o actitudes negativas que realizamos. Además tampoco nos atrevemos a señalar lo negativo de las acciones o comportamientos de nuestros compañeros.

2.- Por ser fieles a nuestras creencias o intereses propios perdemos la perspectiva y no olvidamos de que el fin último que se debe perseguir en la C.T. es el de ayudar al residente a salir adelante, prescindiendo a veces de ideas previas que teníamos que no son pertinentes en la práctica.

3.- Existen algunas C.T.s que todavía al día de hoy se sustentan en dogmas e ideas rígidas que están fuera de lugar, pero que todos los miembros de la C.T. deben de seguir. Esto significa que estas ideas y dogmas pasan a ser los protagonistas y los residentes son un medio o un instrumento al servicio de las mismas.

4.- Por último, algunas de las C.T.s fueron fundadas por antiguos sujetos adictos que se rehabilitaron con éxito. Estos sujetos tomaron el modelo de C.T. y lo adaptaron según su juicio. Los problemas se generaron debido a la ignorancia de estos ex –adictos, en cuestiones técnicas de organización, gestión y terapia. Además de la desconfianza hacia los profesionales del sector que realizan un enfoque de la terapia hacia la asistencia paliativa, no ofreciendo serias alternativas al problema de la droga.

Se pueden enumerar, según Palacios (2004), algunos puntos a tener en cuenta para proceder respetuosamente con los residentes de la C.T.:

1.- Revisar el concepto de hombre que manejamos, teniendo en cuenta que debemos aceptar las diferencias individuales, para ello debemos diseñar e implementar actividades adecuadas. Debemos ser tolerantes, afirmativos y no discriminativos con la capacidad de las personas para cambiar su vida.

- 2.- Autoexaminar nuestro trabajo como terapeutas, lo que implica revisar cuestiones como: nuestra vocación, capacidades y habilidades, puntos fuertes y débiles y capacidad para ofrecer y pedir ayuda.
- 3.- Comprobar la pertinencia del diseño de los programas, de tal manera que puedan satisfacer las necesidades que tiene la sociedad en un contexto y en un tiempo determinado.
- 4.- Formación permanente y bienestar del personal terapéutico. Las personas que trabajan en la C.T. deben de tener las herramientas necesarias para realizar su función del día a día. Además deben de tener un nivel mínimo de bienestar, para poder desempeñar un trabajo con personas que tienen una situación problemática.
- 5.- Tener en cuenta los derechos y códigos éticos de los residentes de la C.T. debiendo respetarlos en todo momento e informarles de los mismos y explicarles cuales son sus responsabilidades como miembros de la C.T. En definitiva, se trata de que no existan abusos de poder, ni entre terapeuta- residente ni entre residente- residente.
- 6.- Necesidad de evaluar, tanto desde una perspectiva cuantitativa buscando resultados numéricos, como desde una perspectiva cualitativa dirigida a conocer el proceso y la experiencia de vida de todos los implicados en la C.T.

En este apartado se ha tratado de señalar los aspectos más relevantes a tener en cuenta en las C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos. En ningún momento se pretendió tratar el tema en profundidad, pues se escaparía de los límites de este trabajo. Sin embargo, si que se intentó ofrecer algunas de las causas que pueden producir dejadez de los derechos que tienen los toxicómanos como personas. Por último, se ofrecieron algunas sugerencias para realizar buenas prácticas en la C.T.

1.6 Síntesis del capítulo

Las teorías y modelos empleados en la rehabilitación de toxicómanos son muchas y variadas, por eso en este apartado hemos recogido solamente aquellas que más se utilizan en la práctica terapéutica del día a día. Estos modelos y teorías representan, por tanto, el fundamento teórico en el que se apoyan, en la actualidad, los terapeutas vinculados a este colectivo.

El **Modelo Psicodinámico** tiene su fundamento teórico en las teorías psicodinámicas y busca estudiar las relaciones de equilibrio dinámico entre el “yo”, el “superyo” y el

“ello”. Este modelo, en su aplicación para el tratamiento de sujetos toxicómanos, se puede llevar a la práctica individualmente o en grupos, con la finalidad de: que los sujetos puedan llegar a expresar sus emociones y sentimientos de lo que les ocurre en el día a día, aprendan a valorarse más, den respuesta a sus problemas psicológicos y adquieran responsabilidad sobre su propia salud.

Por su parte, el **Modelo Conductual** tiene su referente teórico en las teorías conductuales. Para la aplicación de este modelo a los programas de toxicómanos se postula que se deben reforzar positivamente las respuestas saludables y negativamente las autodestructivas. El reforzamiento lo puede aportar el terapeuta y en los programas de tratamiento a través de grupos de autoayuda el grupo de iguales. Este modelo tiene la finalidad de que los sujetos aprendan nuevas respuestas a los problemas que se les plantean en el día a día, dado que normalmente no los pueden resolver satisfactoriamente y recurren al consumo abusivo de drogas para solucionarlos.

De otro modo, el **Modelo de Orientación Sistémico** tiene su fundamento en las teorías de la Gestalt y en las de los Sistemas que entienden al sujeto como parte de un todo que es la familia. Este modelo trata de explicar el consumo abusivo de drogas a través de la disfunción en la relación que mantiene el individuo con el grupo de personas más próximas a él. Según este modelo son decisivas las relaciones del sujeto toxicómano con el entorno social próximo y con los padres o con las personas que ejerzan la tutela. La intervención, según este modelo, se debería centrar en la interacción del sujeto con la familia, con los amigos y con el grupo de iguales.

Por su parte, el **Modelo Psicoterapéutico** tiene su argumento teórico en los postulados cognitivistas y parte de la premisa de que el sujeto toxicómano tiene una disfunción en cuanto a los pensamientos que tiene de él mismo y del entorno que le rodea, los sentimientos con los que vive el día a día y los comportamientos producto de sus pensamientos y sentimientos. El tratamiento del sujeto toxicómano desde este modelo de tratamiento se puede aplicar a sujetos individualmente o en grupos de autoayuda para realizar reflexiones conjuntas y se busca modificar los aspectos internos del individuo que le llevan al consumo abusivo de drogas.

La **Comunidad Terapéutica** como modelo terapéutico para tratar a toxicómanos tiene su origen en los años 60, a partir de las C.T.s creadas en los hospitales psiquiátricos. Para comprender la C.T. debemos entender a las personas como miembros de una comunidad que están sujetos a cierto aprendizaje social, por lo que en su desarrollo se pueden emplear las teorías y modelos anteriormente explicados.

Según De Leon (2004a) podemos destacar tres notas fundamentales referentes a la C.T.:

1ª El tratamiento es las veinticuatro horas al día y trata a las personas desde una perspectiva integral.

2ª Todos los residentes de la comunidad tienen la función de ser facilitadores del cambio de sus compañeros.

3ª La duración puede ser de uno a dos años, dividiéndose en tres fases: orientación-diagnóstico, comunidad terapéutica y reinserción.

Por último, este modelo terapéutico entiende la toxicomanía como un comportamiento habitual que impide el desarrollo de la personalidad, genera déficit sociales, educativos y económicos por lo que el objetivo final que se persigue es un cambio en el estilo de vida que permita: la abstinencia del consumo de drogas ilegales, la eliminación de conductas antisociales, la obtención de empleo y el desarrollo de actitudes y valores prosociales.

CAPÍTULO II

Capítulo 2. Estudio Bibliométrico sobre Evaluaciones de Programas y Comunidades Terapéuticas para la Rehabilitación de Toxicómanos

2.1 Marco teórico del estudio bibliométrico

2.1.1 Estudio bibliométrico

2.1.2 Principales características metodológicas sobre los estudios bibliométricos

2.1.3 La producción de documentos objeto de estudio

2.1.4 Revisión sobre trabajos de recopilación de evaluación de programas y C.T.s. Estado de la cuestión en el ámbito nacional

2.1.5 Revisión sobre trabajos de recopilación de evaluación de programas y C.T.s. Estado de la cuestión en el ámbito anglosajón

2.1.6 Conclusiones del apartado

2.2 Planificación del estudio bibliométrico

2.2.1 Objetivos del trabajo

2.2.2 Diseño metodológico

2.3 Análisis de la información recogida

2.3.1 Análisis cuantitativo

2.3.2 Análisis cualitativo

2.4 Conclusiones e interpretación de los resultados

2.4.1 Valoración del proceso

2.4.2 Valoración de los resultados

2.4.3 Conclusiones del estudio

2.4.4 Implicaciones metodológicas

2. Estudio Bibliométrico sobre Evaluaciones de Programas y Comunidades Terapéuticas para la Rehabilitación de Toxicómanos

Cuando queremos conocer el estado de la cuestión sobre un tema concreto, en este caso relacionado con la investigación evaluativa, los programas y comunidades terapéuticas (C.T.s) para la rehabilitación de toxicómanos existen varias opciones:

- La revisión de trabajos de referencia sobre el tema a investigar.
- La revisión y síntesis de un número de autores representativos de un periodo determinado.
- La realización de meta -análisis sobre trabajos referentes al tema de interés.
- La realización de un estudio bibliométrico sobre la disciplina objeto de estudio.

En nuestro caso hemos optado por realizar un estudio bibliométrico sobre el tema citado por las siguientes razones (Maltrás, 2003):

- Para delimitar la novedad de la contribución, al analizar los trabajos anteriores que forman el estado de la cuestión del tópico y además establecer el contraste del trabajo propio con los demás al señalar las diferencias.
- Para destacar la pertinencia del trabajo al señalar problemas sin resolver y lagunas en el conocimiento existente.
- Para identificar trabajos que se consideran básicos en la disciplina y se toman como referencia estableciendo las principales líneas metodológicas a seguir.

En nuestra opinión, cualquier trabajo de análisis de documentos realizado con exhaustividad y contemplando los requisitos científicos pertinentes está plenamente justificado. Dos motivos fundamentales justifican la anterior afirmación:

1ª.- La gran cantidad de material bibliográfico, de cada disciplina, que se produce hoy día hace imposible su conocimiento. Por ello cualquier trabajo que ayude a sistematizar y obtener conclusiones con rigor científico ayuda a que la ciencia se desarrolle y hace mas fácil el trabajo de los profesionales que se ven implicados con ella en su quehacer diario.

2ª.- El avance de la informática y la aparición de *Internet* ha facilitado a través de las bases de datos y las revistas electrónicas la posibilidad de ofrecer al público en general grandes volúmenes de información. Esta información es difícilmente asimilable por cualquier persona, pues rara vez está ordenada y sistematizada, por eso surge la necesidad de extraer esta información de las numerosas fuentes existentes para su posterior análisis.

Para realizar este trabajo deberemos localizar un número suficiente de documentos, generalmente informes de investigación, tesis doctorales y artículos de revista que versen sobre investigaciones referentes al tema o disciplina de la cual queramos conocer el estado de la cuestión. Además de utilizar las variables e indicadores bibliométricos pertinentes, siempre fundamentándose en la teoría existente sobre la materia.

2.1 Marco teórico del estudio bibliométrico

Cualquier trabajo de cierta envergadura que se precie de ser riguroso y exhaustivo debe de tener una fundamentación o marco teórico que lo justifique. Al enfrentarse con esta tarea puede surgir una de estas dos dificultades:

- Por un lado, el campo a investigar puede ser muy amplio y estar bien asentado como ciencia (ej.: la Física). Entonces la dificultad reside en seleccionar de la gran cantidad de información que existe la adecuada para nuestro marco teórico, con el peligro de omitir algunos autores o incluso enfoques relevantes.

- Por otro lado, el campo puede ser novedoso y no estar bien asentado como ciencia, lo que ocurre en nuestro caso, por lo que las teorías y argumentos que lo fundamentan son más bien escasos y controvertidos al no estar suficientemente comprobadas empíricamente.

Tanto la bibliometría y documentación como la evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos son disciplinas bastante recientes. La primera, surge como necesidad de organizar y sistematizar el trabajo de los bibliotecarios. Sin embargo, no es hasta hace 25 años aproximadamente, cuando se considera como área de conocimiento autónoma dentro de la universidad.

La segunda es un campo más novedoso, teniendo en cuenta que las C.T.s y programas de toxicómanos no surgen hasta los años 60 del siglo pasado, para afrontar el problema cada día más acuciante de ofrecer una solución a las personas que abusan de todo tipo de drogas. Siendo la heroína y la cocaína las que producen el deterioro de la persona más rápido y las que tienen mayor poder de atracción. Los programas y las C.T.s empiezan a resultar una opción alternativa para aquellos que no pueden dejar de consumir dichas sustancias por si solos.

La evaluación de los programas y C.T.s no empiezan a realizarse seriamente hasta mediados de los años 70 del siglo pasado en los Estados Unidos. Aunque muchas no se publican y quedan como documentos de uso interno. En España la evaluación de programas no se realiza hasta mediados de los años 80 del siglo pasado. No obstante, son trabajos no sistemáticos, de escaso rigor científico y que normalmente se reducen al

recuento de las personas que consumen o no durante el programa, cuantos abandonan y cuantos lo terminan.

El presente trabajo trata de unir dos disciplinas como son la bibliometría y la evaluación de programas sociales con el fin de aportar un granito de arena para que el conocimiento avance. Tenemos por tanto, la responsabilidad de fundamentar y justificar, aunque sea mínimamente, estos dos campos, ya que construir el marco teórico con rigor sería labor de varias tesis doctorales.

El surgimiento y desarrollo tanto de los estudios bibliométricos como de la evaluación de programas de toxicómanos se pueden ajustar al esquema siguiente:

Esquema 3. Evolución de los estudios bibliométricos

Necesidad → Función / práctica → Profesión → Enseñanza / Educación → Ciencia

Fuente: Adaptado de Delgado (2002: 25)

Primeramente existe una **necesidad** sentida, percibida y normativa por parte de los propios bibliotecarios, para hacer algo en su práctica laboral. Del mismo modo también los terapeutas de las C.T.s y las personas que se interesan por los toxicómanos necesitan mejorar su práctica laboral. Además, surge la necesidad normativa de las exigencias de la administración, tanto para gestionar la producción científica, como para solucionar la problemática de la marginación social que produce el abuso de drogas.

Seguidamente se pone en marcha la **función**, entendida como capacidad de actuar para solucionar un problema o necesidad, conformándose una **práctica** de la repetición continua de unas determinadas acciones. La práctica al ser continua hace que acabe convirtiéndose en una **profesión** retribuida económicamente, puesto que las personas que la realizan no pueden hacer otra cosa y si no es así, no podrían subsistir. Esta profesión es necesario **enseñarla** a otras personas **educándolas** en las prácticas pertinentes para que más adelante puedan ejercer también la profesión. Al organizar estas enseñanzas en un cuerpo teórico ordenado y comprobado científicamente surge otra rama del saber o **ciencia** a disposición de quien quiera descubrirla.

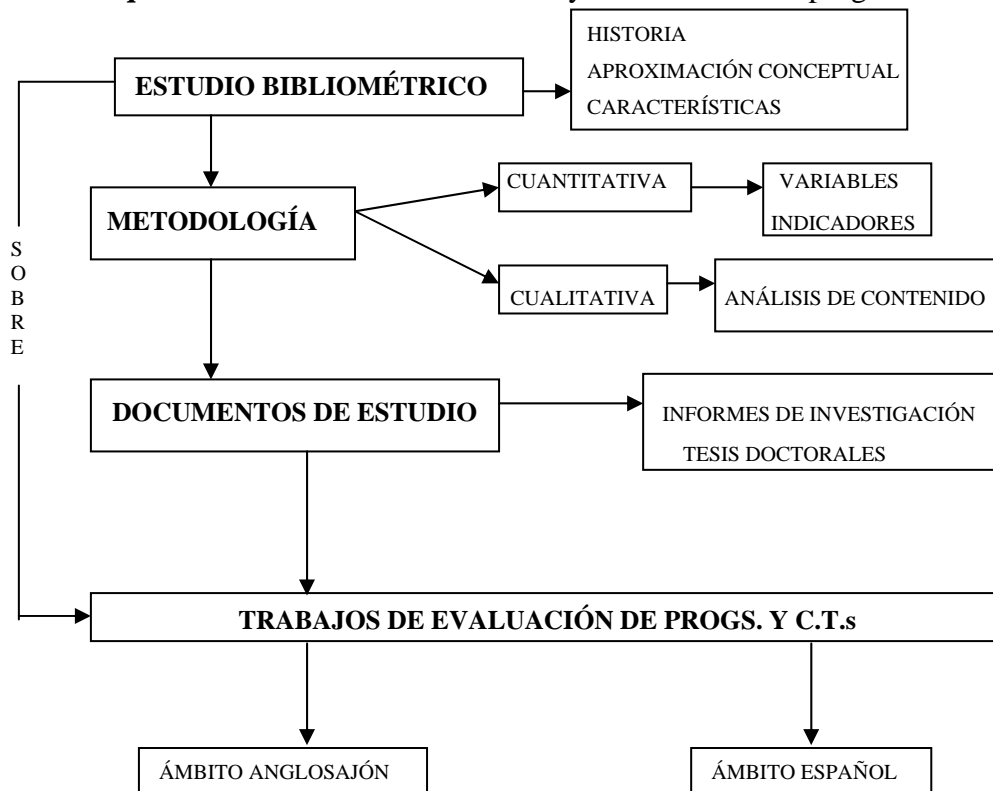
Además de lo dicho hasta ahora, podemos añadir que estamos ante un trabajo inductivo, es decir, que parte de la práctica para llegar a la teoría. Efectivamente, se trata de obtener una serie de pautas y/ o implicaciones educativas teóricas, partiendo del trabajo realizado por los evaluadores de los programas y C.T.s.

A través de un estudio sistemático de 166 evaluaciones realizadas sobre programas y C.T.s, realizando un análisis tanto cuantitativo como cualitativo mediante instrumentos

cuya bondad ha sido comprobada, es posible hacer una buena reflexión sobre la práctica profesional que se desarrolla en este campo.

Por último, los epígrafes que se desarrollan a continuación, como puede verse en el esquema 4, van dirigidos a aclarar y concretar los aspectos más relevantes de un estudio bibliométrico aplicado al campo de la evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos, objeto de estudio de este capítulo.

Esquema 4. El estudio bibliométrico y la evaluación de programas



2.1.1 Estudio bibliométrico

Puesto que este trabajo consiste en un estudio bibliométrico parece lógico explicar lo que significa este concepto. Para ello, utilizaremos tres epígrafes que tratan de dar cuenta del inicio y desarrollo de los estudios bibliométricos, de la aproximación conceptual y de algunas de las características más relevantes.

2.1.1.1 Historia sobre los estudios bibliométricos

La aparición de los primeros estudios bibliométricos no es algo que se pueda precisar con exactitud, pues es probable que hayan surgido varios a la vez en distintos países, sin que se sepa con seguridad cuales fueron los primeros.

Los trabajos de Alphonse de Londelle en 1885 y Cole & Eales en 1917 son citados por López (1996) como pioneros en este campo. Estos autores aplican un enfoque bibliométrico para realizar un estudio del desarrollo científico y de la Historia de la Anatomía, respectivamente. Estos trabajos recogen campos y categorías de especial relevancia.

En 1926, Lotka formula la ley de la productividad de los autores científicos, que todavía está vigente en la actualidad. A la vez, se van realizando más estudios con un enfoque bibliométrico, estos estudios recopilan y analizan revistas, autores y artículos de diversas disciplinas como la Química y la Física. No obstante, estos trabajos no dejaron de ser esporádicos y sin pretensiones de fundamentar las bases de la bibliometría.

Aunque los trabajos citados anteriormente fueron muy importantes, no es hasta la publicación de la obra de J. D. Bernal *The Social Function of Science* en 1939, según Pineda (1987), cuando se entiende que la “bibliometría” nace como ciencia.

Bernal reflexionaba sobre la posibilidad de aplicar los modelos matemáticos existentes para el análisis de la propia ciencia y la relación de ésta con la sociedad. Se trata, en último caso, de estudiar la función social de la ciencia, analizando aspectos como: el papel del genio en la ciencia, la organización y estructura de la ciencia, la cooperación en la ciencia y su evaluación, entre otros.

En 1961 D.J. de Solla Price es quien afirma la posibilidad de enfocar científicamente los estudios sobre la ciencia. Esta opción era contraria a los análisis imperantes en aquel momento que estudiaban la evaluación interna de las ideas y pensamientos de diversos autores y su posterior interpretación intuitiva. Price, defendía los estudios estadísticos sobre la ciencia para organizar y sistematizar el cuerpo científico de la misma.

Desde otra perspectiva, no relacionada directamente con los estudios bibliométricos en sus aspectos empíricos, los análisis epistemológicos realizados desde la Filosofía y la Historia de la Ciencia, por autores como Popper, Kuhn, etc. ayudan a integrar coherentemente los datos empíricos obtenidos en los estudios con un marco conceptual teórico y unitario.

Desde la Sociología de la Ciencia R.K. Merton, en 1945, reconoce la ciencia como una institución social. Como en cualquier institución se dan unas relaciones complejas que se deben estudiar. Merton intenta descubrir la estructura social de la ciencia, considerando ésta como un conjunto de conocimientos compartidos por los científicos dentro de la actividad diaria regida por una serie de normas explícitas e implícitas.

Todo esto ayudó a fundamentar el cuerpo teórico de la ciencia que estudia la propia ciencia. De todas maneras existen unas condiciones sociales y económicas que facilitaron el aumento de estos estudios, como son: el desarrollo de los medios de comunicación y su vinculación a la ciencia, la necesidad de medir la producción de los diversos centros para obtener recursos que posibiliten las investigaciones y sobre todo el gran avance del conocimiento a partir de la segunda guerra mundial, tanto en cantidad como en calidad. Esta cantidad ingente de conocimiento necesita de algunos mecanismos capaces de agruparlo y organizarlo siendo el estudio bibliométrico uno de ellos.

En España, López (1996) señala el trabajo de Ortega y Gasset *La Misión del Bibliotecario* como pionero, por hablar de la necesidad de una estadística de las ideas. Sin embargo, hasta la década de los 70 del siglo pasado sólo constan este tipo de trabajos puntuales con referencias a la bibliometría.

Los primeros trabajos específicos sobre el tema se publican a partir de la década de los años 70 del siglo XX. En 1972 López Piñero publica *El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica*, y en 1973 traduce *Little Science, Big Science* de Price. También en 1973, M^a Luz Terrada publica *La literatura médica española contemporánea. Estudio estadístico y sociométrico*. Además de estos trabajos, también se publican varios artículos utilizando la “bibliometría”, sus autores son: Lara Guitard, Pérez Álvarez-Osorio y Carpintero, entre otros.

A lo largo de los años 70 del siglo XX se conforman tres grupos de investigación que utilizan el enfoque bibliométrico, que son:

- El encabezado por López Piñero y Terrada en la Facultad de Medicina de Valencia y en el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre ciencia, también en Valencia que trabajan en el campo de la medicina.

- El encabezado por Helio Carpintero de la Facultad de Filosofía y CC.EE. de Valencia que estudian el campo de la psicología.

- Álvarez-Osorio y Lara inician un grupo en el Instituto de Información y Documentación de Ciencia y Tecnología que realiza estudios bibliométricos en el campo de las ciencias duras, sobre todo en Química.

Estos tres grupos están en activo, actualmente, incorporándose nuevos investigadores.

2.1.1.2 Aproximación al concepto de “estudio o análisis bibliométrico”

Según el Diccionario Actual de la Lengua Española (1994: 102), se entiende por “análisis”, “la distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer los principios o elementos de este”. En la última acepción dice: “examen que se hace de una obra o escrito”.

Estas dos acepciones están en consonancia con los estudios bibliométricos y con éste trabajo, pues podemos entender que es un examen o revisión de obras o escritos. Concretamente de informes de investigación del ámbito anglosajón y español, en su mayoría, y también de las tesis doctorales, del ámbito nacional, que se pudo acceder a ellas.

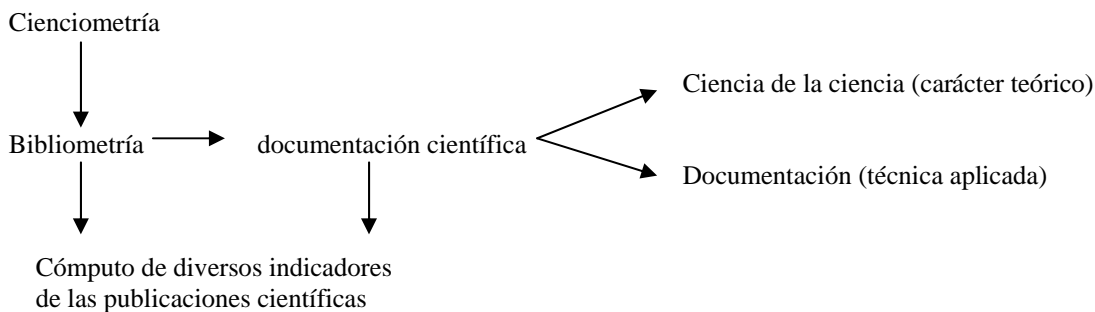
Estamos, por un lado, refiriéndonos al carácter evaluativo de la bibliometría, del que hablaremos en el apartado de metodología. No obstante, según Alvar (1994), a la hora de interpretar los resultados, debemos tener en cuenta que estamos dentro del campo de las Ciencias de la Educación, por lo que factores sociales, políticos y económicos pueden ayudar a resaltar u ocultar los resultados de una investigación.

Por otro lado, el término “bibliografía” según el Diccionario Actual de la Lengua Española (1994: 219) significa, “historia o descripción de libros y manuscritos, con datos acerca de sus ediciones, fechas de impresión, etc.”. Podemos entender este término como sinónimo de bibliometría entendiendo que este último, además de medir documentos escritos, también puede describirlos. En este caso, estamos haciendo referencia al carácter descriptivo de los estudios bibliométricos que explicaremos con más detalle en el apartado de metodología.

Un concepto que a veces se utiliza como sinónimo de bibliometría y que no se corresponde exactamente, es el de “cienciometría”. La cienciometría surge del gran desarrollo e influencia que toma la ciencia a partir de la segunda mitad del siglo pasado, sobre todo para aplicaciones que excedían el campo académico.

La ciencia tiene entonces un papel social que es necesario cuantificar, se trata de medir los aspectos sociales de la ciencia. La cienciometría trataría de encargarse de esta tarea por lo que los métodos empleados serán parecidos a los de la bibliometría, como puede verse en el esquema 5, lo que no quiere decir que los términos sean sinónimos.

Esquema 5. Cienciometría y bibliometría



Por lo tanto:

“La Cienciometría es parte de la sociología de la ciencia y tiene aplicación en el establecimiento de las políticas científicas, al analizar los presupuestos que cada país dedica al impulso de la ciencia, estudiando el número de investigadores y las políticas de publicación. En este sentido, una de las facetas de la Cienciometría sería la Bibliometría, entendida como el cómputo de diversos indicadores de las publicaciones que los científicos producen” (Pérez, 2003: 13).

Otro campo que también se solapa con la bibliometría es la documentación científica, que analiza documentos ya publicados, con la finalidad de aumentar el conocimiento científico de una disciplina, pudiendo así facilitar la toma de decisiones.

Con este epígrafe no se pretendió decir qué es un análisis o estudio bibliométrico, sino realizar una aproximación al concepto que sea útil desde el campo de la pedagogía. A continuación trataremos de matizar un poco más este campo, ofreciendo algunas de las características más relevantes de tales estudios.

2.1.1.3 Algunas características de los estudios bibliométricos

Como ya se dijo en el apartado anterior el concepto de “estudio bibliométrico” es difícil de acotar, por lo que hacer referencia a sus características no es tarea fácil. Las características que aquí exponemos no son todas las que existen, sino sólo aquellas que, en nuestra opinión mejor aclaran y perfilan el presente trabajo.

La primera característica que consideramos oportuno señalar es que cualquier estudio bibliométrico está realizado desde una disciplina o ciencia determinada, en nuestro caso la Pedagogía. Por lo que tanto los resultados obtenidos como la aplicación y utilización de los mismos están, en cierto modo, condicionados por la disciplina desde donde lo enfoquemos.

La segunda característica hace referencia al método empleado para abordar el trabajo. En este caso se utiliza el método descriptivo y evaluativo, como ya especificaremos en apartados posteriores.

La tercera característica a tener en cuenta, es el objeto de estudio. Este puede ser un fenómeno o conjunto de fenómenos naturales, hechos o acciones producidos por personas y también todo tipo de material bibliográfico y documentos escritos. En nuestro caso, son estos últimos los que serán el objeto de estudio.

La cuarta característica supone tener en cuenta otro aspecto relevante y se refiere a si el estudio es primario o secundario. El caso que nos ocupa lo podemos caracterizar según Expósito y Fernández (2002) como “secundario o de síntesis, puesto que el contenido de estudio es la producción científica primaria, expresada por artículos publicados en revistas especializadas, acerca del tópico de interés”.

La quinta característica es, si la aproximación al estudio es normativa o no normativa. Este trabajo tiene una perspectiva no normativa, puesto que no se realiza sobre programas estándares, sino sobre informes de evaluación considerando aspectos bibliométricos y de evaluación de programas.

Además, Callon, Courtial & Penan (1995) añaden tres características más:

- Tienen un carácter sistemático al analizar los documentos escritos por los investigadores.
- Aunque sean estudios cuantitativos deben de facilitar la comprensión de la ciencia que estudien.
- Los instrumentos de análisis empleados deben de ser válidos y fiables.

Estas son algunas de las características generales que pueden ayudar a entender mejor este tipo de trabajos. Ahora bien, esto no significa que no se puedan añadir otras que aquí no se expusieron, entendiéndose que superaban los límites del trabajo.

2.1.2 Principales características metodológicas sobre los estudios bibliométricos

El concepto de “estudio bibliométrico” está asociado a actividades de investigación en diferentes disciplinas como la medicina, la psicología, la sociología, la documentación científica y también desde la pedagogía, como pretende este trabajo.

Esta disciplina puede ser abordada a su vez desde otras, por lo que los paradigmas y la metodología desde donde se plantean las investigaciones pueden variar, no teniendo así un referente claro. Las investigaciones pueden utilizar el paradigma cuantitativo

exclusivamente, que son las más comunes, como es el caso de las realizadas por Delgado (2002), Expósito & Fernández (2002) y Expósito et al. (2004) y también desde el paradigma cuantitativo combinado con el cualitativo, como sucede en la realizada por Pérez (2003).

En la actualidad, no hemos encontrado ningún estudio que utilice metodología cualitativa exclusivamente, puesto que la bibliometría tiene como principal objetivo medir aspectos cuantificables de la actividad científica.

Las consideraciones metodológicas a las que aquí se hará referencia tendrán esto en cuenta, además de estar contextualizadas para este trabajo monográfico. Para ello se abordarán los siguientes aspectos:

- La ciencia y su relación con los estudios bibliométricos.
- Los estudios bibliométricos desde el paradigma cuantitativo y cualitativo.
- Los indicadores bibliométricos.

2.1.2.1 Naturaleza de la ciencia y su relación con los estudios bibliométricos

La palabra ciencia deriva del latín “scientia”, según el Diccionario Actual de la Lengua Española (1994: 371), en una de sus acepciones, la define como “saber, sabiduría, erudición” y también como “conjunto sistematizado de conocimientos que constituyen un ramo del saber humano”.

Algunos autores como Sierra (1984) y Arnal, et al. (1992) añaden a la anterior definición “el método científico” por lo que la ciencia sería aquel saber sistematizado al cual se llega a través del método científico. Llegados a este punto es importante conocer cual es el método o métodos que normalmente se utilizan para llegar a construir ciencia.

Los métodos usados por el hombre son dos. Se puede partir de una teoría ya existente y tratar de explicar lo particular contrastándolo con la teoría inicial, para ampliarla o verificarla, a través de un razonamiento lógico-deductivo, que es lo que se conoce con el concepto de “método deductivo”.

Si alguien, en cambio, parte de lo particular, de hechos observables y medibles de alguna manera y quiere entonces llegar a encontrar patrones que se repitan, para elaborar teorías y poder formular una ley estamos ante el “método inductivo”. Este método consiste, por tanto, en ir desde lo particular hasta lo universal (Ary, et al. 1987).

Siguiendo a Arnal, et al. (1992), cualquier cosa que se supone que pertenece a la realidad es porque puede ser observable, como por ejemplo, una palabra, un ensayo o un

examen se considera un “hecho”. Los hechos que se dan en un lugar y en un momento determinado se consideran acontecimientos que son por tanto intencionados. Una secuencia de acontecimientos encadenados con cierto sentido constituye un proceso.

Cuando los hechos son observables por el investigador pasan a ser “fenómenos” y son, por tanto, una mínima parte de los hechos que se pueden utilizar para obtener información. El conocimiento obtenido de los fenómenos se llama información que puede llegar a codificarse obteniéndose “datos” que los investigadores suelen plasmar en documentos.

Los estudios bibliométricos tienen como objeto de estudio los datos expresados en documentos que normalmente están organizados conformando los informes de investigación o tesis, los cuales están relacionados con los fenómenos y con los hechos que acontecen en el mundo.

Los estudios bibliométricos, en nuestra opinión, tienen un carácter inductivo pues parten de lo particular, de lo observable y empíricamente cuantificable y tratan de configurar teorías para hacer crecer la disciplina bibliométrica. Esta disciplina, como ya señalamos anteriormente, necesita de muchos estudios para fundamentar su base teórica y asentarse como ciencia.

De forma general, podemos afirmar que estamos hablando de una “ciencia de la ciencia” ya que estudia parte de los productos de esta, en este caso documentos. Ahora bien, cuando el análisis bibliométrico versa sobre trabajos de evaluación, como el caso que nos ocupa, podemos decir de acuerdo con Expósito y Fernández (2002) que tiene un carácter metaevaluativo al revisar trabajos de evaluación.

Además de las distintas aproximaciones, a la metaevaluación, que proponen algunos autores, De Miguel (1999), Joint Committe On Standard (1994), Stufflebeam & Skinkfield (1987) y Vedung (1997). Otra aproximación, a la metaevaluación, puede ser la que aquí se propone.

Por último, la ciencia y los estudios bibliométricos como parte de ella, utilizan el método científico desde sus dos paradigmas, cuantitativo y cualitativo, solos o en combinación, y que a continuación pasamos a explicar.

2.1.2.2 El estudio bibliométrico desde el paradigma cuantitativo

El paradigma cuantitativo aparece vinculado a la corriente intelectual positivista que encuentra sus antecedentes en el empirismo inglés de los siglos XVIII y XIX. Esta

corriente postula que la ciencia sólo puede elaborarse a partir de la experiencia, observable y cuantificable.

En Ciencias Sociales el paradigma cuantitativo surge de intentar aplicar el método científico que se estaba utilizando en las Ciencias Naturales. Así pues, asume los siguientes postulados, según Colas y Buendía (1992: 14):

- Concepción de la realidad como simple, fragmentable y tangible, se trata por tanto de estudiar los aspectos más externos o que se manifiestan a los sentidos de alguna manera. La realidad es por esto algo observable por lo sentidos y medible mediante los instrumentos oportunos que separan partes de esa realidad para centrarse en su estudio. Los resultados obtenidos suelen estar en consonancia con otros similares que partan de los mismos supuestos.

- El investigador excluye de la investigación cualquier aspecto relacionado con los valores y debe de adoptar una postura neutral que debe de mantener durante toda la investigación. El investigador no debe influir ni interferir en el objeto de estudio pues entonces podría sesgar los resultados obtenidos no llegando al conocimiento objetivo.

- El paradigma cuantitativo permite llegar a establecer leyes, si se siguen sus principios a lo largo de toda la investigación. Estas leyes pueden ser generalizables en todo tipo de contextos por lo que una vez establecidas ejercen la función de normas, sobre lo que es posible y lo que no. Se dice, por tanto, que este paradigma tiene un carácter normativo.

- El mundo se puede entender como un sistema de variables interrelacionadas entre si. Al investigar se extraen las variables pertinentes dependiendo del objetivo y del tipo de estudio que queramos plantear, para su posterior análisis y obtención de resultados.

Los estudios bibliométricos parten de una realidad “simple” como son los documentos que produce la aplicación de la ciencia a la resolución de problemas. “Fragmentable”, pues los documentos se pueden dividir en los diferentes informes de investigación en el ámbito educativo y las patentes en el ámbito tecnológico. Y “tangible” pues los documentos se pueden medir. Además los resultados obtenidos en los mismos contextos son similares.

El investigador que realiza un estudio bibliométrico no debe interferir en el objetivo de estudio, ni prejuzgar los documentos que analiza dependiendo de quien los haya escrito, esto garantizará que no existan sesgos en la investigación.

Los estudios bibliométricos están sujetos a leyes como la de la productividad de Lotka, la ley de la dispersión de la literatura científica o la ley del crecimiento exponencial de la información científica. Ahora bien, estas leyes no se cumplen con la exactitud propia de las leyes de ciencias naturales sino solo de forma aproximada.

Los diferentes informes de investigación que son empleados para su posterior análisis pueden ser estudiados desde un conjunto de variables determinadas considerando que estas representan los aspectos más relevantes de cada informe. Esto hace posible el análisis de grandes cantidades de información al ser reducida a un número limitado de variables, pero también se corre el riesgo de perder información relevante si no se seleccionan las variables pertinentes.

Por último, al acercarnos a los estudios bibliométricos desde el paradigma cuantitativo no debemos olvidar el carácter evaluativo de los mismos, ya que estamos examinando documentos mediante “tratamientos estadísticos e informáticos” Pérez (2003), pudiendo realizar juicios de valor conforme a unos criterios (ej.: Ley de Lotka $A_n=A_1/n^2$ ver apartado 2.2.2.3.1).

2.1.2.3 El estudio bibliométrico desde el paradigma cualitativo

El paradigma cualitativo también conocido por nombres como “fenomenológico”, “interpretativo”, “simbólico”, etc. Tiene sus antecedentes, según Hernández (1995), en el idealismo alemán y en el hegelianismo e intenta dar respuestas alternativas que no ofrecía el paradigma anterior.

Los autores enmarcados en este paradigma mantienen una actitud de confrontación frente al cuantitativo al que tachan de no dar respuesta a las preguntas claves del proceso educativo. Esta lucha entre paradigmas se vuelve cada vez más intensa hasta los años 70 del siglo pasado. Los autores de ambos paradigmas proponían que el uso de un paradigma excluía al otro.

A partir de los años 70 del siglo pasado, se va produciendo un cambio de actitud en los investigadores que con el tiempo han llegado a adoptar posturas de complementariedad utilizando los dos paradigmas en una sola investigación. Además se configura un tercer paradigma el crítico que, como apunta De Miguel (1988), va dirigido al cambio y mejora social.

Las características fundamentales de este paradigma son:

- La finalidad es descubrir comprender e interpretar una determinada realidad que es objeto de estudio. La realidad es entendida como un conjunto de factores y variables interrelacionados entre si y múltiples, que conforman el todo.

- Desde este paradigma la muestra objeto de estudio se elige a través de un proceso selectivo, de tal manera que los sujetos de estudio elegidos puedan ser tratados con exhaustividad buscando, además de la constatación, el contenido de los hechos.

- Las variables que se recogen en el estudio deben de tener una coherencia interna de tal manera que se pueda llegar a realizar una comprensión e interpretación del objeto de estudio.

- Los resultados obtenidos no buscan la generalización universal como en el paradigma cuantitativo. Aquí los descubrimientos están contextualizados dentro de una realidad más o menos concreta, ya que se entiende que cada realidad es distinta y por tanto los resultados obtenidos en una no son exportables automáticamente a las demás.

Por su parte, los estudios bibliométricos además de tener como finalidad la comprobación de leyes para contrastar y aumentar el conocimiento, también pueden dentro de sus posibilidades llegar a describir, comprender e interpretar una disciplina o parte de la misma, estamos hablando del carácter descriptivo de estos estudios. Esto se puede realizar a través del “análisis de contenido” (se detallará en el capítulo de “planificación del trabajo empírico”) de los documentos que produce.

En estos estudios, la selección de la muestra objeto de estudio debe ser selectiva puesto que el avance de la informática junto con las posibilidades que ofrece *Internet*, hace posible reunir tal cantidad de información que puede desbordar las pretensiones de cualquier trabajo.

Las variables elegidas en los estudios bibliométricos pueden ser heterogéneas debido a que, como ya se señaló en apartados anteriores, se pueden abordar desde diferentes disciplinas atendiendo, por tanto, a diferentes finalidades como objetivo último de la investigación.

Por último, los resultados obtenidos suelen ser generalizables si se toma una muestra suficientemente representativa de unidades de investigación, en este caso documentos científicos. Pero también existen trabajos que buscan profundizar en una parcela reducida de algún campo, centrada además en un lugar y periodo temporal determinados. Los resultados así obtenidos tienen significado para el contexto en donde se obtuvieron.

2.1.2.4 Los indicadores bibliométricos

A medida que la producción científica aumenta y que en todos los campos de la ciencia en mayor o menor medida se producen nuevos descubrimientos, los informes de investigación en el ámbito educativo y las patentes en el tecnológico comienzan a cobrar interés para los investigadores.

No cabe duda de que, en la actualidad, la información que se puede obtener del estudio de los documentos científicos suele ser relevante. Para ello, los investigadores tratan de utilizar técnicas lo más objetivas posibles. La utilización de los indicadores surge para intentar satisfacer esta necesidad.

Un indicador lo podemos entender como “todo dato empírico –ya sea cuantitativo o cualitativo- recogido de forma sistemática en relación con unas metas o procesos que nos permite estimar la productividad y/o funcionalidad de un sistema” (De Miguel, 1995: 169). En bibliometría trataríamos de establecer la productividad de un agente (autor en solitario que firma un documento) o un agregado (conjunto de autores, equipo, grupo).

Los indicadores bibliométricos se pueden caracterizar, según Pérez (2003), como:

- Parámetros que se utilizan en el proceso evaluativo de algunas actividades.
- Válidos para medir la actividad científica mediante el análisis estadístico de los datos obtenidos de la producción científica.
- Ofrecen información sobre aspectos como el tamaño de la producción científica, distribución por autores, por revistas, años más prolíficos, etc.
- Pueden mejorar las actividades de información, comunicación y documentación de una parte de la producción científica.

Por último, los indicadores bibliométricos se pueden dividir en dos tipos, de producción y de colaboración que intentaremos exponer en los dos siguientes epígrafes.

2.1.2.4.1 Los indicadores de producción

Los indicadores de producción son empleados en los estudios bibliométricos con la finalidad de conocer la cantidad de trabajos producidos por un autor. Este tipo de indicadores:

“son medidas, basadas habitualmente en recuentos de publicaciones, que persiguen cuantificar los resultados científicos atribuibles bien a unos agentes determinados, bien a agregados significativos de esos agentes. Las publicaciones que se tienen en cuenta son documentos pertenecientes a la literatura científica, lo cual asegura su adecuación a unas características formales y de contenido” (Maltrás, 2003: 121).

El indicador de producción por excelencia es el número de publicaciones aportadas por un autor/es, un equipo de investigación, un país o cualquier otro agregado. Entendemos que a más documentos publicados mejores resultados. Este es un aspecto controvertido pues los documentos tienen que tener las mismas características y haber pasado los mismos filtros para ser publicados.

Parece ilógico e injusto comparar las tesis producidas en un departamento con los informes de investigación producidos en otro y querer obtener conclusiones de comparar uno con otro. Los indicadores se deben de interpretar con prudencia, puesto que como valor absoluto no tienen sentido y toman éste del acto de compararlos con otros.

De lo dicho anteriormente se desprende que para interpretar los indicadores sólo se puede hacer comparativamente con otros de diferentes agentes o agregados. Esto conlleva contemplar dos requisitos a priori. Por un lado, se necesitan tener datos de más de un agente. Además si queremos que los resultados obtenidos sean relevantes deberemos tener una muestra representativa, de agentes, del campo que estemos investigando. Por otro lado, se necesita que la muestra seleccionada comparta una serie de características de partida que posibilite la posterior comparación, es decir, tener un marco de referencia común.

Los indicadores de producción posibilitan la relación entre agentes o agregados y el producto que se desprende de su trabajo en forma de documentos científicos. Además, nos indican el dinamismo de un campo o disciplina y la productividad de los diferentes investigadores del campo (Callon, et al., 1995). La relación que podemos establecer a través del cómputo de las publicaciones debe ser analizada con sumo cuidado, pues como ya apuntamos, existen límites que condicionan la potencia de estos indicadores.

Por último, es importante aclarar que los indicadores de producción miden la cantidad de productos resultado de la práctica científica. Por ejemplo, número de artículos publicados por autor, número de patentes concedidas a un centro, número de tesis realizadas en una universidad en un periodo de tiempo, número de artículos publicados por un centro y proyectos presentados a la administración pública por equipo de investigación, entre otros. Sin embargo, estos indicadores no dicen nada acerca de la calidad de los trabajos. Por ejemplo, a efectos de cómputo de documentos se valoraría igual el informe de investigación que contiene la ley de la relatividad de Einstein que cualquier otro informe mucho menos relevante.

2.1.2.4.2 *Los indicadores de colaboración*

La colaboración científica es un fenómeno reciente puesto que a principios del siglo XX, el número de informes de investigación escritos en colaboración era del 20% (López, 1996). La coautoría, en la actualidad, es la pauta dominante.

El fenómeno de la colaboración, en mi opinión, se puede explicar con diferentes argumentos:

- Puede ser que los autores quieran comunicar sus descubrimientos a los demás, para que no partan de cero e inicien sus investigaciones a partir de las ya realizadas, generando esto la participación de más de un investigador en el nuevo proyecto.

- Cuando se está estudiando un aspecto muy específico de una disciplina, cosa común debido a la especialización de la ciencia en los últimos años, puede ser que se necesiten recursos de alta cuantía económica por lo que es pertinente que varios investigadores utilicen y compartan los mismos recursos para no multiplicar los costes.

- Para mejorar la eficiencia, ya que si existen varios investigadores que tengan objetivos comunes es mejor que se reúnan en un solo equipo para evitar que se dupliquen los descubrimientos.

- Como proceso de formación, pues la incorporación a un equipo de investigación con personas cualificadas ayuda a los investigadores noveles a ir adquiriendo la experiencia necesaria, además de contar con líneas de investigación ya desarrolladas que favorecen la toma de contacto con el proceso investigador.

Todos estos argumentos hacen que en la actualidad los investigadores busquen más el pertenecer a un equipo de investigación reconocido que su autonomía individual. El pertenecer a un equipo consolidado y de prestigio aporta también prestigio a los investigadores sean estos prolíficos o no.

Los indicadores bibliométricos de colaboración los podemos considerar como:

“Aquellos que informan acerca de las relaciones que han existido entre los productores o agentes científicos en el proceso que ha concluido con la publicación conjunta de resultados científicos. La base de estos indicadores son los datos sobre la autoría de las publicaciones científicas y sobre las instituciones de trabajo de esos autores que aparecen en las referencias bibliográficas; el subconjunto relevante de estas referencias es el de las publicaciones que tienen más de un autor”. (Maltrás, 2003: 241)

El indicador de colaboración parte del número de agentes que han realizado un mismo trabajo. A través de este análisis podemos conocer el grado de madurez y la profesionalización de una determinada disciplina. La colaboración, según López (1996), es el signo de la ciencia de nuestro tiempo en contraposición a la ciencia individual y artesanal que se solía realizar a comienzos del siglo pasado.

El índice de colaboración debe interpretarse con prudencia puesto que relaciona autores con informes producidos, pero obviamente no refleja el grado de participación de cada autor. Además en un trabajo de investigación pueden participar diferentes personas que no aparecen como firmantes del trabajo.

Los indicadores que aportan información sobre el nivel de colaboración, como por ejemplo, porcentaje de informes con más de una firma, número medio de autores firmantes por artículo y porcentaje de instituciones que participan se pueden llamar simples (Maltrás, 2003). Estos indicadores serán los utilizados en este trabajo y se especificarán detalladamente en el apartado 3.2 que trata sobre el diseño del estudio bibliométrico.

No obstante, siguiendo al mismo autor, existen otro tipo de indicadores llamados relacionales que tratan de establecer las redes que se forman entre los autores e instituciones que participan en los documentos objeto de estudio. En este caso, pese a su importancia, no son utilizados en este trabajo ya que su complejidad de análisis e interpretación en relación a la información que aportan los hacen inviables para el mismo.

2.1.3 La producción de documentos objeto de estudio

Una vez realizada la aproximación conceptual al “estudio bibliométrico” pretendemos abordar en este epígrafe los aspectos referentes a la producción de documentos científicos que son los que posibilitan que existan estudios bibliométricos.

Para tratar esta cuestión nos centraremos en cuatro aspectos que, en nuestra opinión, son claves a la hora de entender la producción de la materia prima de estos estudios y son los siguientes:

- Cómo surge y se inicia el sistema de producción de documentos.
- Qué aportan las publicaciones a sus autores como parte de la comunidad científica.
- La revista y el informe de investigación como materia de análisis.
- Las tesis doctorales como objeto de estudio.

Una vez desarrollados estos cuatro puntos esperamos que quede claro tanto el inicio como el recorrido histórico de los documentos objeto de estudio de este trabajo, que ya sin más pasamos a exponer en el siguiente epígrafe.

2.1.3.1 Inicio de las publicaciones científicas

El sistema de producir documentos científicos como se entiende hoy día no apareció de repente, ni mucho menos. Fue a través de un proceso largo y complejo por el que adquirió la forma que ahora tiene. Por lo tanto, ni la forma de publicar, ni los intereses que subyacen a la misma fueron los mismos que en la actualidad.

Si tuviéramos que indicar el primer antecedente podríamos señalar, según Maltrás (2003), los experimentos que se recogían en escritos de la Academia de Cimento de Italia, en el siglo XVII. No obstante, la producción de documentos científicos tal y como se conoce hoy día surge a partir de la segunda mitad del siglo XVII en varios países europeos.

Durante todos estos años no se puede decir que existieran grandes cambios en los aspectos fundamentales. Aunque en los últimos años, con la aparición de la informática e *Internet*, el sistema de producción de documentos y sobre todo el de difusión, si se vieron afectados.

En un primer momento los científicos se intercambiaban cartas, libros y diversos documentos para dar a conocer a los demás sus descubrimientos. De este modo, también podían ocultarlos si estimaban oportuno o no querían que los demás investigadores se aprovecharan de su trabajo.

Mas adelante las asociaciones de científicos de una misma especialidad comienzan a crear sus propias revistas para facilitar la difusión de sus logros. Así se destaca el papel de estas publicaciones como expresión de la ciencia “moderna” (fundamentada en método científico) y de su objetividad y rigurosidad como premisas fundamentales.

A la par que surgen las primeras revistas científicas surgen sus problemas y sus ventajas. Entre los problemas, se planteaba la dificultad de conseguir suficiente material para publicar cada cierto periodo de tiempo determinado. Además, en esta época inicial, los autores se mostraban reticentes a enviar sus escritos a las revistas por miedo a que otras personas se atribuyeran sus propios logros.

Para combatir estos problemas se garantizaba la prioridad y la originalidad de la investigación al ser revisada por la revista, a través de una certificación de la recepción

del documento para garantizar que nadie se atribuya una autoría ajena y tampoco la originalidad de los descubrimientos.

Entre las ventajas que surgen asociadas a la publicación de descubrimientos y resultados de investigación están:

- El ser considerado como pionero de un descubrimiento.
- Y el reconocimiento de la originalidad del mismo, es decir que el trabajo no ha sido copiado o plagiado de otro autor.

De estos dos aspectos pretendemos dar cuenta en el siguiente apartado.

2.1.3.2 Motivos y razones que justifican las publicaciones

El publicar un artículo científico requiere bastante esfuerzo por parte del investigador, que además de realizar el estudio y obtener unos resultados, debe organizar y sistematizar sus descubrimientos conforme al formato que exija la revista en donde quiera publicarlos. También debe de sufragar los gastos generados por los trámites burocráticos que implica enviar el documento a la revista y que se acepte para ser publicado.

Por todo esto, podemos decir que además de no recibir recompensa monetaria, el autor debe correr con unos gastos para poder compartir sus logros con el resto de la comunidad científica. Por lo tanto ¿Qué motivos pueden tener los científicos en publicar y qué ventajas obtienen?

El “reconocimiento”, concepto que expone Maltrás (2003) fundamentándose en el planteamiento teórico de Merton, puede ser uno de motivos y de las ventajas que impulsan a los científicos a intentar publicar. El reconocimiento puede ser por tanto el “pago no monetario” que reciben los autores por el hecho de exponer públicamente su trabajo.

Las revistas, como ya se señaló anteriormente, tienen sus propios requisitos y criterios para admitir un trabajo. Esto implica que se están premiando los trabajos rigurosos y sistemáticos, en definitiva, los trabajos “bien hechos”, por eso los científicos saldan así su compromiso “ético y moral” con su función como representantes del conocimiento científico.

El reconocimiento se puede entender también como el pago del resto de la comunidad científica, al citar el trabajo de un autor. La comunidad científica y la sociedad le devuelven así el favor que tuvo el autor del trabajo por comunicárselo a los demás.

Los autores que más publican van acumulando este reconocimiento que se traduce en un determinado estatus científico en función de los trabajos publicados. De este modo existen autores prolíficos, buenos, normales y mediocres, según los criterios de publicación que imperen en la disciplina donde se encuentren inmersos.

El “Efecto Mateo”, siguiendo al mismo autor citado, afirma que los investigadores que más publican son los que tienen más facilidad para seguir publicando e investigando, pues, al acumular reconocimiento son portadores de prestigio y los recursos y subvenciones, que siempre son escasos, van a parar a ellos.

El no publicar, en la actualidad, podría traer consecuencias negativas para cualquier investigador puesto que la mayoría de la comunidad científica sólo presta atención a los cauces formales de transmisión de conocimiento. De tal manera, que los científicos se necesitan unos a otros, ya que para argumentar sus trabajos y descubrimientos necesitan citar otros previos que den sentido al suyo, creándose así círculos que se retroalimentan a si mismos.

Desde otra perspectiva, y teniendo en cuenta las ideas de Foucault propuestas por Ritzer (1993), podemos entender, partiendo del concepto que relaciona poder con saber, como los autores a través del conocimiento publicado ejercen su poder y organizan la ciencia conforme a sus ideas obteniendo a la vez más poder que les permite acceder, como ya se señaló, a más recursos y medios para aumenta su saber.

Los científicos desde esta perspectiva ejercen su “hegemonía” en la disciplina donde se encuentran. Por un lado, intentan que su discurso prevalezca por encima del de los demás y, por otro, tratan de extender y copar una parcela cada vez más grande del campo de la investigación.

Con lo dicho hasta el momento, se intentó aclarar mínimamente como se inician las publicaciones en el ámbito científico, su relevancia para la idea de ciencia moderna, los problemas que en un primer momento supone publicar y también las ventajas y el sentido que tiene hacer público el conocimiento. Los siguientes epígrafes pretenden exponer los dos tipos de publicaciones más utilizadas en este trabajo, el informe de investigación y la tesis doctoral.

2.1.3.3 El informe de investigación

El soporte material que se utiliza normalmente para difundir los informes de investigación son las revistas científicas:

“Las revistas científicas son los mas potentes estructuradores de la comunicación científica. Por su carácter activo y por las relaciones que se establecen en ellas, desempeñan un papel primordial en el control de calidad de lo que se publica en los canales científicos y en la diferenciación de las disciplinas. Todo ello las convierte en un objeto de la mayor relevancia para el análisis bibliométrico: en primer lugar, delimitan el conjunto de los documentos a los que está justificado atender; en segundo lugar, proporcionan un criterio para la distribución temática y la definición de marcos de referencia adecuados; por último, permiten realizar estimaciones sobre la calidad de agregados de documentos” (Maltrás, 2003: 97).

Las revistas por tanto necesitan de un sistema de revisión para garantizar la calidad de lo que en ella se publique. Esta revisión se realiza por “pares” que son un número de expertos sobre el área de conocimiento en el que se encuentra dicha revista. Además, cada revista tiene unos criterios editoriales propios que también ayudan a seleccionar los trabajos que se han de publicar.

Los requisitos que imponen las revistas hacen que el modelo de publicación que proponen se convierta en el oficial. El conocimiento científico está por tanto ordenado conforme a las pautas que marcan las revistas dentro de las diferentes disciplinas.

Las revistas buscan elevar su calidad seleccionando los artículos que en ellas se publican, para atraer así al público más especializado y aumentar su prestigio. Por otro lado, también se deben de esforzar en potenciar su difusión, para llegar al mayor número de personas posible. La calidad es un medio para ganar difusión pero no el único. También influyen aspectos cómo en que idioma se publique, donde trabajen sus colaboradores, etc.

Relacionado con lo anterior, la oferta y la demanda dentro de cada disciplina condicionan las pautas de actuación de las revistas. Si una revista tiene mucha oferta de artículos para ser publicados puede hacer una selección más estricta que si recibe pocos. Por otra parte, si tiene una gran demanda de clientes debido al prestigio que fue adquiriendo necesita mantener su estatus publicando artículos que sean interesantes para sus usuarios.

El prestigio que tiene cada revista guarda relación con los artículos que fueron publicados anteriormente en la misma, pero éste es un aspecto dinámico por lo que hay

revistas que van perdiendo prestigio y desaparecen y otras que a medida que publican artículos de gran impacto ganan difusión y prestigio.

Un último aspecto a señalar es el control sometido a intereses que puede surgir en determinadas disciplinas por medio de las revistas. Al ser éstas el medio por el que fluye la mayor parte del conocimiento puede haber colectivos que les interese ejercer un control sobre lo que se publica, para potenciar una determinada finalidad perversa, que no tenga que ver con la difusión del conocimiento.

La parte más importante de la revista científica y la que le da su razón de ser son los artículos que en ella se publican. A través de los artículos los científicos hacen públicos sus descubrimientos y posibilitan así “la crítica de sus colegas si pretende que el resultado de sus investigaciones se difunda y que los saberes que produce sean considerados como creíbles”. Callon et al. (1995: 20).

El artículo científico expone el resultado científico, aquello que se obtiene mediante un ejercicio riguroso de la actividad científica y que se puede percibir como nuevo y relevante para la ciencia por parte de los investigadores insertos en la especialidad correspondiente (Maltrás, 2003). El artículo consta de las siguientes partes:

1.- Título.- Es la frase que se pone al principio del artículo ayudando al lector a conocer de que va a tratar el resto del mismo. El título debe servir para evitar posibles pérdidas de tiempo a lectores que no busquen lo que en él se refleja. Por otra parte, debe ser el primer indicador de la originalidad y la importancia del artículo que precede.

2.- Autores del artículo.- Puede ser un autor el que firme el artículo o más de uno, en este último caso se considera que todos los firmantes tienen la responsabilidad de avalar y hacerse cargo de lo publicado en el artículo. La autoría de un artículo es un medio para reivindicar el estatus de científico.

Al aparecer el nombre de los autores se ofrece al lector la posibilidad de contrastar los resultados obtenidos y, a la vez, si el autor o autores que firman son relevantes atraerán hacia la lectura del artículo. Por eso para un autor que no sea conocido puede ser de gran ayuda cofirmar un artículo con autores prolíficos.

Un último aspecto a señalar hace referencia al número de autores que firman cada artículo. Estos varían dependiendo de la disciplina, pero en general, a medida que la ciencia se va entendiendo como un trabajo interdisciplinar y de colaboración, el número medio de autores por artículo se hace más elevado. Así, tenemos que en el campo de

evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos, el índice de colaboración es de cuatro aproximadamente.

3.- Institución a la que pertenece cada autor.- En el artículo debe figurar el centro o lugar de trabajo de cada autor. Esto es una nota relevante para los autores, puesto que pertenecer a una institución de prestigio “vende” mejor el artículo. Las instituciones o lugares de trabajo pueden dar prestigio al autor, o viceversa autores consagrados pueden dar a conocer instituciones poco relevantes hasta ese momento.

4.- Resumen.- Suele aparecer en casi todos los artículos, consiste en una breve exposición del objetivo principal de la investigación y de los resultados más relevantes o inéditos dentro de la disciplina objeto de estudio. El resumen, independientemente de la lengua en que esté publicado el artículo, suele aparecer también el resumen del mismo en inglés, denominándose *abstract* y facilita la divulgación internacional del artículo.

5.- Palabras y términos clave.- Pueden ser libres o acordados por profesionales que se dedican a ello creando *thesauros* específicos (listas de palabras para identificar una materia o disciplina determinada) que se informatizan para su uso posterior. Las palabras o términos claves relacionan el artículo con la disciplina o materia donde se encuentra el mismo.

6.- Cuerpo del trabajo.- Consiste en un texto en donde el autor trata de exponer los resultados de una investigación y la forma en que llegó a ellos. El texto científico tiene un estilo particular, en donde se suelen utilizar frases impersonales, se evitan giros y figuras lingüísticas y todo aquello que no sea necesario. La finalidad es transmitir una determinada información del modo más claro preciso y objetivo posible, para no dar lugar a dobles interpretaciones.

En este trabajo, el cuerpo o texto de los documentos analizados constan de las siguientes partes:

a) Introducción.- Se expone una breve revisión de otros trabajos referentes al tema y se plantea el objetivo u objetivos del trabajo.

b) Método o diseño del trabajo.- Hace referencia al plan realizado y detallado de los pasos que hay que dar para obtener los resultados finales.

c) Instrumentos utilizados en cada investigación.- Se deben fundamentar en una teoría empírica para ser puestos en práctica. Estos deben de garantizar la objetividad de los resultados, para que el artículo sea creíble ante la comunidad

científica. En este apartado se suelen incluir toda clase de cuadros, gráficos, tablas y cualquier otro elemento gráfico que apoye y facilite la comprensión de los resultados.

d) Resultados.- Se muestra el producto de la investigación que debería aportar alguna novedad al cuerpo de conocimiento de la disciplina donde se encuentre ubicada la investigación. Los resultados aportan reconocimiento y prestigio al autor o autores dependiendo del grado de objetividad y originalidad de los mismos.

e) Discusión de los resultados.- Es la última parte del cuerpo del trabajo, tiene la finalidad de interpretar los resultados exponiendo la relación de estos con la práctica real y con otras investigaciones realizadas en el mismo campo. En la discusión de resultados se trata de reconocer si existen pautas en común o discrepancias que den lugar a otras investigaciones.

f) Referencias bibliográficas.- Consiste en una lista ordenada alfabéticamente de todos los autores citados en el artículo. Normalmente los autores citados son autores reconocidos que hicieron trabajos previos relacionados con el campo investigado. El autor, al citar, intenta integrar su propio trabajo en un marco conceptual más amplio que a su vez está verificado y contrastado por más autores.

Entre los diferentes motivos que puede tener un autor para citar y potenciar su reconocimiento como científico de prestigio, tenemos siguiendo a Maltrás (2003: 109), los siguientes:

- 1.- Explicitar que su trabajo es novedoso y no coincide con ningún otro de los que se menciona en la revisión de trabajos previos que se debe hacer antes de plantear uno nuevo.
- 2.- El trabajo planteado se suele relacionar con preguntas sin respuesta o vacíos existentes en otras investigaciones por lo que la función del mismo es rellenar este vacío o ampliar un conocimiento ya existente.
- 3.- Por último, demuestra que el investigador es conocedor de los trabajos que existen en su área, por tanto ratifican su posición de erudito en su disciplina favoreciendo la credibilidad de sus descubrimientos.

Hasta aquí se ha intentado explicar algunos aspectos y características del tipo de publicación más utilizado en este trabajo, concretamente 162 artículos son analizados. El otro tipo de documento analizado corresponde a la tesis doctoral. Debido a la poca

investigación realizada sobre evaluación de programas y C.T.s y a la dificultad para acceder a las mismas, en este trabajo se analizan cuatro tesis doctorales, correspondientes al ámbito nacional. La tesis doctoral y sus características más relevantes será el objetivo del siguiente epígrafe.

2.1.3.4 Las tesis doctorales

A pesar de que la presencia de tesis doctorales, en este estudio, es reducida se incluye como apartado independiente debido a la importancia de estos trabajos. El tiempo y el esfuerzo empleado en una tesis son considerables y están acordes con el reconocimiento que se obtiene como “doctor”, máximo grado de prestigio en la escala académica.

El Diccionario de las Ciencias de la Educación define tesis doctoral como:

“Aquel trabajo inédito de investigación sobre el cual un tribunal competente, creado al respecto, emite un juicio que posibilita al graduado universitario el acceso al título de doctor. En España, la obtención de dicho título exige también la superación de unos cursos especiales” (Sanchez, 1983: 1363).

Por su parte, Callon, et al. (1995), dicen acerca de las tesis que proporcionan una imagen fiel de las vías de investigación que están siendo exploradas en un momento determinado y constituyen una buena fuente de información sobre los desarrollos más recientes. Se puede decir por tanto que las tesis son un indicador de lo que se está haciendo en un campo y del nivel de desarrollo del mismo.

Las tesis doctorales atienden a cinco dimensiones propuestas por el Centro de Sociología de la Innovación, citadas en Callon, et al. (1995: 15), son las siguientes:

- Las tesis doctorales producen conocimientos certificados. Primero, porque cada doctorando tiene un director que vela porque el trabajo cumpla los requisitos adecuados, tanto de forma como de contenido. Segundo, porque para que la tesis sea publicada debe superar un tribunal de cinco personas compuesto por doctores relacionados con el tema de la tesis que rectifican la bondad de la misma.

- Las tesis doctorales pueden producir innovaciones o productos nuevos en el mercado previo estudio de la viabilidad económica del proyecto. Así, se garantiza la superioridad tecnológica con respecto a la competencia. Por ejemplo, la marca de motos “Bimota” sacó al mercado un modelo denominado “TESI 1D”. Este nombre se debe a que la solución técnica empleada en la suspensión y en el chasis fue fruto de una tesis doctoral desarrollada por un ingeniero, “1D” hace referencia al motor que emplea de la marca “Ducati”.

- Las tesis doctorales pueden contribuir a acciones de interés general además del académico. En ciencias sociales es frecuente realizar trabajos para la mejora de una realidad, por eso se acota el campo de intervención y se fijan unos plazos determinados, aunque no siempre se cumplen.

Por ejemplo, el presente trabajo pretende culminar en el desarrollo de una tesis doctoral, como ya apunté en la introducción. El objetivo de estudio será la evaluación de un programa público, por lo que existen diversas audiencias implicadas: usuarios del programa, terapeutas, personal sanitario, familias de usuarios y voluntarios. El interés para la comunidad donde se encuentra ubicado el programa es grande.

- La ayuda que proporcionan a la formación estos estudios es otra dimensión destacable. Los descubrimientos realizados se seleccionan y organizan para transmitirlos a otras personas en todo tipo de reuniones académicas de formación (en la empresa, universidad, cursos on-line, etc.) debido a la demanda de nuevas soluciones que pide cualquier mercado.

- Por último, los avances científicos obtenidos no pueden tener éxito dentro de una sociedad que los rechace. Esto implica que los investigadores deben de presentar sus informes a la comunidad no especialista en una forma lo más sintética, clara y precisa para garantizar su comprensión y que la sociedad en general se pueda aprovechar de ellos.

Aunque estas cinco dimensiones son aplicables a cualquier documento propio de la producción científica son incluidos en este apartado, ya que la tesis doctoral, en nuestra opinión, es el mejor representante del producto escrito de la ciencia.

2.1.3.5 Las Bases de Datos

Para efectuar este estudio necesitamos obtener un número elevado de artículos de investigación para su posterior análisis. La obtención de estos documentos se vio facilitada por la existencia de las bases de datos que aglutinan y organizan grandes cantidades de documentos.

Además las bases de datos, en la actualidad, tienen un acceso a través de *Internet* facilitándose por tanto la labor de búsqueda de los documentos. Esta, se realiza a través de palabras clave o términos que se introducen en los campos existentes en cada base de datos, obteniéndose por cada palabra o término cierto número de documentos relacionados con dichas palabras o términos.

Pero quizá, la opción más interesante que aportan algunas bases de datos sea la de descargar la integridad del artículo de investigación a través de su página Web. Si la universidad o el centro donde trabajamos están ya suscritos a la base de datos podemos obtener los artículos inmediatamente y sin coste.

Las bases de datos científicas se pueden clasificar, según Callon, et al. (1995), en especializadas y generalistas. Las especializadas recogen los documentos propios de una disciplina, materia o campo. Estas bases incluirán restrictores para acotar los estudios que reciben a una disciplina.

En este trabajo las bases de datos⁷ específicas que más utilizamos, como puede verse en la tabla 1, son las siguientes:

- TESEO.- Es la base de datos donde se encuentran todas las referencias de tesis doctorales aprobadas en España desde el año 1975-76 hasta la actualidad. Cada registro hace referencia a una tesis y se proporciona los siguientes datos a través de campos informativos: clave, autor, título de la tesis, director de la tesis, universidad, facultad o E.T.S., tribunal, calificación, centro de trabajo, curso, descriptores de materias, descriptores UNESCO, resumen de la tesis.

Tabla 1. Clasificación de las bases de datos

TIPO DE BASE	NOMBRE	DOCUMENTOS	CAMPOS
GENERALES	SCIENE DIRET	ARTÍCULOS	Palabras clave, título, editorial, nº de ejemplar, autor, ISSN
		REVISTAS	Lista alfabética de títulos, ISSN
	CATH WORD	ARTÍCULOS	Título, autor, palabras clave
		REVISTAS	Lista alfabética de títulos, títulos con los que existe suscripción o todos los títulos
ESPECÍFICAS	P.N.S.D. (Plan Nacional Sobre Drogas)	ARTÍCULOS	Materias
	TESEO (Tesis doctorales)	TESIS DOCTORALES	Clave, autor, título de la tesis, director de la tesis, universidad, Facultad o E.T.S., tribunal, calificación, centro de trabajo, curso, descriptores UNESCO, resumen tesis

- Base de datos del Plan Nacional Sobre Drogas.- En esta base se pueden obtener referencias de artículos de investigación pertenecientes al campo de las toxicomanías. La clasificación de los artículos de la base de datos está realizada

⁷ El resto de bases datos menos utilizadas se especificarán en el apartado 2.2.2.1.3

conforme a materias. Por ejemplo, las materias pertinentes encontradas para este estudio son: heroína, metadona y opiáceos, dentro de estas materias se buscan los artículos apropiados para el estudio.

En cuanto a las bases de datos generalistas tenemos las siguientes:

- Science Direct.- Es una base de datos de Estados Unidos que tiene la posibilidad de obtener los artículos directamente de ella previa suscripción. El principal límite es que los artículos están publicados todos en inglés por lo que es necesario saber inglés si se quiere aprovechar la cantidad de artículos de investigación que ofrece.

En esta base de datos se puede acceder tanto a revistas a través de índice alfabético, como a artículos de investigación a través de los siguientes campos: título, autor, editorial y número de revista en que se encuentra el artículo. Esta base de datos al ser generalista contiene un amplio número de disciplinas, pero ofrece la posibilidad de acotar las búsquedas para determinados campos, como por ejemplo para “ciencias sociales”.

- Cath Word.- Es la otra base de datos generalista que manejamos en este estudio, también es en inglés y se pueden encontrar 469.112 artículos de diferentes disciplinas. Los artículos se obtienen directamente desde su página Web, previa suscripción. Se puede acceder tanto a revistas como a artículos.

Para acceder a las revistas podemos utilizar los campos: título de la revista, autor o editor. Para la búsqueda de artículos tenemos los siguientes campos: autor, título del artículo, título de la revista, editor, palabras clave, texto del abstract, ISSN. Esta base también permite seleccionar las revistas por materias y por editores para facilitar la búsqueda.

Hasta aquí hemos realizado una aproximación al concepto de “estudio bibliométrico”, su historia y sus características, además de exponer los fundamentos teóricos de dichos estudios y los principales documentos objeto de análisis de este trabajo, junto con las principales bases de datos utilizadas. A continuación, nos fijaremos en los trabajos de recopilación de evaluaciones de programas y C.T.s, para conocer el estado de la cuestión en el ámbito anglosajón y español.

2.1.4 Revisión sobre trabajos de recopilación de evaluaciones de programas y C.T.s. Estado de la cuestión en el ámbito nacional

El tratamiento de las toxicomanías, especialmente en España es una disciplina reciente. Los estudios evaluativos en este campo son aún mas recientes, como ya señalamos anteriormente. Por todo esto, los estudios de recopilación sobre evaluaciones de programas y C.T.s no son muy abundantes.

El trabajo de Silva (1994) es uno de ellos. En este estudio se analizan 33 trabajos de evaluación estudiados según los siguientes aspectos:

A) Criterios de elección

- Trabajos que estudian usuarios de centros de tratamiento, tanto desde el punto de vista descriptivo, como de su evolución o mejora a través de un estudio de seguimiento.
- Trabajos que estudian el resultado de diferentes modalidades de tratamiento (médicas, psicológicas o educativas) para un grupo, o varios, de usuarios.
- Trabajos que estudian el resultado de acciones puntuales que pueden ser, bien de prevención o de reinserción, diseñados a priori con unas técnicas y duración determinadas.
- Trabajos que estudian y/o comparan las opiniones de usuarios y familiares atendidos en centros de drogodependientes.

Se descartan los trabajos que:

- Describen modelos de tratamiento muy generales.
- Las memorias que realizan los diferentes centros de toxicómanos ya que son instrumentos para describir las acciones y actividades implementadas por los centros.
- Estudios que valoran la opinión de la población en general sobre el consumo de drogas, por considerar estos como trabajos no evaluativos al no mediar intervención alguna.

B) Variables

Las variables analizadas en este estudio son: denominación del estudio, autor, fecha, localidad, si está el trabajo publicado o no, lugar de publicación en el caso de que este publicado, nombre de la revista o de la publicación en la que figura, entidad que realiza el estudio, objetivos del estudio, metodología aplicada, resultados obtenidos y resumen del estudio.

C) Conclusiones

Las conclusiones más relevantes a las que se llega este estudio son:

1ª El desarrollo de las evaluaciones no es homogéneo ni está incorporado a todos los programas y C.T.s.

2ª El 22% de las evaluaciones son realizadas por ONG de Barcelona, estando la mayor parte no publicadas.

3ª A partir de 1985 con la aprobación del primer Plan Nacional sobre Drogas se empiezan a realizar evaluaciones que parten de las administraciones públicas.

4ª El método más usado es el descriptivo (59,3%), la muestra suele estar entre 100 y 500 usuarios. Las técnicas más usadas son las encuestas a través de cuestionario *ad hoc* y la historia clínica.

5ª Suelen ser evaluaciones de resultados que buscan conocer un perfil general de los usuarios del programa.

6ª En estos estudios se realizan más estudios descriptivos que estudios longitudinales, propios de la tradición anglosajona.

Este es el único trabajo encontrado que hace un análisis de evaluaciones. Existen otros trabajos de recopilación que se incluyen en la fundamentación teórica de un trabajo de evaluación, por lo que no son estudios bibliográficos sino revisiones, entre ellas tenemos las de Fernández & Secades (1999, 2001).

En el trabajo de Fernández & Secades (1999) se afirma que las evaluaciones realizadas en España, en el campo de las toxicomanías, tienen las siguientes características, según Fernández & Secades (1999: 4):

- Suelen ser estudios de seguimiento de una cohorte de usuarios que ha completado un programa en un periodo de tiempo. Se suele recoger información de los usuarios antes, durante y después del tratamiento, aunque no es igual en todos los programas suele haber casi siempre una medida antes y otra después como mínimo.

- Las variables objeto de estudio, aunque varían de unos programas a otros, suelen coincidir en: el consumo de droga, la situación jurídico-legal y la actividad laboral. Estas variables coinciden con los objetivos que persiguen los programas, además de mejorar las relaciones socio-familiares. Normalmente se tienen en cuenta variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, vivienda, etc.), para conocer el perfil de usuario que acude al programa.

- El sistema de control que más utilizan los programas es el grupo de usuarios que accede al programa y abandona o bien antes de empezar o al poco tiempo. Las posibilidades de seleccionar sujetos al azar y grupos equivalentes es prácticamente imposible en este campo, además del problema ético que supondría dejar a personas sin tratamiento o con un tratamiento que se sabe que no es eficaz.
- Los resultados se obtienen de comparar las medidas pretratamiento con las post-tratamiento y cuando hay grupo control con las de éste. Cuanto más se alejen las medidas de alta terapéutica mejor reflejarán la estabilidad de los usuarios.

Estas evaluaciones, en nuestra opinión, están sujetas a problemas y limitaciones metodológicas, como por ejemplo, los estudios son ex –post, es decir realizados después de implementado el programa. El sistema de control utilizado a través del grupo de no usuarios del programa, no es equivalente con el que realiza el programa, por lo que los resultados pueden ser debidos a diferencias personales de los usuarios.

Los instrumentos utilizados suelen ser *ad-hoc* y no están validados adecuadamente por lo que la validez y fiabilidad de los resultados se pone en entredicho. Además muchos usuarios no realizan la segunda medición después del tratamiento, dificultando así la obtención de conclusiones relevantes.

La disparidad de los programas, tanto a nivel teórico-metodológico como de protocolos de funcionamiento interno, hace que sea prácticamente imposible extrapolar resultados de un programa a otro. A parte de la diferente metodología utilizada en los trabajos de evaluación.

Existen al menos tres razones para que esto suceda, según Fernández & Secades (1999: 9), que son:

- Las evaluaciones necesitan procesos largos y costosos. Además es necesaria la presencia de evaluadores externos sin intereses creados.
- Las características de los usuarios de estos programas hacen que sea difícil el seguimiento debido a la mortalidad experimental elevada.
- La diversidad de los programas hace difícil la elaboración de criterios comunes de evaluación por lo que los resultados obtenidos no son comparables.

Los estudios realizados en España tratan de seguir la pauta estadounidense al menos metodológicamente, pero como ya señalamos, la falta de recursos y de organización a nivel de las administraciones públicas hace la tarea imposible quedando reducidos a trabajos puntuales en programas concretos.

En el trabajo de Fernández & Secades (2001), existe una revisión en donde se excluyen los estudios de seguimiento que buscan conocer la evolución de los usuarios en un periodo temporal y las evaluaciones a programas con sustitutivos pues persiguen objetivos terapéuticos diferentes y la metodología y los criterios de evaluación deberían de ser diferentes. Este trabajo aporta los principales problemas y limitaciones de los estudios evaluativos revisados y son los siguientes:

- Los procesos de evaluación implementados suelen ser estudios longitudinales de larga duración por lo que los costos suelen ser elevados. Dichos estudios suelen ser realizados por los propios programas con el consiguiente peligro de los sesgos, esto es así porque se suelen disponer de pocos recursos para contratar a un equipo de evaluadores externos sin intereses políticos ni económicos.

- La situación sociodemográfica de la población evaluada, generalmente con fuerte desarraigo social, desestructuración familiar, enfermedades crónicas y problemas con la justicia, hace que el seguimiento sea una tarea muy difícil y en algún caso imposible, generándose una alta tasa de mortalidad experimental.

- Por último, los programas y C.T.s tienen características particulares propias y muy diferentes entre sí. Aquí se puede decir que cada programa y comunidad es “un mundo” por lo que tanto los criterios de evaluación como las técnicas e instrumentos no pueden ser estandarizadas.

En los últimos años, con la aparición del S.I.D.A. y su rápida expansión por todo el mundo, crea un nuevo problema en el campo de las toxicomanías. Una gran parte de los contagios del V.I.H., en los países desarrollados, se debe al acto de compartir jeringuillas para consumir droga, principalmente heroína.

Por lo dicho anteriormente, los programas de mantenimiento con metadona cobran, en la actualidad, una gran relevancia, ya que se caracterizan entre otras cosas por servir como herramienta de reducción del riesgo de contagio del V.I.H. En el trabajo, antes citado, de Fernández & Secades (2001) también existe una revisión sobre evaluaciones de estos programas, en donde se obtienen las siguientes conclusiones:

- Una de las características más relevantes hace referencia a la alta retención que se da en comparación con otras modalidades terapéuticas. Como cifras orientativas se estima la retención a los 6 meses entre el 42 y el 83%, ente el 48 y el 74,5% al año, ente el 26 y el 54% a los 2 años y el 38% a los 3 años.

- Respecto al consumo de heroína se puede estimar una reducción de entre el 53% y el 99% de los usuarios, no obstante las cifras pueden variar dependiendo del estudio. La reducción del consumo de cocaína es menor, puesto que los efectos de

la metadona son parecidos a los de la heroína y no a los de la cocaína. El consumo de alcohol es un problema común de los usuarios de estos programas, los estudios existentes muestran todo tipo de resultados, desde los que dicen que disminuye hasta los que dicen que aumenta o que no está relacionado con la estancia en un programa de mantenimiento con metadona.

- La morbimortalidad es otro aspecto estudiado por las evaluaciones existiendo consenso en que la disminución de uso de drogas, por vía intravenosa asociada a las prácticas de riesgo, supone una reducción de la infección por V.I.H. La mortalidad también es muy inferior para los usuarios de estos programas, de unas ocho veces menor a un tercio, dependiendo del estudio.

- La inserción laboral de los usuarios de estos programas suele aumentar aunque también existen estudios que no lo relacionan. La actividad delictiva sufre una disminución importante estimándose en torno al 80% en relación al año anterior de iniciarse el tratamiento. Además, también se reducen los días en prisión y los días con actividades criminales.

- Generalmente las evaluaciones realizadas no suelen medir “la calidad de vida” de los usuarios, ya que se suelen concentrar en variables como, consumo de droga, actividad delictiva e inserción laboral entre otras. Los pocos estudios que se ocupan de esta variable están de acuerdo en que existe un aumento en la calidad de vida de los usuarios. Aunque este término sea entendido de forma diferente, según el estudio, todos valoran un conjunto de factores relacionados con la salud, las relaciones personales y el ámbito laboral.

Las variables relativas al tratamiento se consideran las más determinantes y existe un consenso en señalar: la dosificación de metadona adecuada, el tiempo en tratamiento, oferta de servicios asistenciales amplia y accesible y la flexibilidad al programa, como las más relevantes.

Si bien la revisión de trabajos aquí ofrecida no es muy amplia sí que recoge los aspectos más relevantes y aporta una visión bastante precisa de lo que se está realizando en este campo, dado que esta disciplina está todavía emergiendo y no existen muchas evaluaciones publicadas.

2.1.5 Revisión sobre trabajos de recopilación de evaluaciones de programas y C.T.s. Estado de la cuestión en el ámbito anglosajón

Estados Unidos y Reino Unido son los países donde más evaluaciones se realizaron hasta el momento. En concreto, Estados Unidos es donde primero se empezaron a implementar programas para la rehabilitación de toxicómanos, esto, junto a la tradición de evaluación de programas sociales, hace que existan un gran número de trabajos publicados.

En los años 60 del siglo XX, coincidiendo con la creación de los primeros centros para tratar las toxicomanías, se realizan evaluaciones sobre adictos a opiáceos atendidos en el hospital de Lexington que podemos considerar estudios con valor histórico, según Silva (1994).

A partir de los años 70 del siglo XX, surgen las grandes evaluaciones que incluyen a muchos centros en donde se realizan algunas modalidades como: Desintoxicación, Mantenimiento con Metadona, Comunidad Terapéutica, Tratamientos libres de drogas y Programas Multimodales.

Los programas de evaluación más representativos según Fernández & Secades (2001) son el D.A.R.P (Drug Abuse Reporting Program), el T.O.P.S. (Treatment Outcome Prospective Study), el D.A.T.O.S. (Drug Abuse Treatment Outcome Study) y en el Reino Unido el N.T.O.R.S. (National Treatment Outcome Research Study). Estos estudios fueron pioneros y los que marcaron la pauta a realizar en otros países.

El D.A.R.P. es un estudio evaluativo que recogió datos desde 1969 hasta 1972 (ambos inclusive), de una muestra de 44.000 usuarios de 52 programas, tanto públicos como privados. Las modalidades de tratamiento fueron: Mantenimiento con Metadona (MM), Comunidad Terapéutica (CT), Desintoxicación ambulatoria (DA) y Centros Día con tratamientos libre de drogas (CTLD).

Algunos de los resultados fueron:

- A los 12 meses de seguimiento se encontró que un 60% aproximadamente de los usuarios de los programas de MM, CT y CTLD, no usaban opiáceos habitualmente.
- El mejor predictor de un resultado positivo en cuanto al consumo de drogas fue el tiempo de retención al tratamiento.
- Disminuye en todos los programas la actividad delictiva.
- Las recaídas son habituales con una media de 6 admisiones a programas durante 10 años de consumo de drogas.

El T.O.P.S., extendió su periodo de recogida de datos de 1979 a 1981, de un total de 11.700 usuarios aproximadamente, en 41 programas. Las modalidades de tratamiento estudiadas fueron: Mantenimiento con Metadona, Tratamiento ambulatorio libre de drogas, Tratamiento con internamiento de larga duración.

Los resultados obtenidos por los usuarios fueron en la línea del D.A.R.P., por tanto son resultados positivos en la medida que se comparan los usuarios que realizan el programa con los que lo abandonan. Los programas que obtienen mejores resultados son los que retienen más tiempo al usuario en el tratamiento.

Otros aspectos relevantes que se descubrieron fue la existencia de un patrón cambiante de uso de drogas, pasando del consumo exclusivo y a diario de heroína al consumo de otras sustancias, cocaína, LSD y otros estimulantes. También se demostró una buena relación costo-eficacia en comparación con los gastos asociados al control y castigo de las actividades delictivas provocadas por el consumo.

El D.A.T.O.S. recogió información de 10.000 usuarios aproximadamente, entre los años 1991 y 1993, pertenecientes a 96 programas diferentes. El D.A.T.O.S. es un estudio longitudinal con mediciones antes del ingreso al programa, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses y a los 48 meses de terminado el programa. Las modalidades de tratamiento estudiadas fueron: Mantenimiento con Metadona, Programas residenciales a largo plazo, Tratamiento ambulatorio libre de drogas y Programas de internamiento de corta duración.

Los resultados obtenidos son comparables con los anteriores programas, si bien existen algunas variaciones al introducir el Programa de internamiento de corta duración para optimizar costes y un considerable incremento del uso de cocaína que en algunos casos puede llegar a ser la droga principal de uso.

El N.T.O.R.S., es un programa de evaluación a nivel nacional implementado en el Reino Unido. Este programa longitudinal sigue la pauta de los anteriores programas estadounidenses. La muestra es de 1.000 usuarios aproximadamente, la información fue recogida en 1995, de 54 programas diferentes. Las modalidades de tratamiento estudiadas son las mismas que en el D.A.T.O.S.

Los resultados más relevantes fueron:

- La reducción en los consumos de todo tipo de drogas en todos los programas.
- Un 40% de los usuarios de programas residenciales seguían usando opiáceos regularmente.
- El consumo de alcohol no experimentó grandes mejorías.

- La reducción de la actividad delictiva en todos los programas.

A modo de resumen, podríamos decir que en el ámbito anglosajón las 5 modalidades de tratamiento funcionan correctamente reduciendo el consumo de droga y la actividad delictiva y el estrés psicológico con grandes diferencias entre programas y entre clientes.

Con los programas de mantenimiento con metadona se redujo un promedio del 69% en el uso semanal de heroína y un 48% el de cocaína. En el desempleo no se observaron mejoras, aunque sí en la actividad delictiva. La medida de edad es superior a los 30 años y el 77% ya habían tenido experiencias en otros programas.

En los programas residenciales de larga duración se obtuvieron resultados positivos en la reducción de los problemas creados por el uso habitual de cocaína del desempleo y de las actividades delictivas. Los usuarios que necesitaron tratamiento una vez finalizado el programa fue mucho más bajo que los de los programas de metadona.

En los programas de tratamiento ambulatorio libres de drogas el 60% de los usuarios tienen una media de edad superior a los 30 años y la media de usuarios con tratamientos previos es del 50%. La asignación de sujetos a la modalidad de tratamiento depende en parte de los fracasos previos. Si una persona tiene una tradición de fracasos importante será asignado a los programas de metadona o a los residenciales de larga duración.

2.1.6 Conclusiones del apartado

Con el presente apartado, referente al marco teórico del estudio bibliométrico, pretendimos cumplir el primer objetivo, de este análisis monográfico, que es: “realizar una fundamentación teórica y metodológica sobre estudios bibliométricos y revisar trabajos de recopilación sobre evaluación de programas y C.T.s”. Este objetivo tiene la finalidad de establecer un marco teórico que delimite el estudio bibliométrico.

El marco teórico aquí expuesto intenta fundamentar dos campos claros, por un lado, los estudios bibliométricos con un enfoque pedagógico y, por otro, los trabajos de evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos. La separación de estos dos campos se hace necesario al no haber encontrado estudios bibliométricos sobre evaluación de programas y C.T.s.

Los estudios bibliométricos surgen de la necesidad de organizar y sistematizar la información que se va generando a lo largo de los años y que aumenta en progresión geométrica. Los primeros interesados en el tema fueron los bibliotecarios por trabajar

directamente con los documentos donde se recogían los descubrimientos y resultados de investigaciones realizadas por los científicos.

Los estudios bibliométricos cobran fuerza como tales a partir de los años 40 del siglo pasado, donde ya no sólo interesan a los bibliotecarios sino también a científicos que investigan la propia ciencia, generalmente a través de lo que ésta produce. Se empieza a considerar la bibliometría como la “ciencia de la Ciencia”, ya que emplea los métodos científicos existentes para analizar aspectos relativos a la propia ciencia, con la finalidad de obtener resultados objetivos y relevantes.

La bibliometría, en la actualidad, no tiene el estatus de ciencia asentada, puesto que si bien existen leyes todavía no tiene una fundamentación teórica amplia y comprobada empíricamente. Por eso autores como, Maltrás (2003), no la consideran como ciencia ya que los resultados obtenidos de la aplicación de esta disciplina deben ser interpretados con suma prudencia evitando afirmaciones categóricas.

De entre las características de los estudios bibliométricos podemos destacar las siguientes:

- Estos estudios se realizan desde una disciplina determinada lo que condiciona las características del mismo.
- Se puede utilizar tanto el método descriptivo como el evaluativo o los dos combinados.
- Se analizan hechos, fenómenos y todo tipo de material bibliográfico producido por los investigadores.
- Se deben utilizar instrumentos de análisis válidos y fiables para la obtención de resultados creíbles.

El objeto de análisis de estos estudios es la producción científica que surge de la necesidad de los investigadores de comunicar sus descubrimientos. En un primer momento, esto se realizaba por carta, periódico, etc., más adelante, con el nacimiento de las primeras revistas científicas, se realiza a través de los artículos de investigación.

El publicar artículos en las revistas propias de cada disciplina, es un medio para los científicos de recibir reconocimiento y prestigio como pago a su acción de hacer públicos y compartir sus descubrimientos con el resto de la comunidad científica. Los autores mas prolíficos adquieren mucho prestigio que pueden utilizar para realizar más investigaciones y publicar más artículos; se crea así una espiral llamada efecto Mateo en la que los autores que más publican son los que tienen más posibilidades de volver a publicar de nuevo.

Los objetos de análisis de los estudios bibliométricos suelen ser los informes de investigación y también las tesis, aunque éstas últimas, en menor cantidad, por la dificultad de acceder a ellas, entre otras razones.

Desde la perspectiva de la evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos son escasos los estudios bibliométricos existentes. En nuestro caso sólo nos fue posible identificar uno, el de Silva (1994), que analiza 33 trabajos conforme a los criterios ya expuestos en los epígrafes anteriores.

Esto puede ser debido a que la evaluación de estos programas es una disciplina reciente, en el ámbito anglosajón se empezaron a realizar a partir de los años 70 del siglo XX, concretamente en Estados Unidos. Estos primeros estudios de referencia fueron grandes evaluaciones multicéntricas con una amplia cantidad de recursos aportados en su mayoría por la administración pública.

En el ámbito español las evaluaciones realizadas se reducen a trabajos puntuales que comenzaron en los años 80 del siglo XX. Estas evaluaciones suelen ser realizadas por los propios centros de atención a los toxicómanos sin el conocimiento y los recursos de la administración pública, por lo que la mayoría se quedan sin publicar y solo son conocidos por los propios centros donde fueron realizadas.

Para concluir, podemos decir que estamos ante dos disciplinas que se encuentran en periodo de desarrollo. Las evaluaciones de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos están empezando a realizarse para justificar el gasto de recursos ante la administración. Los estudios bibliométricos están un poco más asentados como ciencia.

2.2 Planificación del estudio bibliométrico

Una vez realizada la introducción sobre los aspectos fundamentales de todo el estudio y el marco teórico donde desarrollamos los aspectos conceptuales más relevantes y pertinentes para abordar el análisis bibliométrico, pasamos a explicitar el diseño metodológico de la parte empírica del trabajo.

Cualquier trabajo que pretenda ser científico debe especificar el diseño, es decir, planificar las diferentes acciones que configuran el trabajo, de tal manera que el lector pueda conocer el proceso de la investigación que se pretende llevar a cabo.

La planificación tiene su justificación en que otras personas ajenas a la investigación entiendan qué se hizo y porqué se hizo. Así mismo se ofrece la posibilidad a otros

investigadores de que puedan valorar críticamente y reproducir el estudio para verificar los resultados (Tolchinski, 2002).

La planificación de este estudio recoge los siguientes puntos:

- Objetivos.
- Diseño, en el que se incluye: la selección de la información a recoger, las revistas, tesis y bases de datos, la elaboración de los instrumentos de análisis y procedimiento de análisis de la información.
- Conclusiones del capítulo.

En los siguientes apartados especificaremos los puntos antes citados.

2.2.1 Objetivos del estudio

Como ya señalamos en la introducción, a través del presente estudio queremos dar cumplimiento al primer objetivo de un proyecto más amplio que pretende culminar con el desarrollo de una tesis doctoral. Este objetivo consiste en: **“analizar el estado de la cuestión sobre trabajos que se han realizado para evaluar programas y comunidades terapéuticas orientadas a la rehabilitación de toxicómanos”**. Esto se consigue mediante la consecución de los siguientes objetivos específicos, propios del estudio:

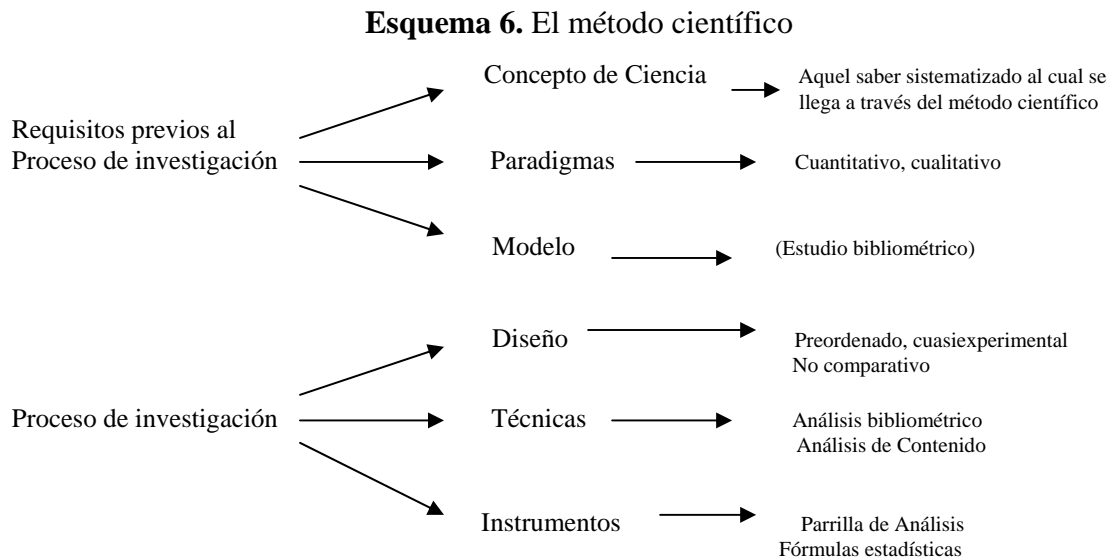
- 1º Realizar una fundamentación teórica y metodológica sobre estudios bibliométricos que sirva de justificación del trabajo a realizar.
- 2º Buscar referencias bibliográficas sobre evaluación de “programas y comunidades terapéuticas” para la rehabilitación de toxicómanos en las bases de datos pertinentes.
- 3º Analizar el contenido de los documentos obtenidos a través de una parrilla de análisis con las variables objeto de estudio e indicadores bibliométricos pertinentes.
- 4º Obtener conclusiones generales e implicaciones metodológicas del estudio que puedan ofrecer un soporte adecuado a la investigación doctoral.

Una vez señalados el objetivo general y los específicos pasamos a desarrollar el diseño, donde detallaremos las fases y los objetivos operativos del estudio.

2.2.2 Diseño metodológico

Después de definir el enfoque teórico en el que se fundamenta el estudio es pertinente concretar el diseño, el cual lo podemos entender como plan o estrategia metodológica que orienta el proceso del estudio (De Miguel, 2000b). Cuando hacemos mención al diseño debemos recoger: los aspectos básicos del objeto de estudio (dimensiones, características, etc.), los procedimientos para recoger información y su posterior análisis

y los criterios para realizar las conclusiones pertinentes. Este trabajo se adecua, por tanto, al esquema 6:



El diseño de este estudio, desde un punto de vista técnico, lo podríamos tipificar como (De Miguel, 2000c: 302):

- Preordenado, ya que se especifican todas las partes del proceso –objetivos, documentos objeto de estudio, instrumentos, técnicas de análisis, criterios de comparación, etc.- a llevar a cabo, para orientar las acciones a realizar.

- Observacional, ya que al ser un estudio de un conjunto de documentos ya realizados no se pueden manipular las variables y estrategias utilizadas, teniendo que utilizar instrumentos elaborados *ad-hoc* para esta investigación.

- No comparativo, pues las características del estudio y la finalidad de este no nos permiten utilizar grupo de control para contrastar los resultados.

Desde una perspectiva temporal, el diseño lo podemos plantear en tres fases, que incluye los objetivos operativos del trabajo y las acciones conducentes a lograrlos. Las fases son las siguientes (De Miguel & Pereira, 2002: 92):

1ª Fase exploratoria / documental.- Donde se pretende conocer trabajos similares al que queremos realizar con el objeto de identificar los parámetros básicos del estudio.

2ª Fase descriptiva / analítica.- En esta fase se trata de concretar y especificar tanto las variables como los instrumentos que forman parte del trabajo, además de especificar los análisis de datos realizados y los resultados obtenidos.

3ª Fase evaluativa.- Donde se obtiene la síntesis de las implicaciones metodológicas, se valoran las conclusiones obtenidas y también las posibilidades y límites del estudio.

Para cada una de estas fases se establecen los objetivos operativos que se concretan en actividades y estrategias metodológicas, de acuerdo con la tabla que a continuación exponemos.

Tabla 2. Fases, Objetivos operativos y Actividades del trabajo

FASES	OBJETIVOS OPERATIVOS	ACTIVIDADES/ESTRATEGIAS METOD.
Exploratoria/ Documental	-Revisar trabajos previos sobre el tema -Identificar descriptores para obtener los documentos objeto de estudio -Identificar bases de datos propias del campo a estudiar -Identificar revistas más representativas sobre el tema de estudio	-Selección de documentos apropiados -Selección de descriptores pertinentes -Concreción de las bases de datos que contienen los documentos referentes al tópico de estudio -Identificación de las revistas más pertinentes
Descriptiva/ Analítica	-Elaborar la parrilla de análisis -Clasificar datos relevantes de parrilla e indicadores -Clasificar los indicadores bibliométricos	-Selección de variables y categorías -Descripción del instrumento para obtención de datos -Estudio de la información obtenida
	-Analizar los datos del estudio -Sintetizar conclusiones relevantes del análisis -Valorar el contenido de las conclusiones	-Obtención de indicadores pertinentes para el estudio -Contrastación con otros estudios sobre el tema -Revisión de la información obtenida
Evaluativa	-Obtener síntesis de implicaciones metodológicas -Establecer patrones metodológicos para un diseño de evaluación -Establecer límites y posibilidades	-Relación de las conclusiones con la práctica evaluativa -Elaboración de las pautas de acción -Valorar las fortalezas y debilidades

Fuente: Adaptado de De Miguel & Pereira (2002: 92)

Estas tres fases junto con los objetivos operativos aquí explicitados, las acciones y las estrategias metodológicas las iremos desarrollando en los siguientes epígrafes⁸.

2.2.2.1 Selección de la información a recoger

Para realizar un trabajo riguroso y exhaustivo debemos tener en cuenta la selección de la información objeto de estudio, pues esta será la base sobre la que trabajaremos en el posterior análisis de datos. En este estudio para realizar la tarea de la selección de la información seguiremos el procedimiento que a continuación describiremos.

Primeramente seleccionamos las bases de datos más representativas del ámbito de las ciencias sociales, ya que en ellas se encuentran referencias bibliográficas del ámbito de las toxicomanías y concretamente de evaluación de “programas y C.T.s”.

⁸ A pesar de que los epígrafes no lleven el título de las acciones y estrategias metodológicas y tampoco se haga referencia explícita al objetivo específico que estamos cumpliendo en cada caso, sí que iremos dando cuenta de ellos.

En segundo lugar elegimos, dentro de las bases de datos que lo permitían, las revistas relacionadas con las adicciones a diversos tipos de drogas. En estas revistas revisamos aquellos artículos que contenían informes de investigación sobre el tema de interés. Una vez que se comprobó que los artículos cumplían los requisitos de elegibilidad se procedió a su análisis.

Por último, realizamos una revisión de todos los descriptores elegidos para obtener la información recogida. Estos descriptores son la mayoría del ámbito anglosajón, pues la mayor cantidad de información fue recogida de bases de datos de Estados Unidos. También utilizamos descriptores del ámbito español, aunque en menor cantidad.

2.2.2.1.1 Bases de datos

Las bases de datos utilizadas nos facilitaron el acceso a las revistas y, después de realizar un rastreo por las mismas, elegir los artículos adecuados a nuestro estudio. Desistimos de la posibilidad de obtener directamente los artículos introduciendo los descriptores en las bases de datos, pues los documentos obtenidos solían ser del ámbito médico y no estaban incluidos en el ámbito social-educativo, donde se enmarca este trabajo.

Las bases de datos consultadas fueron las siguientes:

- Science Direct.
- Cath Word.
- Base del Plan Nacional Sobre Drogas.
- Catálogo de publicaciones periódicas de la Universidad de Oviedo.
- ISOC (Base de datos del CSIC).
- Psyc Info.
- Pub Med.

De estas bases de datos obtuvimos las revistas correspondientes a todos los informes de investigación incluidos en el estudio. Además consultamos la base de datos TESEO para obtener la referencia de las tesis doctorales analizadas.

Este apartado y el siguiente lo podemos recoger en la tabla 13, que mas adelante especificaremos⁹.

⁹ La tabla 3 sólo hace una enumeración de las revistas obtenidas en cada base de datos y el número de artículos extraídos de cada revista dejando la obtención de porcentajes totales y parciales para el capítulo de análisis de datos.

2.2.2.1.2 Revistas

Las revistas utilizadas fueron en su mayoría estadounidenses debido al gran desarrollo que tiene allí la materia objeto de estudio, además de la facilidad de consulta a través de Internet, con la posibilidad en muchos casos de obtener el informe directamente de la página Web.

Las revistas consultadas fueron las siguientes:

- Drug and Alcohol Dependence.
- Addiction.
- Journal of Substance Abuse Treatment.
- Evaluation and Program Planning.
- Addictive behaviors.
- Journal of Substance Abuse.
- Adicciones.
- Journal of psychoactive Drugs.
- Research Monograph series.
- Revista Española de Drogodependencias.
- Addiction Research and Theory.
- Revista de Toxicomanías.
- The American Journal on Addictions.
- The International Journal of the Addictions.

Además de las revistas revisadas, cabe señalar los informes recogidos en libros publicados, pues al ser únicamente cuatro informes no sería pertinente dedicar un apartado sólo para estas publicaciones.

2.2.2.1.3 Fuentes consultadas y registros obtenidos

Las bases de datos generales incluyen información y referencias bibliográficas de diversos campos y materias. Las bases de datos específicas contienen información sobre una materia o campo determinado, en nuestro caso las Ciencias Sociales, obteniendo una cantidad relevante de referencias bibliográficas que utilizaremos como objeto de estudio.

También revisamos las revistas más representativas del campo de la “evaluación de programas y C.T.s” orientadas a la rehabilitación de toxicómanos para completar la búsqueda de las bases de datos. Como puede verse en la tabla 3, se organizan las bases de datos consultadas, las revistas utilizadas y el número de documentos extraídos de cada una de las revistas.

Tabla 3. Bases de datos y número de revistas

BASE DE DATOS	DOCUMENTOS	NÚMERO
SCIENCE DIRECT	Drug and Alcohol Dependence	58
	Journal of Substance Abuse Treatment	24
	Evaluation and program Planning	17
	Addictive Behaviors	16
	Journal of Substance Abuse	5
CATH WORD	Addiction	25
	Addiction research and Theory	1
SPYCH INFO	Journal of Psychoactive Drugs	2
ISOC	Adicciones	2
	Revista Española de Drogodependencias	2
Base del P.N.S.D.	Revista de Toxicomanías	1
CATÁLOGO B.U.O. ¹⁰	Informes de investigación recogidos de libros	4
TESEO	Tesis doctorales	4
PUB MED	Research Monograph series	3
	The Internacional Journal of the Addictions	1
	The American Journal on Addictions	1
TOTAL		166

Una vez especificado el procedimiento de obtención de los registros, obtenidos para el posterior análisis de los mismos, tanto cuantitativo como cualitativo, y de acuerdo con la tabla que acabamos de exponer, procederemos a concretar los descriptores propios para la selección de la información recogida.

2.2.2.1.4 Descriptores

La información recogida en el presente estudio está configurada por un determinado número de informes de investigación recogidos en artículos de revista y en cuatro informes más publicados como libros. Además también incluimos cuatro tesis doctorales: dos obtenidas mediante “microforma” y otras dos recogidas a través de libros publicados.

Para localizar dichos documentos utilizamos una serie de descriptores a fin de seleccionar las revistas y los documentos relacionados con el tema de estudio.

Para las revistas utilizamos los siguientes descriptores:

- *Addiction, addictive*, adicción.
- *Drug, heroin, methadone, cocaine*, toxicomanías, drogodependencia, *therapeutic communities*.
- *Program, planning, evaluation*, evaluación, *outcome, assessment, long-term, shor-term*.
- *Journal, monograph*, revista.

¹⁰ Base de datos de publicaciones periódicas de la Biblioteca de la Universidad de Oviedo

Para las tesis doctorales:

- Evaluación, programas.
- Comunidades, terapéuticas.

Con estos descriptores recogimos un total de catorce revistas, cuatro tesis doctorales y cuatro informes publicados como libros.

2.2.2.2 Elaboración de los instrumentos de análisis

Una vez definido el tipo de información a recoger y la manera de acceder a ella a través de las bases de datos pertinentes, procede concretar los instrumentos de análisis para tratar toda la información recogida. En este estudio hemos utilizado una parrilla de análisis construida *ad-hoc* y también una serie de indicadores bibliométricos.

La parrilla de análisis (ver anexo I) está estructurada de acuerdo con la observación que hicimos de los documentos, dividiendo cada documento en tres unidades de observación, según Maltrás (2003), que son:

- 1.- Datos propios del documento.
- 2.- Estructura interna del documento.
- 3.- Resultados y/o conclusiones obtenidas.

De cada una de estas unidades de observación recogimos un determinado número de variables, fundamentándonos en la literatura al uso de evaluación de programas sociales (Ballesteros, 1996; De Miguel, 2000ab; Stufflebeam & Shinkfield, 1987; Vedung 1997), que posteriormente categorizamos.

Finalmente, concretamos los indicadores bibliométricos utilizados que están ya contruidos y fueron extraídos de autores como López (1996), Pérez (2003) y Maltrás (2003). Dichos autores utilizaron estos indicadores ya contrastados en estudios bibliométricos previos.

2.2.2.2.1 Parrilla de análisis. Variables y categorías

La parrilla de análisis consta de los siguientes elementos:

1. Referentes a los datos propios del documento

1.1 Autor/es

1.2 Año de publicación

1.3 Título

1.4 Lugar de realización del estudio

1= España 2= U.S.A. 3= Resto de Europa 4= United Kingdom 5= Australia 6= Resto del mundo

1.5 Tipo de documento

1= Tesis 2= Artículo de revista 3= Informe investigación

1.6 Contexto en el que se realiza el trabajo

1= Público 2= Privado 3= Mixto 4= No se especifica

2. Referentes a la estructura interna del documento

2.1 Tipo de evaluación 1

1= Ex-ante 2= Ex-post 3= Mixta 4= No se especifica

2.2 Tipo de evaluación 2

1= Interna 2= Externa 3= Mixta 4= No se especifica

2.3 Tipo de evaluación 3

1= Formativa 2= Sumativa 3= Mixta 4= No se especifica

2.4 Revisión bibliográfica

1= No se contempla 2= Si, específica 3= Si, general 4= Temática

2.5 Teoría/Modelo de evaluación

1= Implícita 2= Explícita 3= No se especifica

2.6 Objetivos/Hipótesis de evaluación

1= Hipótesis 2= Objetivos 3= No se especifica

2.7 Finalidad de la evaluación

1= Verificar 2= Comprender 3= Transformar 4= Economicista 5= Otros

2.8 Criterios de valoración para emitir juicios de valor

1= Eficacia 2= Eficiencia 3= Efectividad 4= De profesionales 5= De calidad total 6= Otros

2.9 Diseño

1= Implícito 2= Explícito 3= No se especifica

2.10 Grado de planificación del diseño

1= Preordenado 2= Emergente 3= No se especifica

2.11 Metodología del diseño

1= Observacional 2= Selectivo 3= Cuasiexperimental 4= Experimental 5= No se especifica

2.12 Sistema de control comparativo

1= Control reflexivo 2= Control a la sombra 3= Control genérico 4= Grupo control

2.13 Variables de Clasificación

1= No 2= Si 3= No se especifican

2.14 Variables de Información

1= No 2= Si 3= No se especifican

2.15 Variables de Intervención

1= No 2= Si 3= No se especifican

2.16 Técnicas e Instrumentos de recogida de información

1= Cuantitativas 2= cualitativas 3= Mixtas 4= No se especifica

2.17 Tipo de muestreo

1= No probabilístico 2= Probabilístico 3= Polietápico 4= No se especifica

2.18 Tamaño muestra

1= Estudio de caso 2= Pequeña <100 3= Mediana >100 y < 300 4= Grande >300

2.19 Audiencias tenidas en cuenta

1= Usuarios 2= Usuarios, terapeutas 3= Usuarios, familias 4= Usuarios, terapeutas, familias

5= Usuarios, terapeutas, familias, voluntarios 6= Otros

2.20 Técnicas de análisis de datos

1= Cuantitativas 2= Cualitativas 3= Mixtas (Cuali-Cuanti.) 4= No se especifican

3. Referentes a los resultados y/o conclusiones obtenidas

3.1 Conclusiones

1= No se contemplan 2= Comprobación de hipótesis 3= Referente a objetivos

3.2 Puntos fuertes y débiles

1= No 2= Si

3.3 Recomendaciones

1= No 2= Si

3.4 Existencia de metaevaluación

1= No 2= Si

2.2.2.2.2 Indicadores bibliométricos

Los indicadores bibliométricos los podemos clasificar en dos tipos, según Maltrás (2003): a) de producción o productividad que son recuentos de autores individuales o agregados de estos (centros de investigación, instituciones, colegios invisibles etc.) y b) de colaboración que buscan identificar la relación entre autores o instituciones productoras de publicaciones científicas.

En este trabajo tenemos los siguientes indicadores:

1.- Indicadores de productividad.

2.- Indicadores de colaboración.

Dentro de los indicadores de “productividad” elegimos los siguientes:

1.1 Cómputo de publicaciones por años (ej.: número de artículos publicados en el último año, número de tesis publicadas en los últimos diez años).

1.2 Autores según número de firmas en primer lugar (ej.: número de artículos firmados en primer lugar por un autor).

1.3 Autores por zonas de productividad (ej.: número de autores que firman más de 5 artículos).

1.4 Autores más prolíficos según productividad fraccionada (ej.: número de artículos firmados por un autor ponderando el valor obtenido según la fórmula:

$I_p = 1/\text{lugar en el que firma}$).

1.5 Productividad institucional (ej.: número de artículos publicados por un centro o institución, número de patentes obtenidas por un centro o institución).

1.6 Revistas por número de artículos (ej.: número de artículos publicados por una revista en un periodo de tiempo).

1.7 Revistas por zonas de productividad (ej.: número de revistas con más de 20 artículos publicados).

Dentro de los indicadores de “colaboración” elegimos los siguientes:

2.1 Índice de colaboración. Distribución de artículos por número de firmas (ej.: número de firmas entre el número de autores, número de artículos firmados por 8 autores).

2.2 Colaboración diacrónica (ej.: índice de colaboración en el último mes, año, 5 años, etc.).

Con los indicadores bibliométricos seleccionados esperamos recoger datos objetivos y relevantes que nos permitan obtener conclusiones fundamentadas empíricamente con la finalidad de aportar una visión objetiva del tema de estudio.

2.2.2.3 Técnicas de análisis de datos

Este trabajo, como ya señalamos en el tercer apartado, tiene dos enfoques:

- Descriptivo.- Pretende conocer la realidad investigativa de una determinada disciplina. Y también busca profundizar en el análisis de la información obtenida para obtener explicaciones sobre el funcionamiento de la realidad investigada.

- Evaluativo.- Se pretende examinar cada documento conforme a unas determinadas leyes estadísticas que nos permiten realizar juicios de valor de la información estudiada.

El enfoque descriptivo y evaluativo, explicado anteriormente, implica utilizar dos tipos de datos: cualitativos y cuantitativos. Para el análisis de datos cuantitativos utilizamos los indicadores bibliométricos y los estadísticos pertinentes que señalaremos en el siguiente apartado. Para los datos cualitativos utilizaremos el “análisis de contenido”.

2.2.2.3.1 Técnicas cuantitativas

Una vez recogida la información de cada documento conforme a las variables recogidas en el apartado 2.2.2.2.1, y después de codificarlas según el sistema de categorías

señaladas en el mismo apartado, procederemos a efectuar el procesamiento y análisis de la misma.

La codificación que hicimos de la información mediante el sistema de categorías permite una transcripción informatizada para su posterior explotación a través del programa informático SPSS. Este programa nos permite obtener estadísticos de cada variable objeto de análisis. Los estadísticos utilizados son los descriptivos y dentro de estos las frecuencias, los porcentajes y las tablas de contingencia.

Por otro lado, los indicadores bibliométricos los analizaremos conforme a las siguientes leyes:

1.- Ley de Bradford.- Esta ley postula que la literatura especializada de cualquier tema será publicada por un número reducido de revistas que Bradford llama núcleo, si queremos obtener el mismo número de artículos de los que consta el núcleo, deberemos recopilar un número de revistas muy superior (López, 1996: 32). Por lo tanto, el núcleo y las zonas que se van formando sucesivamente se encuentran en relación de **1:n:n²**. Aunque esta ley es bastante controvertida y hay autores que dicen que sólo se cumple en parte aceptaremos este modelo como válido, pues un análisis en profundidad sería propio del campo matemático. Esta ley expresa, en definitiva, que a igual número de artículos existen zonas que necesitarán más número de revistas.

2.- Ley de Lotka.- Esta ley se ocupa de la productividad de los autores y dice que si conocemos el número de autores de una disciplina que tengan publicado un solo trabajo podemos predecir el número de autores con “n” trabajos, según la fórmula¹¹ (López, 1996: 36):

$A_n = A_1 / n^2$. En donde A_n es el número de autores con n firmas, A_1 el número de autores con 1 firma y n^2 el número de firmas al cuadrado.

Esto implica que si tenemos 100 autores con un trabajo deberemos tener 25 con 2, 11 con 3 y así sucesivamente. Esta ley no se cumple con exactitud pero sí que refleja una realidad aproximada. La controversia también rodea a esta ley, ya que hay autores, como por ejemplo, Price que dice que para autores prolíficos el número desciende más rápidamente pudiendo llegar a ser n^3 en vez de n^2 . Para este estudio aceptamos la ley como fue definida inicialmente teniendo en cuenta que no se cumplirá con exactitud.

¹¹ Estas dos leyes fueron consultadas en el trabajo de López (1996), pues ir a las fuentes originales supondría un gasto de tiempo y esfuerzo innecesario al ser documentos bastante antiguos con la dificultad para conseguirlos que ello conlleva.

Además de este análisis cuantitativo, se realiza uno cualitativo de determinada información, que por su relevancia nos interesaba profundizar más en ella, como explicamos a continuación.

2.2.2.3.2 Técnicas cualitativas

El análisis cualitativo, en este trabajo, se realiza mediante el análisis de contenido de determinadas variables que detallaremos más adelante. Este tipo de análisis consiste en un conjunto de procedimientos y estrategias encaminadas a comprender un texto en profundidad.

El análisis de contenido es una técnica de investigación para la descripción objetiva sistemática y cuantitativa del contenido explícito de la comunicación (Bardín, 1986). Además de esto también se busca analizar el lado cualitativo de la información seleccionada por lo que realizaremos interpretaciones del contenido latente de los documentos (Pérez 2003).

Para realizar un análisis de contenido debemos especificar las unidades de análisis que son los elementos de la comunicación en el que se centra el mismo. En este trabajo tenemos tres unidades de análisis que son:

- Unidad de muestreo.- Es el marco máximo de información a analizar, en nuestro caso coincide con los **166 documentos** analizados.

- Unidad de contexto.- Es aquella porción de la unidad de muestreo que tiene que ser examinada para caracterizar una unidad de registro, es por tanto la porción de contenido comunicativo para que tenga sentido el análisis de la unidad de registro que explicaremos a continuación. La unidad de contexto de este análisis es el **epígrafe**.

- Unidad de registro.- Se corresponde con la máxima porción del contenido que el investigador aísla dentro de una unidad de muestreo que en nuestro caso es la **frase**. Las unidades de registro se deben categorizar y después definir cada categoría.

Para este estudio tenemos los siguientes tópicos temáticos:

- a) **Objetivos**.- Hace referencia al propósito del estudio. En nuestro caso, como los estudios analizados son evaluaciones, sería lo que pretende la evaluación.
- b) **Diseño**.- Plan o estrategia que guía un conjunto de acciones para realizar un estudio.

- c) Técnicas e instrumentos de recogida de información.- Procedimiento y/o herramienta de aplicación práctica para hacer acopio de la información necesaria para el estudio.
- d) Variables.- Pueden definirse como “aquellas características o atributos que pueden tomar diferentes valores o expresarse en categorías” (Latorre, et al. 1996: 72).
- e) Análisis de datos.- Aquel procedimiento que a través de pruebas estadísticas examina los datos obtenidos en el proceso de recogida de información.

Una vez categorizadas las unidades de registro el siguiente paso es identificar en el texto donde se encuentran dichas unidades, para localizar:

- 1.- Ausencia-Presencia.
- 2.- Orden de aparición.
- 3.- Relaciones establecidas entre unos temas y otros, es decir, análisis de contingencia.
- 4.- Frecuencia de aparición.
- 5.- Emergencia de categorías no determinadas a priori, que en nuestro caso no hay ninguna pues los documentos analizados todos tienen las mismas categorías.

Una vez realizado lo indicado anteriormente debemos descubrir la estructura modal o esqueleto de los documentos, es decir, lo que siempre aparece. En este trabajo esta tarea ya la hemos realizado¹². La estructura modal es la siguiente: título, autores del artículo, institución de pertenencia de cada autor, resumen o abstract, descriptores y términos clave y cuerpo del trabajo.

La información que hemos categorizado y analizado se debe organizar y representar. Para ello, nos serviremos de tablas donde especificaremos el número de apariciones y los porcentajes totales y parciales de cada categoría. Ahora sólo nos queda describir la información recogida y realizar la interpretación de la misma.

2.2.2.4 Criterios para la interpretación de los resultados

Una vez seleccionada la información objeto de estudio, elaborado los instrumentos para recoger dicha información y realizada la clasificación para el posterior análisis de la misma, nos encontramos ante la difícil tarea de interpretar los resultados del análisis.

Para que la interpretación de los resultados se realice de una manera objetiva debe estar fundamentada en evidencias empíricas. En nuestro caso, y dado que no toda la

¹² En el apartado 2.1.2 viene detallado y explicado cada parte del esqueleto de los documentos analizados por lo que en este apartado sólo los citamos a modo de recordatorio

información obtenida en los estudios es de la misma naturaleza¹³, cabe precisar que la información que soporta la interpretación de los resultados son datos empíricos, tanto cualitativos como cuantitativos, lo que implica cierta objetividad.

Para los datos cuantitativos utilizamos, como criterios de interpretación, las dos leyes (Bradford y Lotka) y los indicadores ya mencionados anteriormente. Las variables seleccionadas están categorizadas conforme a los criterios de diversas autoridades en el tema (ver apartado 2.2.2.2.1), para poder obtener datos empíricos que justifiquen objetivamente la interpretación de la información recogida.

Para los datos cualitativos obtenidos a través del análisis de contenido empleamos los siguientes criterios, para garantizar la validez de la información recabada:

- Credibilidad.- Consiste en que los datos obtenidos sean creíbles esto se consigue a través de:

1º La observación persistente de todos los documentos objeto de estudio.

2º La triangulación entre pares.

- Transferencia.- Consiste en la posibilidad de replicar la investigación en condiciones semejantes, para ello se describió exhaustivamente el marco de referencia utilizado en el trabajo, es decir, los documentos analizados, las bases de datos para obtenerlos y los instrumentos de análisis de la información.

- Dependencia.- Garantiza la estabilidad de los datos, es decir que estos sean repetibles para ello empleamos la triangulación de técnicas (cualitativas y cuantitativas).

Con los criterios aquí expuestos pretendemos garantizar la calidad de la interpretación de los datos, tanto cualitativos como cuantitativos. Por último, pretendemos que las inferencias obtenidas sean adecuadas al tipo de estudio realizado.

2.3 Análisis de la información recogida

El análisis de datos en este trabajo se realiza desde dos metodologías. Por un lado, la cuantitativa utilizando las variables ya señaladas y categorizadas anteriormente. Por otro lado, la cualitativa a través del análisis de contenido de los tópicos temáticos de interés elegidos.

¹³ La información puede ser: a) objetiva cuantitativa o cualitativa bien documentada b) documentada basada en las opiniones contrastadas de varios observadores c) inferencias del propio investigador fundamentadas en datos recogidos y opiniones contrastadas d) inferencias del propio investigador basadas en sus propias intuiciones. (De Miguel, 2000a: 8)

2.3.1 Análisis cuantitativo

El análisis de datos desde la perspectiva cuantitativa se realiza a través de estadísticos descriptivos, frecuencias y porcentajes, principalmente. También realizamos un análisis detallado entre las variables, “tipo de evaluación 1”, “2” y “3” y “metodología del diseño”, para ello realizamos cruces de estas variables con el resto, mediante tablas de contingencia. Además seleccionamos los indicadores bibliométricos más pertinentes para este estudio.

2.3.1.1 Estudio descriptivo

Para realizar el estudio descriptivo utilizamos tres unidades de observación: datos propios del documento, estructura interna del documento y resultados y/o conclusiones obtenidas. Dentro de estas 3 unidades de observación hemos incluido las variables especificadas en el capítulo anterior. A continuación realizaremos el análisis de dichas variables.

2.3.1.1.1 Variables referentes a datos propios del documento

Las variables las exponemos según la secuencia lógica y el orden expuesto en el capítulo de “Planificación del trabajo empírico”, así tenemos:

1. Autor/es: En esta variable recogemos los autores de los 166 documentos objeto de estudio, de estos sólo 9 (5.42%) están firmados por un autor, el resto están firmados por más de un autor. En índice de colaboración y la tabla de autores y números de firmas la expondremos en el apartado de indicadores bibliométricos¹⁴.

2. Año de publicación:

Como se puede apreciar en la tabla 4, la mayor parte de los documentos están concentrados en los últimos cuatro años anteriores a 2004, concretamente el 44%. El resto de años tienen muy pocas publicaciones excepto el año 1998 y 1999 que con 14 y 19 publicaciones respectivamente, comprenden un 19.8% del total de las publicaciones¹⁵. El año de publicación de los artículos se distribuye de la siguiente manera:

¹⁴ En el apartado de indicadores bibliométricos tenemos contemplado el indicador “índice de colaboración” y “colaboración diacrónica” donde expresamos numéricamente todos los datos concernientes a la autoría de los informes del estudio

¹⁵ En este apartado recogemos la parte descriptiva de las variables dejando para el apartado de conclusiones del capítulo una pequeña observación o conclusión de cada variable analizada.

Tabla 4. Año de publicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	1984	3	1,8	1,8
	1993	2	1,2	3,0
	1994	3	1,8	4,8
	1995	7	4,2	9,0
	1996	7	4,2	13,3
	1997	3	1,8	15,1
	1998	14	8,4	23,5
	1999	19	11,4	34,9
	2000	15	9,0	44,0
	2001	18	10,8	54,8
	2002	12	7,2	62,0
	2003	29	17,5	79,5
	2004	33	19,9	99,4
	2005	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

3. Lugar de realización del estudio

En esta variable recogemos el país donde se realiza el trabajo de evaluación que puede no coincidir con el lugar donde se publica, puesto que algunos trabajos están publicados en Estados Unidos pero se realizaron en otro país diferente. Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 5, son los siguientes:

Tabla 5. Lugar donde se realiza el estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	USA	119	71,7	71,7
	España	15	9,0	80,7
	United Kingdom	12	7,2	88,0
	Resto de Europa	8	4,8	92,8
	Australia	8	4,8	97,6
	Resto del mundo	4	2,4	100,0
	Total	166	100,0	

Según estos datos, USA es el país más productivo, con 119 documentos, casi tres cuartas partes del total, seguidos de España con el 9.0% y U.K. con el 7.2%. La aparición del resto de países es casi testimonial no llegando entre todos al 12%.

4. Tipo de documento

Los documentos empleados en este estudio, como puede verse en la tabla 6, comprenden: tesis, artículos de revista e informes de investigación. Su distribución es la siguiente:

Tabla 6. Tipo de documento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Artículo de revista	158	95,2	95,2
	Tesis	4	2,4	97,6
	Informe de investigación	4	2,4	100,0
	Total	166	100,0	

Los artículos de revista con el 95.2% del total, son la forma por excelencia de publicar los trabajos de investigación en el campo de la evaluación de “programas y C.T.s”. Los 4 informes de investigación (2.4%) registrados fueron publicados como libro o capítulo de libro. De las 4 tesis doctorales registradas, una fue publicada a través de microforma y 3 a través de libros, todas son del ámbito español, aunque debido a su escaso número nos dificulta obtener conclusiones relevantes para obtener un modelo o líneas metodológicas a seguir en futuras investigaciones.

5. Contexto en el que se realiza el trabajo

Las evaluaciones se pueden implementar en 3 tipos de contextos:

- a) Públicos, aquellos que dependen directamente del Estado.
- b) Privados, aquellos que están financiados con dinero de los usuarios en su totalidad.
- c) Mixtos, aquellos que están financiados con dinero de los usuarios pero reciben algún tipo de subvención estatal. Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 7, son los siguientes:

Tabla 7. Contexto donde se realiza el trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	112	67,5	67,5
	Privado	5	3,0	70,5
	Mixto	30	18,1	88,6
	No se especifica	19	11,4	100,0
	Total	166	100,0	

La mayoría de las evaluaciones, un 67.5%, fueron realizadas en un programa o C.T. pública, seguidas de las mixtas (18.1%) que no llegan a una cuarta parte. Las evaluaciones realizadas en un contexto totalmente privado se reducen a 5 (3%), siendo por tanto muy poco relevantes. Sin embargo existe un buen número de evaluaciones, concretamente el 11.4%, que no especifican donde se realizó el estudio.

2.3.1.1.2 Variables referentes a la estructura interna del documento

Las variables contempladas en este apartado recogen aspectos propios de la evaluación de programas sociales. Dichas variables están fundamentadas en la literatura al uso especificada en el apartado que hace referencia a la planificación empírica del trabajo y recogidas en el mismo orden que en el citado capítulo. De este modo tenemos:

1. Tipo de evaluación

Las variables clasificadas como tipo de evaluación 1 (categorizada como “ex –ante, ex -post, mixta y no se especifica”), tipo de evaluación 2 (categorizada como “interna, externa, mixta y no se especifica”) y tipo de evaluación 3 (categorizada como “sumativa, formativa, mixta y no se especifica”) son sometidas a un cruce a través de tablas de contingencia¹⁶, para conocer cuantos estudios hay de cada tipo. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 8, son los siguientes:

Tabla 8. Tipo de evaluación ex –ante, ex –post/ interna, externa/ formativa, sumativa

Tipo eva. formativa, sumativa		Tipo eva. interna, externa				Total
		Interna	Externa	Mixta	No se especifica	
Formativa	Tipo eva. ex-ante, ex-post ex-post		1			1
Sumativa	Tipo eva. ex-ante, ex-post ex-ante	0	1	0	0	1
	ex-post	7	128	25	1	161
Mixta	Tipo eva. ex-ante, ex-post ex-post		1	2		3
Total		7	131	27	1	166

El tipo de evaluación que mas se repite es la del tipo “sumativa, ex-post, externa” con una frecuencia de 128 apariciones (77.11%). El tipo de evaluación “sumativa, ex-post, interna-externa” es la segunda que mas se repite con una frecuencia de 25 apariciones (15.06%). El tercer tipo de evaluación que aparece es la “sumativa, ex -post, interna” con solo 7 apariciones (4.22%).

Por último quedan los casos aislados: 2 trabajos con evaluación “sumativa-formativa, ex-post, interna-externa”, un trabajo con evaluación “formativa, ex -post, externa”, otro con “sumativa, ex-post y no se especifica si es interna o externa” y otro con “formativa-

¹⁶ A las tablas 8 y 9 les faltan alguna fila y columna debido a que el resultado del análisis dio “ceros” y decidimos omitirlos para reducir el tamaño de las tablas y que no ocupasen más de una hoja.

sumativa, ex -post, externa”. El total de los registros suman 166, los mismos que los trabajos analizados, al no haber ningún caso perdido y ser todos los casos válidos

2. Revisión bibliográfica

La variable “revisión bibliográfica” examina si los trabajos de evaluación realizan una revisión previa de la literatura existente para conocer el estado de la cuestión sobre el tema. Esta revisión puede ser: “específica” recogiendo solamente informes de investigación previos de evaluación de “programas y C.T.”, “general” cuando recoge todo tipo de documentos (informes, tesis, libros, ect.) referentes al campo de estudio, o bien temática cuando divide el campo de estudio en temas y recoge información de cada uno de ellos. Los resultados obtenidos, como puede comprobarse en la tabla 9, son los siguientes:

Tabla 9. Bibliografía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí, general	90	54,2	54,2
	Sí, específica	76	45,8	100,0
	Total	166	100,0	

Todos los documentos analizados realizan una revisión bibliográfica, si bien las dos únicas modalidades que se recogen son la general con el (54.2%) y la específica (45.8%). La categoría “revisión temática” nos queda vacía, junto con la de “no se especifica”, pues todos los documentos explicitan la revisión que realizan.

3. Teoría/Modelo de evaluación

Con esta variable, tratamos de identificar los trabajos que señalan explícitamente el modelo de evaluación que emplean; así como los que no lo señalan explícitamente pero hablan del enfoque del que parten inicialmente y los pasos del diseño, por lo que están considerándolo implícitamente. Por último, señalamos aquellos que simplemente no lo especifican. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 10, son los siguientes:

Tabla 10. Modelo/Teoría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Implícita	145	87,3	87,3
	No se especifica	11	6,6	94,0
	Explícita	10	6,0	100,0
	Total	166	100,0	

La mayoría de los trabajos (87.3% del total) señalan implícitamente el modelo de evaluación del que parten. Solamente 10 trabajos (6%) señalan explícitamente el modelo de evaluación utilizado, quedando el restante 6.6% para aquellos trabajos que ni siquiera hacen mención al modelo utilizado.

4. Objetivos/Hipótesis de evaluación

Cualquier evaluación debe de recoger los objetivos o hipótesis que persigue, pues las personas implicadas en la misma deben de conocer lo que pretende la evaluación. Ésta, como cualquier proceso de responsabilidad pública debe informar adecuadamente a la población en general. Por eso, con esta variable pretendemos conocer si los trabajos recogen explícitamente los objetivos o hipótesis que pretende conseguir o comprobar la evaluación realizada. Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 11, son los siguientes:

Tabla 11. Objetivos/hipótesis de la evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Objetivos	142	85,5	85,5
	Hipótesis	23	13,9	99,4
	No se especifica	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

La mayoría de los trabajos analizados, 142 (85.5%), plantean objetivos. Hipótesis solamente las plantean 23 trabajos (13.9%). Únicamente un trabajo no especifica los objetivos o hipótesis que plantea la evaluación realizada. Por último, el número medio aproximado de objetivos/hipótesis por trabajo es aproximadamente 2, siendo el mínimo 1 y el máximo 8.

5. Finalidad de la evaluación

Dentro de la variable “finalidad de la evaluación” elegimos las categorías siguientes: “verificar” para aquellas evaluaciones que pretenden comprobar si se cumplen los objetivos o hipótesis de partida. “Comprender” para aquellas evaluaciones que pretenden conocer con cierta profundidad el programa o C.T. evaluada. “Transformar” para aquellos trabajos que pretenden influir sobre la realidad donde tienen lugar. “Economicista” para aquellos trabajos que tienen en cuenta los factores económicos como prioridad. Y “otros” donde se incluyen otras alternativas. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 12, son los siguientes:

Tabla 12. Finalidad de la evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Verificar	156	94,0	94,0
	Económica	5	3,0	97,0
	Transformar	3	1,8	98,8
	Comprender	2	1,2	100,0
	Total	166	100,0	

El 94% de los trabajos va dirigido a verificar bien hipótesis o bien si se cumplen los objetivos planteados por el programa o la C.T. El resto de categorías abarcan un 6% del total entre todas. Solamente 2 trabajos están en la categoría “comprender”, 3 en “transformar” y 5 en “económica”. En la categoría “otros” no hay registros ya que todos los documentos estaban incluidos en las anteriores.

6. Criterios de valoración para emitir juicios de valor

Al final del proceso de evaluación se deben realizar los correspondientes juicios de valor fundamentándose en los resultados obtenidos y conforme a unos criterios determinados. Estos pueden ser de: eficacia, eficiencia, efectividad, profesionales y calidad total, que coinciden con las categorías de esta variable. Además añadimos la categoría “otros” para posibles alternativas. Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 13, son los siguientes:

Tabla 13. Criterios de valoración para juicios de valor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Eficacia	156	94,0	94,0
	Eficiencia	5	3,0	97,0
	De calidad total	2	1,2	98,2
	Efectividad	1	,6	98,8
	De profesionales	1	,6	99,4
	Otros	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

Casi todos los trabajos se encuentran en la categoría “eficacia” (94%). La categoría “otros” está formada por un trabajo que combina los criterios de eficacia y de profesionales. Registramos 2 trabajos en la categoría de “profesionales”, otro en la de “efectividad” y 5 en la de “eficiencia”.

7. Diseño

La variable “diseño” está categorizada en “explícito”, “implícito” y “no se especifica”. Aquellos trabajos que expresan su diseño en el documento serán los “explícitos”. Los

que sólo hablan de aspectos del mismo pero no lo recogen expresamente, serán los “implícitos”. Y, por último, los trabajos que ni siquiera mencionan el diseño se incluirán en “no se especifica”. Los resultados obtenidos, como puede comprobarse en la tabla 14, son los siguientes:

Tabla 14. Diseño de evaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Explícito	151	91,0	91,0
	Implícito	10	6,0	97,0
	No se especifica	5	3,0	100,0
	Total	166	100,0	

El diseño es contemplado explícitamente por 151 trabajos, lo que corresponde con el 91% de total. Un 6% de los trabajos comentan aspectos referentes al diseño pero no explícitamente sino que lo mencionan al hablar del tamaño de la muestra, instrumentos de recogida de información etc. Por último, encontramos solamente 5 trabajos (3%) que no especifican el diseño.

8. Grado de planificación del diseño

El diseño, de acuerdo con esta variable, se puede clasificar en “preordenado”, aquellos que están planificados “a priori” antes de que se lleve a cabo cualquier proceso de evaluación. Y “emergentes” aquellos que van “surgiendo” a la vez que el proceso de evaluación, por lo que no están prefijados de antemano y suelen adquirir su forma definitiva al final de todo del proceso de evaluación. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 15, son los siguientes:

Tabla 15. Grado de planificación del diseño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Preordenado	162	97,6	97,6
	No se especifica	3	1,8	99,4
	Emergente	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

La mayoría de los trabajos tienen diseños preordenados (97.6%), concretamente 162, dejando para la categoría de emergente un solo trabajo. Registramos 3 trabajos (1.8%) que no especifican el grado de planificación que tienen. Tenemos, por tanto, que entre la categoría de “emergente” y “no se especifica” comprenden solamente un 2.4% del total de trabajos analizados.

9. Metodología del diseño

Las categorías para esta variable son: “observacional”, comprende aquel diseño flexible, con instrumentos contruidos *ad hoc* y aplicados a estudios realizados en contextos naturales sin posibilidad de manipular la variable intervención ni establecer grupo de control. “Selectivo”, parecido al anterior pero se puede utilizar algún instrumento estandarizado y seleccionar algunos sujetos para establecer algún tipo de comparación. “Cuasiexperimental”, los diseños que tienen grupo de control pero que no llegan a cumplir los requisitos de aleatoriedad y equivalencia, además suelen utilizar instrumentos estandarizados a los que se les comprobó su validez y fiabilidad. Y “experimental”, aquel diseño con grupo de control equivalente y aleatorio aplicado con todos los requisitos de la metodología experimental. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 16, son los siguientes:

Tabla 16. Metodología del diseño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Cuasiexperimental	156	94,0	94,0
	Experimental	6	3,6	97,6
	Selectivo	2	1,2	98,8
	Observacional	1	,6	99,4
	No se especifica	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

La metodología empleada en estos trabajos suele ser la cuasiexperimental (94%). El resto de categorías comprenden el 6%, se reparten entre los 6 trabajos (3.6%), con diseño experimental, un 1.2% para 2 trabajos con diseño selectivo y un 0.6% para un trabajo con diseño observacional. Además existe un solo trabajo que no especifica la metodología de diseño empleada.

10. Sistema de control comparativo

Las evaluaciones deben plantear un sistema de control para establecer comparaciones. Aquí se recogen las siguientes categorías: “control reflexivo”, para las mediciones sobre un mismo grupo. “Control a la sombra”, para las valoraciones de los propios implicados y no implicados (expertos, gestores, etc). “Control genérico”, normas sobre la población de referencia y “grupo control” cuando la evaluación establece un determinado número de sujetos que no recibe el programa. Los resultados obtenidos, como puede comprobarse en la tabla 17, son los siguientes:

Tabla 17. Sistema de control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Control reflexivo	111	66,9	66,9
	Grupo control	50	30,1	97,0
	Control a la sombra	5	3,0	100,0
	Total	166	100,0	

El sistema de control que más se utiliza es el control reflexivo (66.9%). El grupo de control también se utiliza bastante, 50 trabajos (30.1%), el control a la sombra solo comprende 5 trabajos (3%). Por último, la categoría “control genérico” queda vacía no registrándose trabajos con este sistema de control.

11. Variables

En cuanto a las variables tenemos las siguientes: “de clasificación, de información y de intervención”, categorizadas todas ellas como “no se especifican” y “sí se especifican”. Al igual que con las anteriores también se realizó un estudio de relaciones a través de una tabla de contingencia. Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 18, son los siguientes:

Tabla 18. Variables de clasificación, información e intervención

Variables de intervención				Variables de información	Total
				Sí	
No se especifican	Variables de clasificación	Sí		2	2
		No se especifican		1	1
Sí	Variables de clasificación	Sí		163	163
Total				166	166

Los trabajos que especifican los 3 tipos de variables son prácticamente la totalidad de los analizados (98.19%), sumando un total de 163. Los trabajos que no especifican las variables de intervención son 2, aunque sí especifican las de clasificación y las de intervención. Por último, registramos un solo trabajo que especifica las variables de intervención y las de información pero no las de clasificación. El total de registros suman 166, al no haber casos perdidos y ser todos los casos válidos.

El número medio de variables de clasificación de los estudios que las especifican es aproximadamente 7, el mínimo 1 y el máximo 15, para las de información es aproximadamente 4, el mínimo 1 y el máximo 25 y para las de intervención es aproximadamente 4, el mínimo 1 y el máximo 9.

12. Técnicas e Instrumentos de recogida de información

Las técnicas e instrumentos empleados en las evaluaciones para recoger información, como puede verse en la tabla 19, pueden ser cuantitativas, cualitativas o mixtas combinando las dos anteriores, por eso categorizamos así esta variable, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 19. Técnicas e instrumentos de recogida de información

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Cuantitativas	157	94,6	94,6
	Cualitativas-cuantitativas	4	2,4	97,0
	Cualitativas	3	1,8	98,8
	No se especifica	2	1,2	100,0
	Total	166	100,0	

Las técnicas e instrumentos utilizados son en su mayoría cuantitativas (94.6%), quedando solamente un 1.8% para las cualitativas y un 2.4% para las mixtas, lo que corresponde con 3 y 4 trabajos respectivamente. Por último, registramos 2 trabajos (1.2%) en el que no se especifica esta variable. Además el número medio aproximado de instrumentos de recogida de información por trabajo es 3, el mínimo 1 y el máximo 9.

12. Tipo de muestreo

Las evaluaciones deben de recoger la muestra de sujetos con los que van a trabajar, para ello realizan un muestreo que en este estudio, como se muestra en la tabla 20, tipificamos como: “no probabilístico”, aquel en el que los sujetos son seleccionados siguiendo determinados criterios de tal manera que la muestra sea lo mas representativa posible. “Probabilístico”, aquel en el que los sujetos tienen igual posibilidades de salir elegidos. “Polietápico”, es el que combina varios tipos de muestreo (ej.: Por cuotas con intencional). Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 20. Tipo de muestreo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No probabilístico	129	77,7	77,7
	Polietápico	24	14,5	92,2
	Probabilístico	13	7,8	100,0
	Total	166	100,0	

El muestreo más utilizado es el no probabilístico (77.7%). El muestreo probabilístico es utilizado en 13 trabajos (7.8%) y el polietápico en 24 trabajos (14.5%). La categoría

“no se especifica” queda vacía, puesto que todos los trabajos analizados especifican el tipo de muestreo utilizado.

13. Tamaño muestra

Esta variable la categorizamos como: “estudio de caso”, “pequeña”, “mediana” y “grande” dependiendo si la muestra evaluada es un solo caso, si tiene menos de 100 sujetos, si tiene entre 100 y 300 sujetos o si tiene mas de 300 sujetos. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 21, son los siguientes:

Tabla 21. Tamaño de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Grande	79	47,6	47,6
	Mediana	50	30,1	77,7
	Pequeña	32	19,3	97,0
	Estudio de caso	4	2,4	99,4
	No se especifica	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

Las muestras elegidas en estos trabajos son grandes, de más de 300 sujetos, en un 47.6% de los casos. La muestra mediana es la segunda mas utilizada con un 30.1%, la pequeña es utilizada en 32 trabajos (19.3%). El estudio de caso es utilizado en sólo 4 ocasiones (2.4%) y únicamente un trabajo no especifica el tamaño de la muestra.

14. Audiencias tenidas en cuenta

Las audiencias implicadas en la evaluación de un “programa y/o C.T.”, pueden ser diversas, normalmente son solamente los usuarios los que son tenidos en cuenta, pero también se puede contar con los familiares, terapeutas y voluntarios si los hay. En la categorización de esta variable hemos tenido en cuenta todas estas audiencias y una categoría de “otros” para posibles alternativas. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 22, son los siguientes:

Tabla 22. Audiencias implicadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Usuarios	151	91,0	91,0
	Usuarios, familias	6	3,6	94,6
	Otros	6	3,6	98,2
	Usuarios, terapeutas	3	1,8	100,0
	Total	166	100,0	

La categoría “usuarios” con un 91% de los casos es la más utilizada, seguida de la de “usuarios y familias” (3.6%) y de “usuarios y terapeutas” (1.8%). Por último, la categoría “otros” (3.6%) está formada por 6 trabajos: 3 tienen en cuenta a los terapeutas, 2 a los responsables del programa o C.T. y 1 a los responsables y terapeutas. Nos queda vacía la categoría de “usuarios, terapeutas, familias” y la de “usuarios, terapeutas, familias y voluntarios”, pues no hay ningún trabajo que contemple estas categorías.

15. Técnicas de análisis de datos

Las técnicas de análisis de datos utilizadas en evaluación de programas pueden ser cuantitativas o cualitativas o una combinación de ambas. Como puede verse en la tabla 23, hemos obtenido los siguientes resultados: el análisis de datos cuantitativo (97%) es el que mas se utiliza y el análisis de datos cualitativo a solas solo se utiliza en un caso (0.6%).

Tabla 23. Técnicas de análisis de datos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Cuantitativas	161	97,0	97,0
	No se especifica	3	1,8	98,8
	Cualitativas	1	,6	99,4
	Cuantitativas, cualitativas	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

Los trabajos que combinan análisis de datos cuantitativos y cualitativos se reducen a 1. Por último, hay 3 trabajos (1.8%) que no especifican que análisis de datos realizan. Además el número medio aproximado de estadísticos por trabajo es 3, el mínimo 1 y el máximo 6.

2.3.1.1.3 Variables referentes a los resultados y/o conclusiones obtenidas

Las variables contempladas en este apartado son las siguientes: conclusiones, puntos fuertes y débiles, recomendaciones y metaevaluación, tratan de recoger los aspectos incluidos en la última parte que deben de tener los informes de investigación referente a los resultados obtenidos y a las conclusiones a las que se ha llegado.

1. Conclusiones

Las evaluaciones deben de establecer unas conclusiones finales, fundamentándose en los resultados obtenidos, acerca del programa. Esta variable la hemos categorizado en: “no se contemplan”, “conclusiones referentes a comprobación de hipótesis” y “referentes a si se cumplen los objetivos”. Los resultados obtenidos, como se muestra en la tabla 24, son los siguientes:

Tabla 24. Conclusiones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Referentes a objetivos	144	86,7	86,7
	Comprobación de hipótesis	22	13,3	100,0
	Total	166	100,0	

Todos los documentos analizados contemplan algún tipo de conclusiones, la gran mayoría en relación a los objetivos propuestos inicialmente (86.7%). Solamente 22 trabajos (13.3%) tienen sus conclusiones dirigidas a la comprobación de hipótesis. Queda vacía la categoría de “no se contempla”.

2. Puntos fuertes y débiles

Al finalizar el proceso de evaluación, normalmente se deben establecer una serie de puntos débiles y fuertes para valorar el programa objeto de evaluación. Esta variable la hemos categorizado como: “no hay puntos fuertes y débiles” y “si los hay”. Los resultados obtenidos, como puede comprobarse en la tabla 25, son los siguientes:

Tabla 25. Puntos fuertes y débiles

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	165	99,4	99,4
	Sí	1	,6	100,0
	Total	166	100,0	

De todos los trabajos analizados solamente uno recoge puntos fuertes y débiles (0.6%). El resto de los 165 trabajos no contemplan un apartado de puntos fuertes y débiles, siendo por tanto un porcentaje del 99.4% del total.

3. Recomendaciones

Las evaluaciones deben de tener un apartado con recomendaciones para el programa evaluado con la finalidad de la mejora del mismo. Por eso esta variable la hemos categorizado como: “no existencia de recomendaciones” y “si existencia”. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 36, son los siguientes:

Tabla 26. Recomendaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	87	52,4	52,4
	Sí	79	47,6	100,0
	Total	166	100,0	

La mitad de los trabajos aproximadamente señalan recomendaciones para el programa evaluado, concretamente 79 trabajos (47.6%), por 87 trabajos (52.4%) que no las señalan.

4. Metaevaluación

La variable “metaevaluación” recoge si los trabajos de evaluación analizados contemplan algún proceso de buenas prácticas o metaevaluación para conocer si se realizaron con la suficiente rigurosidad científica. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 27, son los siguientes:

Tabla 27. Metaevaluación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	166	100,0	100,0

Ninguno de los trabajos analizados contempla algún apartado referente a buenas prácticas o metaevaluación para su propia evaluación, por lo que la totalidad de los trabajos se incluyen en la categoría de “no se contempla”.

2.3.1.2 Descripción detallada mediante el cruce de variables

En este trabajo creemos oportuno realizar este tipo de estudio para buscar relaciones entre diferentes variables con la finalidad de aclarar lo máximo posible el patrón o línea de actuación de los estudios analizados. Para ello, decidimos mediante tablas de contingencia ver la relación de las variables según el tipo de evaluación y la metodología utilizada en el diseño.

La elección del “tipo de evaluación” para realizar los cruces con el resto de variables y exponer los resultados mas representativos atiende a la importancia de conocer como se relaciona cada variable dependiendo de si la evaluación es ex-post/ex-ante, interna-externa y formativa-sumativa.

Además de esto también nos interesaba conocer la metodología empleada, que en este estudio se recoge como: experimental, cuasiexperimental, selectivo y observacional. Por eso realizamos los cruces de esta variable “metodología del diseño” con el resto y al igual que la anterior, elegimos aquellos resultados mas relevantes. Así tendremos información tanto del tipo de evaluación como de la metodología empleada por los trabajos objeto de estudio.

Las inferencias relacionales significativas para el coeficiente Chi-cuadrado¹⁷ que en un primer momento se pretendió, no se pudieron realizar. La distribución de la frecuencia de la mayoría de las variables, de tal manera que alguna de las categorías queda sin cubrir, hace que el análisis relacional se quede sin sustento matemático.

Lo dicho anteriormente no impide que realicemos un estudio de las variables mediante tablas de contingencia, que si bien no será relacional sí será descriptivo e igualmente significativo. A través del análisis descriptivo podemos obtener datos relevantes que nos faciliten la posterior realización de un diseño de evaluación, con el fin de evaluar un centro concreto para la rehabilitación de toxicómanos.

2.3.1.2.1 Estudio según el tipo de evaluación

En este trabajo hemos clasificado las evaluaciones en: ex-ante y ex-post, según se pongan en marcha antes de implementar el programa o después. Si la evaluación la realizó un equipo externo al programa o miembros del programa, en externa e interna. También si va dirigida a hacer reflexionar a los implicados durante el proceso de evaluación (formativa), o si se realiza para obtener datos fiables para tomar decisiones sobre el programa evaluado (sumativa).

A continuación relacionamos el tipo de evaluación con el resto de variables y seleccionaremos aquellas que aporten información relevante para un posterior diseño de evaluación, como ya señalamos anteriormente. Según el tipo de evaluación ex-ante, ex-post, tenemos los siguientes resultados:

Criterios de valoración para realizar los juicios de valor.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede verse en la tabla 28, los resultados son los siguientes:

¹⁷ El coeficiente Chi-cuadrado se utiliza cuando las variables del estudio son nominales

Tabla 28. Tipo evaluación. ex-ante, ex-post. y criterios de valoración

Tabla de contingencia									
			Criterios de valoración para juicios de valor					Total	
			Eficacia	Eficiencia	Efectividad	De profesionales	Calidad total		Otros
Tipo eva. ex-ante, ex-post	Ex-ante	Recuento			1			1	
		% de Criterios de valoración para juicios de valor			100,0%			,6%	
	Ex-post	Recuento	156	5		1	2	1	165
		% de Criterios de valoración para juicios de valor	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	99,4%
Total	Recuento		156	5	1	1	2	1	166
	% del total		94,0%	3,0%	,6%	,6%	1,2%	,6%	100,0%

Cabe destacar que 156 trabajos utilizan la evaluación ex-post y eligen para realizar los juicios de valor el criterio de eficacia. Registramos dos trabajos que utilizan el criterio de “calidad total”, uno el de “profesionales” y uno que combina criterios de eficacia y de profesionales recogido en la categoría “otros”, entre todos comprenden el 2.4% del total. Por último, registramos un trabajo con el tipo de evaluación ex-ante que utiliza el criterio de efectividad.

Tipo de muestreo.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede comprobarse en la tabla 29, se observa que la mayoría de los trabajos (77.7%) utilizan el muestreo “no probabilístico” y el tipo de evaluación ex-post. Dentro de este tipo de evaluación también registramos otro tipo de muestreos como el “probabilístico” (7.2%) y el polietápico (14.5%). Por último, el tipo de evaluación ex-ante sólo aparece en una ocasión con un muestreo probabilístico.

Tabla 29. Tipo evaluación ex-ante, ex-post. y tipo de muestreo

Tabla de contingencia						
			Tipo de muestreo			Total
			No probabilístico	Probabilístico	Polietápico	
Tipo eva. ex-ante, ex-post	Ex-ante	Recuento		1		1
		% de Tipo de muestreo		7,7%		,6%
	Ex-post	Recuento	129	12	24	165
		% de Tipo de muestreo	100,0%	92,3%	100,0%	99,4%
Total	Recuento		129	13	24	166
	% del total		77,7%	7,8%	14,5%	100,0%

Esto nos indica la gran dificultad para utilizar procesos probabilísticos con esta población puesto que la mortalidad experimental y la movilidad de los sujetos son especialmente altas. La posibilidad, por tanto, de realizar un proceso de selección probabilístico representativo queda expuesto a la futuros cambios en la muestra inicial elegida.

Otro tipo de evaluación estudiada es la interna-externa, los resultados obtenidos son los siguientes:

Técnicas e instrumentos de análisis de datos.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede verse en la tabla 30, se destaca que la mayoría de los trabajos (77.1%) se encuentran incluidos en las evaluaciones externas con técnicas de análisis de datos cuantitativas, excepto un trabajo que las usa cualitativas y cuantitativas.

Tabla 30. Tipo evaluación interna, externa. y técnicas de análisis de datos

Tabla de contingencia								
			Técnicas de análisis de datos				Total	
			Cuantitativas	Cualitativas	Cuantitativas, Cualitativas	No se específica		
Tipo eva. interna, externa	Interna	Recuento	6	1			7	
		% de Técnicas de análisis de datos	3,7%	100,0%			4,2%	
	Externa	Recuento	128		1	2	131	
		% de Técnicas de análisis de datos	79,5%		100,0%	66,7%	78,9%	
	Mixta	Recuento	26			1	27	
		% de Técnicas de análisis de datos	16,1%			33,3%	16,3%	
	No se específica	Recuento	1				1	
		% de Técnicas de análisis de datos	,6%				,6%	
	Total		Recuento	161	1	1	3	166
			% del total	97,0%	,6%	,6%	1,8%	100,0%

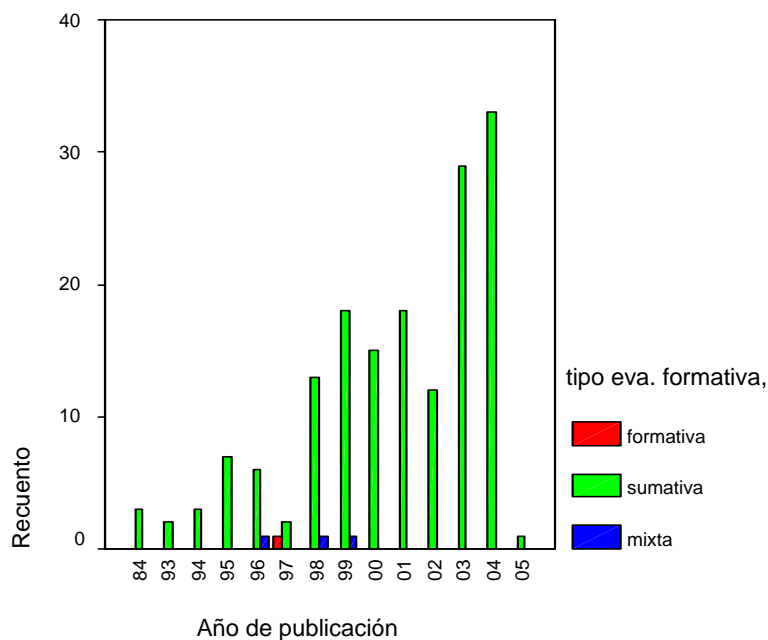
Las evaluaciones internas (3.6%) utilizan las técnicas cuantitativas y un solo trabajo las cualitativas. Y las evaluaciones mixtas (interna-externa, 15.7%) utilizan técnicas cuantitativas excepto un trabajo que no las específica.

El último tipo de evaluación estudiada es la formativa-sumativa, los resultados obtenidos son los siguientes:

Año de publicación.-

Debido a la categorización de esta variable utilizaremos el gráfico 1, puesto que facilita la lectura e interpretación de la misma. Al realizar el cruce de las variables se observa que a partir del año 1998 se produce un aumento de las evaluaciones sumativas, quedando las formativas y las mixtas como excepciones. A partir del año 1999 sólo registramos evaluaciones sumativas que en total comprenden 162 trabajos (97.3%). Registramos 3 evaluaciones formativas-sumativas y una sola formativa.

Gráfico 1. Año de publicación y tipo de evaluación



Estos resultados están en consonancia con el resto de variables que implican una concepción de evaluación desde el paradigma cuantitativo, con muestras de sujetos generalmente grandes y en donde lo que se busca fundamentalmente es obtener datos objetivos finales para la posterior toma de decisiones sobre el programa. Se deja de lado el proceso de reflexión conjunta que se puede dar en toda evaluación donde intervengan un conjunto de personas con uso de razón.

Tipo de documento.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede verse en la tabla 31, se observa que casi todos los trabajos son evaluaciones sumativas publicadas como artículo de revista (94%). Registramos 4 tesis, una formativa, 2 sumativas y una mixta (sumativa-formativa). Además también registramos 4 evaluaciones sumativas publicadas como informe de investigación.

Las tesis publicadas hasta este momento en España son pocas, ya que el escaso desarrollo de la evaluación de programas, la carga de trabajo que supone realizar una tesis y la elevada dificultad de acceso a estos centros hace que sea una empresa difícil. Con los informes de investigación ocurre lo mismo, pues el trabajo es arduo y la recompensa puede no ser la esperada. Los artículos de revista quedan, por tanto, como la mejor opción para publicar con el menor coste posible.

Tabla 31. Tipo evaluación formativa, sumativa y tipo de documento

Tabla de contingencia							
			Tipo de documento			Total	
			Tesis	Artículo de revista	Informe de investigación		
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento	1			1	
		% de Tipo de documento	25,0%			,6%	
	Sumativa	Recuento	2	156	4	162	
		% de Tipo de documento	50,0%	98,7%	100,0%	97,6%	
	Mixta	Recuento	1	2		3	
		% de Tipo de documento	25,0%	1,3%		1,8%	
	Total		Recuento	4	158	4	166
			% del total	2,4%	95,2%	2,4%	100,0%

Finalidad de la evaluación.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede verse en la tabla 32, se observa que casi todos los trabajos son evaluaciones sumativas dirigidas a verificar (94%), un caso a comprender y 5 económicas. Registramos una sola evaluación formativa dirigida a transformar y 3 mixtas (formativa-sumativa), 2 dirigidas a comprender y una a transformar.

Las evaluaciones aquí estudiadas van generalmente dirigidas a verificar, tanto si se cumplen los objetivos propuestos por el programa, como si se verifica las hipótesis de partida de la evaluación que hacen referencia a si cumplen los objetivos propuestos por el programa. Las evaluaciones dirigidas a comprender y transformar debido a la carga de trabajo que suponen sobre todo teniendo muestras tan grandes como estos estudios son evitadas. Las económicas también son escasas ya que la mayoría de los programas son reticentes a que se realicen estudios sobre la utilización de recursos.

Tabla 32. Tipo evaluación formativa, sumativa. Finalidad de la evaluación

Tabla de contingencia							
			Finalidad de la evaluación				Total
			Verificar	Comprender	Transformar	Económica	
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento			1		1
		% de Finalidad de la evaluación			33,3%		,6%
	Sumativa	Recuento	156	1		5	162
		% de Finalidad de la evaluación	100,0%	50,0%		100,0%	97,6%
	Mixta	Recuento		1	2		3
		% de Finalidad de la evaluación		50,0%	66,7%		1,8%
Total		Recuento	156	2	3	5	166
		% del total	94,0%	1,2%	1,8%	3,0%	100,0%

Grado de planificación del diseño.-

Al realizar el cruce de las variables, como se muestra en la tabla 33, se puede apreciar que la mayoría de los trabajos son sumativos y preordenados (95.8%). Registramos una sola evaluación emergente y formativa, también 3 evaluaciones preordenadas y formativas-sumativas.

Tabla 33. Tipo evaluación formativa, sumativa y grado de planificación del diseño

Tabla de contingencia						
			Grado de planificación del diseño			Total
			Preordenado	Emergente	No se especifica	
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento		1		1
		% de Grado de planificación del diseño		100,0%		,6%
	Sumativa	Recuento	159		3	162
		% de Grado de planificación del diseño	98,1%		100,0%	97,6%
	Mixta	Recuento	3			3
		% de Grado de planificación del diseño	1,9%			1,8%
Total		Recuento	162	1	3	166
		% del total	97,6%	,6%	1,8%	100,0%

En cuanto al grado de planificación del diseño casi todos los trabajos son preordenados. Esto es normal ya que en el paradigma cuantitativo este tipo de planificación es el más utilizado. Además, para pedir subvenciones y poder evaluar es mucho más fácil que las

concedan a un diseño preordenado “a priori” que a otro que no tenga muy claras las líneas de actuación a seguir.

Sistema de control.-

Al realizar el cruce de las variables se aprecia, como puede comprobarse en la tabla 34, que más de la mitad de las evaluaciones son sumativas y el sistema de control que utilizan es el reflexivo (65.7%), es decir, las mediciones sobre el mismo grupo y el grupo control (29.5 %). Registramos un solo caso de evaluación formativa con control a la sombra (valoración de los propios implicados) y tres mixtas (formativas-sumativas) 2 con control reflexivo y una con grupo control.

Tabla 34. Tipo evaluación formativa, sumativa y sistema de control

Tabla de contingencia						
			Sistema de control			Total
			Control reflexivo	Control a la sombra	Grupo control	
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento		1		1
		% de Sistema de control		20,0%		,6%
	Sumativa	Recuento	109	4	49	162
		% de Sistema de control	98,2%	80,0%	98,0%	97,6%
	Mixta	Recuento	2		1	3
		% de Sistema de control	1,8%		2,0%	1,8%
	Total	Recuento	111	5	50	166
		% del total	66,9%	3,0%	30,1%	100,0%

El control reflexivo es el mas fácil de utilizar en programas de este tipo al comparar resultados de mediciones iniciales y finales del grupo de tratamiento. El establecer un grupo de control con esta población es difícil, pues como ya señalamos la movilidad y la mortalidad experimental son grandes. La valoración de los propios implicados (control a la sombra) se considera menos objetivo que los otros dos.

Técnicas e instrumentos de recogida de información.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede verse en la tabla 35, hay 156 evaluaciones sumativas que utilizan técnicas e instrumentos de recogida de información cuantitativas que corresponde con un 94% del total, 3 utilizan cualitativas, una cualitativas-cuantitativas y 2 no especifican que técnicas e instrumentos utilizan.

Tabla 35. Tipo evaluación formativa, sumativa y técnicas e instrumentos de recogida de información

Tabla de contingencia								
			Técnicas e instrumentos de recogida de información				Total	
			Cuantitativas	Cualitativas	Cualitativas-cuantitativas	No se especifica		
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento			1		1	
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información			25,0%		,6%	
	Sumativa	Recuento	156	3	1	2	162	
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	99,4%	100,0%	25,0%	100,0%	97,6%	
	Mixta	Recuento	1		2		3	
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	,6%		50,0%		1,8%	
	Total		Recuento	157	3	4	2	166
			% del total	94,6%	1,8%	2,4%	1,2%	100,0%

Registramos una evaluación formativa con técnicas e instrumentos cualitativos-cuantitativos y 3 evaluaciones formativas-sumativas de las cuales una utiliza técnicas e instrumentos cuantitativas y 2 cualitativas-cuantitativas.

Esta variable también está en consonancia con la metodología cuantitativa seguida por la mayoría de los trabajos analizados, por eso se utilizan instrumentos estructurados *ad-hoc* o estandarizados.

Tamaño muestra.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede apreciarse en la tabla 36, se observa que las evaluaciones de tipo sumativo comprenden un 97.6%, dentro de éstas, el tamaño de la muestra que más se utiliza es el grande (47.6%), más de 300 sujetos, seguido del mediano (29.5%), entre 100 y 300 sujetos. El pequeño, menos de 100 sujetos es utilizado un 18.7%, además también registramos dos “estudio de caso” (1.2%).

En las evaluaciones de tipo formativo sólo tenemos un trabajo de “estudio de caso”. Por último, en la evaluación de tipo formativa-sumativa tenemos 3 trabajos: un “estudio de caso”, uno con una muestra pequeña y otro con una mediana, registramos un solo trabajo que no especifica el tamaño de la muestra empleada.

Tabla 36. Tipo evaluación formativa, sumativa y tamaño de la muestra

		Tabla de contingencia						Total
		Tamaño de la muestra					Total	
		Estudio de caso	Pequeña	Mediana	Grande	No se especifica		
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento	1					1
		% de Tamaño de la muestra	25,0%					,6%
	Sumativa	Recuento	2	31	49	79	1	162
		% de Tamaño de la muestra	50,0%	96,9%	98,0%	100,0%	100,0%	97,6%
	Mixta	Recuento	1	1	1			3
		% de Tamaño de la muestra	25,0%	3,1%	2,0%			1,8%
Total		Recuento	4	32	50	79	1	166
		% del total	2,4%	19,3%	30,1%	47,6%	,6%	100,0%

Audiencias implicadas.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede observarse en la tabla 37, la audiencia que más se tiene en cuenta es la de los usuarios con un tipo de evaluación sumativa (90.4%). Registramos otros trabajos puntuales que tienen en cuenta otro tipo de audiencias como las 2 evaluaciones sumativas que tienen los usuarios y terapeutas de audiencias, o las 5 evaluaciones que utilizan los usuarios y las familias. Por último, registramos 5 evaluaciones sumativas en la categoría de “otros” que utilizan audiencias de gestores y terapeutas, solo terapeutas y solo gestores.

Tabla 37. Tipo evaluación formativa, sumativa y audiencias implicadas

		Tabla de contingencia				Total	
		Audiencias implicadas					
		Usuarios	Usuarios, terapeutas	Usuarios, familias	Otros		
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento				1	1
		% de Audiencias implicadas				16,7%	,6%
	Sumativa	Recuento	150	2	5	5	162
		% de Audiencias implicadas	99,3%	66,7%	83,3%	83,3%	97,6%
	Mixta	Recuento	1	1	1		3
		% de Audiencias implicadas	,7%	33,3%	16,7%		1,8%
Total		Recuento	151	3	6	6	166
		% del total	91,0%	1,8%	3,6%	3,6%	100,0%

Las evaluaciones buscan medir y conocer las características personales de los usuarios de los programas, como principales destinatarios de los mismos. Al elegir muestras grandes para el estudio, como ya señalamos, y ser el tiempo y los recursos limitados es

difícil tener en cuenta otras audiencias, aunque sean importantes, como por ejemplo las familias y los terapeutas.

Técnicas de análisis de datos.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede verse en la tabla 38, el tipo de evaluación sumativa con técnicas de análisis cuantitativas es lo más utilizado (95.8%), dejando como casos excepcionales una evaluación sumativa que utiliza técnicas cualitativas y otra mixta (cualitativa/cuantitativa). Además registramos 2 evaluaciones de tipo formativa-sumativa que también utilizan técnicas cuantitativas. Por último registramos 2 trabajos que no especifican las técnicas de análisis que utilizan.

Tabla 38. Tipo evaluación formativa, sumativa y técnicas de análisis de datos

Tabla de contingencia							
		Técnicas de análisis de datos				Total	
		Cuantitativas	Cualitativas	Cuantitativas, cualitativas	No se especifica		
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento				1	1
		% de Técnicas de análisis de datos				33,3%	,6%
	Sumativa	Recuento	159	1	1	1	162
		% de Técnicas de análisis de datos	98,8%	100,0%	100,0%	33,3%	97,6%
	Mixta	Recuento	2			1	3
		% de Técnicas de análisis de datos	1,2%			33,3%	1,8%
Total		Recuento	161	1	1	3	166
		% del total	97,0%	,6%	,6%	1,8%	100,0%

Las técnicas de análisis de datos deben de estar en consonancia con los instrumentos de recogida de información, por eso se utilizan cuantitativas al igual que los instrumentos de recogida de información. Por otro lado, las técnicas cuantitativas son las más pertinentes cuando se utilizan muestras de sujetos grandes (más de 300 sujetos).

Puntos fuertes y débiles.-

Al realizar el cruce de las variables, como puede comprobarse en la tabla 39, sólo registramos una evaluación de tipo formativa y sumativa que especifique explícitamente puntos fuertes y débiles. El resto de trabajos analizados en este estudio concluyen el informe con la descripción y/o interpretación de los resultados obtenidos, por lo que se genera un vacío de contenido en el apartado de puntos fuertes y débiles, el cual es de gran importancia para iniciar estudio posteriores. Como por ejemplo, un plan de mejora

sobre el programa evaluado o el diseño de estrategias metodológicas que mejoren los puntos débiles del mismo.

Tabla 39. Tipo evaluación formativa, sumativa y puntos fuertes y débiles

Tabla de contingencia					
			Puntos fuertes y débiles		Total
			No	Si	
Tipo eva. formativa, sumativa	Formativa	Recuento	1		1
		% de Puntos fuertes y débiles	,6%		,6%
	Sumativa	Recuento	162		162
		% de Puntos fuertes y débiles	98,2%		97,6%
	Mixta	Recuento	2	1	3
		% de Puntos fuertes y débiles	1,2%	100,0%	1,8%
Total		Recuento	165	1	166
		% del total	99,4%	,6%	100,0%

2.3.1.2.2 Estudio según el tipo de metodología

La variable metodología está categorizada como: experimental, cuasiexperimental, selectiva, observacional y no se especifica. Estas categorías ya están definidas en el apartado “variables referentes a la estructura interna del documento”, por lo que no las repetiremos aquí. Esta variable se cruza con el resto y de todos los cruces elegimos aquellos que aporten datos más relevantes para elaborar un diseño de evaluación y aplicarlo a un centro concreto. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tipo de documento.-

La mayoría de los trabajos, como puede verse en la tabla 40, están publicados como artículo de revista y la metodología empleada es la cuasiexperimental (89.8%). Registramos 6 trabajos experimentales publicados como artículo de revista (3.6%), 4 tesis doctorales y 3 informes de investigación con metodología cuasiexperimental (4.2%), un artículo de revista con metodología observacional y un informe de investigación que no especifica la metodología empleada.

Los resultados obtenidos están en consonancia con la línea cuantitativa que siguen la mayoría de los trabajos analizados, utilizando en su mayoría la metodología cuasiexperimental, para tratar de realizar inferencias que relacionen acciones del programa con los resultados obtenidos.

Tabla 40. Metodología del diseño y tipo de documento

Tabla de contingencia							
			Tipo de documento			Total	
			Tesis	Artículo de revista	Informe de investigación		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento		1		1	
		% de Tipo de documento		,6%		,6%	
	Selectivo	Recuento		2		2	
		% de Tipo de documento		1,3%		1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	4	149	3	156	
		% de Tipo de documento	100,0%	94,3%	75,0%	94,0%	
	Experimental	Recuento		6		6	
		% de Tipo de documento		3,8%		3,6%	
	No se especifica	Recuento			1	1	
		% de Tipo de documento			25,0%	,6%	
	Total		Recuento	4	158	4	166
			% del total	2,4%	95,2%	2,4%	100,0%

Modelo/Teoría.-

Como puede verse en la tabla 41, registramos 145 trabajos (87.5%) que contemplan el modelo o teoría del que parten, de un modo implícito, de estos el 95.9% son cuasiexperimentales, el 2.4% experimentales y el 1.2% selectivos.

Tabla 41. Metodología del diseño y Modelo/Teoría

Tabla de contingencia							
			Modelo/Teoría			Total	
			Implícita	Explícita	No se especifica		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento			1	1	
		% de Modelo/Teoría			9,1%	,6%	
	Selectivo	Recuento	2			2	
		% de Modelo/Teoría	1,4%			1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	139	8	9	156	
		% de Modelo/Teoría	95,9%	80,0%	81,8%	94,0%	
	Experimental	Recuento	4	2		6	
		% de Modelo/Teoría	2,8%	20,0%		3,6%	
	No se especifica	Recuento			1	1	
		% de Modelo/Teoría			9,1%	,6%	
	Total		Recuento	145	10	11	166
			% del total	87,3%	6,0%	6,6%	100,0%

Sólo registramos 8 trabajos cuasiexperimentales (4.8%) y 2 experimentales (1.2%) que recogen explícitamente el modelo/teoría del que parten. Por último, hay 11 trabajos (6.6%) que no especifican nada acerca del modelo/teoría del que parten. La mayoría de los trabajos no hablan del modelo/teoría sino que pasan a describir la metodología empleada por lo que consideramos que implícitamente están dando a entender que el modelo/teórico del que parten es el experimental buscando establecer relaciones de causa-efecto entre el programa y los resultados obtenidos.

Finalidad de la evaluación.-

La mayoría de los trabajos, como puede comprobarse en la tabla 42, se encuentran en la categoría “verificar” (94%), de estos uno es observacional (0.6%), otro selectivo (0.6%), 148 cuasiexperimentales (89.2%), 5 experimentales (3%) y uno que no especifica la metodología. Registramos 4 trabajos que se incluyen en la categoría de “económica” y “cuasiexperimental” (2.4%), 3 trabajos en “cuasiexperimental” y “transformar” (1.8%) y un trabajo en “cuasiexperimental” y “comprender”. También registramos un trabajo en la categoría de “selectivo” con la finalidad de comprender y otro experimental que no especifica la finalidad.

Tabla 42. Metodología del diseño y finalidad de la evaluación

Tabla de contingencia							
			Finalidad de la evaluación				Total
			Verificar	Comprender	Transformar	Económica	
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1				1
		% de Finalidad de la evaluación	,6%				,6%
	Selectivo	Recuento	1	1			2
		% de Finalidad de la evaluación	,6%	50,0%			1,2%
	Cuasiexperimental	Recuento	148	1	3	4	156
		% de Finalidad de la evaluación	94,9%	50,0%	100,0%	80,0%	94,0%
	Experimental	Recuento	5			1	6
		% de Finalidad de la evaluación	3,2%			20,0%	3,6%
	No se especifica	Recuento	1				1
		% de Finalidad de la evaluación	,6%				,6%
	Total	Recuento	156	2	3	5	166
		% del total	94,0%	1,2%	1,8%	3,0%	100,0%

Diseño de evaluación.-

La mayoría de los trabajos, como puede verse en la tabla 43, se agrupan en la categoría de “explícitos” (91%). Dentro de estos registramos 2 selectivos, 143 cuasiexperimentales y 6 experimentales. La categoría de “implícitos” (6%) comprende un estudio observacional y 9 cuasiexperimentales, quedando 5 trabajos que no especifican el tipo de diseño empleado.

Los resultados son coherentes con los del resto de las variables, ya que aunque los trabajos no explicitaban el tipo de modelo/teoría, la mayoría sí especificaban con detalle el tipo de diseño empleado. El diseño empleado, por casi todos los trabajos analizados, es el cuasiexperimental.

Tabla 43. Metodología del diseño y diseño de la evaluación

Tabla de contingencia							
			Diseño de evaluación			Total	
			Implícito	Explícito	No se especifica		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1			1	
		% de Diseño de evaluación	10,0%			,6%	
	Selectivo	Recuento		2		2	
		% de Diseño de evaluación		1,3%		1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	9	143	4	156	
		% de Diseño de evaluación	90,0%	94,7%	80,0%	94,0%	
	Experimental	Recuento		6		6	
		% de Diseño de evaluación		4,0%		3,6%	
	No se especifica	Recuento			1	1	
		% de Diseño de evaluación			20,0%	,6%	
	Total		Recuento	10	151	5	166
			% del total	6,0%	91,0%	3,0%	100,0%

Grado de planificación del diseño.-

Los trabajos preordenados registrados, como se comprueba en la tabla 44, son 162 (97.6%), de éstos, uno es observacional (0.6%), 2 selectivos (1.2%), 153 cuasiexperimentales (92.2%) y 6 experimentales (3.6%). También registramos un solo caso de diseño emergente con metodología cuasiexperimental y 3 trabajos que no especifican el grado de planificación empleado.

Los trabajos incluidos en la metodología cuasiexperimental, como la mayoría de los aquí analizados, deben de tener el diseño preordenado “a priori”, es decir, deben

concretar una serie de acciones para realizarlas en unos plazos fijados de antemano, aunque estos plazos puedan ser mas o menos flexibles.

Tabla 44. Metodología del diseño y grado de planificación del diseño

Tabla de contingencia							
			Grado de planificación del diseño			Total	
			Preordenado	Emergente	No se especifica		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1			1	
		% de Grado de planificación del diseño	,6%			,6%	
	Selectivo	Recuento	2			2	
		% de Grado de planificación del diseño	1,2%			1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	153	1	2	156	
		% de Grado de planificación del diseño	94,4%	100,0%	66,7%	94,0%	
	Experimental	Recuento	6			6	
		% de Grado de planificación del diseño	3,7%			3,6%	
	No se especifica	Recuento			1	1	
		% de Grado de planificación del diseño			33,3%	,6%	
	Total		Recuento	162	1	3	166
			% del total	97,6%	,6%	1,8%	100,0%

Sistema de control.-

La mayoría de los trabajos, como puede verse en la tabla 45, son cuasiexperimentales con 156 registros (94%), dentro de estos el sistema de control más utilizado es el control reflexivo (65.7%) seguido del grupo de control (26.5%). El único trabajo observacional que registramos utiliza un sistema de control reflexivo. De los 2 trabajos selectivos, 1 utiliza el control reflexivo, y otro el control a la sombra. Por último, los 6 trabajos experimentales utilizan el grupo de control, ya que es condición de la metodología experimental.

Tabla 45. Metodología del diseño y sistema de control

Tabla de contingencia						
			Sistema de control			Total
			Control reflexivo	Control a la sombra	Grupo control	
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1			1
		% de Sistema de control	,9%			,6%
	Selectivo	Recuento	1	1		2
		% de Sistema de control	,9%	20,0%		1,2%
	Cuasiexperimental	Recuento	109	3	44	156
		% de Sistema de control	98,2%	60,0%	88,0%	94,0%
	Experimental	Recuento			6	6
		% de Sistema de control			12,0%	3,6%
	No se especifica	Recuento		1		1
		% de Sistema de control		20,0%		,6%
Total		Recuento	111	5	50	166
		% del total	66,9%	3,0%	30,1%	100,0%

Técnicas e instrumentos de análisis de datos.-

Las técnicas e instrumentos de análisis de datos más empleadas, como puede comprobarse en la tabla 46, son las cuantitativas (94.6%) que se distribuyen en un trabajo observacional (0.6%), 1 selectivo, 149 cuasiexperimentales (89.8%) y 5 experimentales (3%). Registramos 3 trabajos que utilizan técnicas e instrumentos de recogida de información cualitativas, uno es selectivo y dos cuasiexperimentales. Por último, también registramos 4 trabajos que combinan técnicas e instrumentos cualitativos y cuantitativos, de los cuales, 3 son cuasiexperimentales y uno experimental.

Tabla 46. Metodología del diseño y técnicas e instrumentos de recogida de información

Tabla de contingencia								
		Técnicas e instrumentos de recogida de información				Total		
		Cuantitativas	Cualitativas	Cualitativas-cuantitativas	No se especifica			
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1			1		
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	,6%			,6%		
	Selectivo	Recuento	1	1		2		
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	,6%	33,3%		1,2%		
	Cuasiexperimental	Recuento	149	2	3	2	156	
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	94,9%	66,7%	75,0%	100,0%	94,0%	
	Experimental	Recuento	5		1		6	
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	3,2%		25,0%		3,6%	
	No se especifica	Recuento	1				1	
		% de Técnicas e instrumentos de recogida de información	,6%				,6%	
	Total		Recuento	157	3	4	2	166
			% del total	94,6%	1,8%	2,4%	1,2%	100,0%

Tipo de muestreo.-

El tipo de muestreo más utilizado, como se aprecia en la tabla 47, es el no probabilístico con una metodología cuasiexperimental (74.7%), seguido del polietápico (14.5%) y del probabilístico (4.8%). Registramos un trabajo observacional, 2 selectivos y 1 experimental con muestreo no probabilístico. Por último, registramos un solo trabajo que no especifica la metodología utilizada con muestreo no probabilístico.

Tabla 47. Metodología del diseño y tipo de muestreo

Tabla de contingencia							
			Tipo de muestreo			Total	
			No probabilístico	Probabilístico	Polietápico		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1			1	
		% de Tipo de muestreo	,8%			,6%	
	Selectivo	Recuento	2			2	
		% de Tipo de muestreo	1,6%			1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	124	8	24	156	
		% de Tipo de muestreo	96,1%	61,5%	100,0%	94,0%	
	Experimental	Recuento	1	5		6	
		% de Tipo de muestreo	,8%	38,5%		3,6%	
	No se especifica	Recuento	1			1	
		% de Tipo de muestreo	,8%			,6%	
	Total		Recuento	129	13	24	166
			% del total	77,7%	7,8%	14,5%	100,0%

Tamaño de la muestra.-

Como puede verse en la tabla 48, de los 156 trabajos cuasexperimentales que registramos (94%), sólo 3 son estudio de caso, 27 muestra pequeña (16.3%), 46 muestra mediana (27.7%) y 79 muestra grande (47.6%). También registramos un estudio observacional con muestra mediana, 2 selectivos con muestra pequeña y 6 experimentales, 3 con muestra pequeña y 3 con muestra mediana.

Tabla 48. Metodología del diseño y tamaño de la muestra

Tabla de contingencia								
			Tamaño de la muestra				Total	
			Estudio de caso	Pequeña	Mediana	Grande		No se especifica
Metodología del diseño	Observacional	Recuento			1			1
		% de Tamaño de la muestra			2,0%			,6%
	Selectivo	Recuento		2				2
		% de Tamaño de la muestra		6,3%				1,2%
	Cuasiexperimental	Recuento	3	27	46	79	1	156
		% de Tamaño de la muestra	75,0%	84,4%	92,0%	100,0%	100,0%	94,0%
	Experimental	Recuento		3	3			6
		% de Tamaño de la muestra		9,4%	6,0%			3,6%
	No se especifica	Recuento	1					1
		% de Tamaño de la muestra	25,0%					,6%
	Total	Recuento	4	32	50	79	1	166
		% del total	2,4%	19,3%	30,1%	47,6%	,6%	100,0%

Audiencias implicadas.-

La audiencia que más se tiene en cuenta, como puede comprobarse en la tabla 49, es la de los usuarios con una metodología cuasiexperimental en 143 trabajos (86.1%). Registramos 3 trabajos cuasiexperimentales que tienen en cuenta a los usuarios y terapeutas, y 5 trabajos que tienen en cuenta a usuarios y familias. El trabajo observacional, los 2 selectivos y los 5 experimentales sólo tienen en cuenta a los usuarios. Registramos excepciones en la categoría de “otros” que tienen en cuenta a los terapeutas y gestores, sólo a los gestores y/o responsables y sólo a los terapeutas.

Tabla 49. Metodología del diseño y audiencias implicadas

Tabla de contingencia								
			Audiencias implicadas				Total	
			Usuarios	Usuarios, terapeutas	Usuarios, familias	Otros		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1				1	
		% de Audiencias implicadas	,7%				,6%	
	Selectivo	Recuento	2				2	
		% de Audiencias implicadas	1,3%				1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	143	3	5	5	156	
		% de Audiencias implicadas	94,7%	100,0%	83,3%	83,3%	94,0%	
	Experimental	Recuento	5		1		6	
		% de Audiencias implicadas	3,3%		16,7%		3,6%	
	No se especifica	Recuento				1	1	
		% de Audiencias implicadas				16,7%	,6%	
	Total		Recuento	151	3	6	6	166
			% del total	91,0%	1,8%	3,6%	3,6%	100,0%

Técnicas de análisis de datos.-

Como puede verse en la tabla 50, los trabajos cuasiexperimentales con técnicas de análisis cuantitativas suman 153 trabajos (92.2%). Un trabajo observacional, 1 selectivo y 5 experimentales; también utilizan técnicas de análisis cuantitativas. Registramos un solo trabajo selectivo con técnicas cualitativas y un trabajo experimental que utiliza técnicas cualitativas y cuantitativas.

Tabla 50. Metodología del diseño y técnicas de análisis de datos

Tabla de contingencia								
			Técnicas de análisis de datos				Total	
			Cuantitativas	Cualitativas	Cuantitativas, cualitativas	No se especifica		
Metodología del diseño	Observacional	Recuento	1				1	
		% de Técnicas de análisis de datos	,6%				,6%	
	Selectivo	Recuento	1	1			2	
		% de Técnicas de análisis de datos	,6%	100,0%			1,2%	
	Cuasiexperimental	Recuento	153			3	156	
		% de Técnicas de análisis de datos	95,0%			100,0%	94,0%	
	Experimental	Recuento	5		1		6	
		% de Técnicas de análisis de datos	3,1%		100,0%		3,6%	
	No se especifica	Recuento	1				1	
		% de Técnicas de análisis de datos	,6%				,6%	
	Total		Recuento	161	1	1	3	166
			% del total	97,0%	,6%	,6%	1,8%	100,0%

2.3.1.3 Indicadores bibliométricos

Para realizar el análisis de resultados de los indicadores seguimos el mismo orden planteado en el diseño del estudio, así tenemos en primer lugar los indicadores de producción y en el siguiente apartado los indicadores de colaboración. La justificación teórica, del uso de este tipo de indicadores, la realizamos en el capítulo referente al “Marco teórico”.

2.3.1.3.1 Indicadores de producción

Este tipo de indicadores va dirigido a conocer la productividad de los autores, las revistas y las instituciones analizadas en este estudio. Para su desarrollo se utiliza principalmente el recuento, para conocer la frecuencia de aparición y los porcentajes sobre el total, de tal manera que podamos apreciar si se cumplen las leyes al uso (Lotka y Bradford).

1. Cómputo de publicaciones por años

Este indicador bibliométrico está recogido en el apartado 2.3.1.1.1 que especifica las variables referentes a datos propios del documento, para no repetirlo remitimos a la tabla 4, del citado apartado.

2. Autores según número de firmas en primer lugar

Este indicador recoge la producción de los autores según los artículos firmados en primer lugar. Los resultados aquí obtenidos deben de cumplir de manera aproximada la ley de Lotka, explicitada anteriormente. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 51, son los siguientes:

Tabla 51. Distribución de autores según número de firmas en primer lugar

FIR./AUTOR	AUTORES CON FIRMA	% AUT.	% ACUM.	Nº FIRMAS	%	% ACUM
8	1	0.71	0.71	8	4.81	4.81
4	1	0.71	1.42	4	2.40	7.21
3	1	0.71	2.13	3	1.80	9.01
2	12	8.51	10.19	24	14.46	23.47
1	127	90.07	100.00	127	76.50	100.00
TOTAL	142	100.00	100.00	166	100.00	100.00

La estimación de Lotka para la productividad de los autores debería estar de acuerdo con los valores representados en la tabla 52:

Tabla 52. Estimación según Lotka

Nº FIRMAS	AUTORES	ESTIMACIÓN LOTKA ($A_n=A_1/n^2$)
8	1	$A_n = 127/8^2 = \mathbf{1.98}$
4	1	$A_n = 127/4^2 = \mathbf{7.93}$
3	1	$A_n = 127/3^2 = \mathbf{14.11}$
2	12	$A_n = 127/2^2 = \mathbf{31.75}$
1	127	$A_n = 127/1^2 = \mathbf{127.00}$

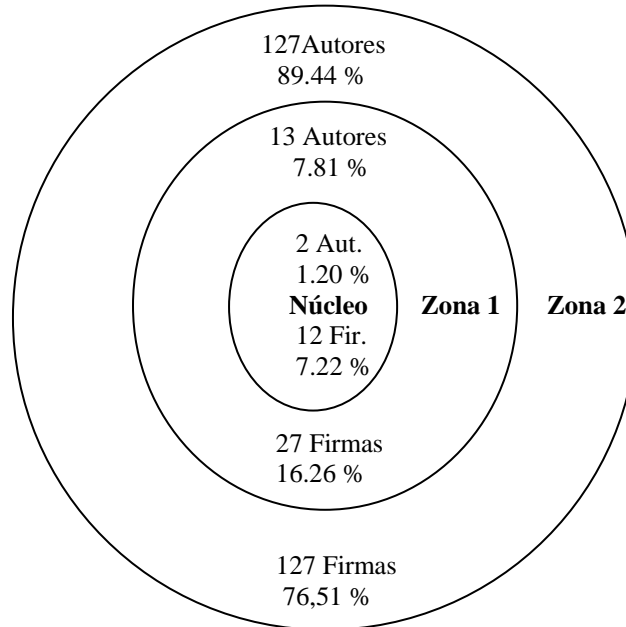
Como puede apreciarse en la tabla 62 este estudio no cumple exactamente la Ley de Lotka, pero si aproximadamente, ya que existe una tendencia que refleja una realidad de acuerdo con la ley. Hay unos pocos autores que son los que más publican y acaparan gran parte de los trabajos, concretamente 3 autores tienen 15 publicaciones. Sin embargo hay una gran cantidad de autores (127 en total), con una sola publicación.

3. Autores por zonas de productividad

Los autores se pueden agrupar por áreas de productividad (Ley de Bradford), como puede verse en el gráfico 2. Aunque esta ley, inicialmente, se formuló para las revistas científicas, investigadores como Lòpez (1996) la aplican también a los autores. Así, los autores se pueden agrupar en un núcleo donde se encuentran los que más publican y después en áreas sucesivas, de tal manera que para reunir igual número de firmas que los autores incluidos en el núcleo se necesitan el doble de autores en la siguiente área, según la relación $1/n/n^2$.

Gráfico 2. Autores por zonas de productividad

Núcleo mas de 4 firmas = 2 autores
Zona 1 2-3 firmas = 13 autores
Zona 2 1 firma = 127 autores



En este trabajo tenemos un núcleo de 2 autores que firman en 12 ocasiones (7.22%), en la zona 1 hay 13 autores que firman en 27 ocasiones (16.26%). Por último, en la zona 2 hay 127 autores que firman 127 veces (76.51%).

4. Autores más prolíficos según productividad fraccionada

La productividad fraccionada tiene en cuenta el lugar en el que firma el autor. El índice de productividad fraccionada sería: $I_p = 1 / \text{lugar en el que firma}$. Así, si un autor firma un trabajo en primer lugar el índice de productividad sería 1; si firma en segundo lugar sería 0.5; si firma en tercer lugar 0.33; en cuarto 0.25, y así sucesivamente. No obstante, hay autores (López, 1996; Maltrás, 2003) que defienden que es más apropiado aplicar a este resultado el logaritmo, como así lo hemos hecho. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Tabla 53. Producción fraccionada de los autores más prolíficos

	Artículos /	Lugar firma	PAR.	TOTAL	ÍNDICE PRODUC.
Gossop, M.	8	1ª firma	8	8	0.90
Hser, Y.	4	1ª firma	4	4.70	0.67
	1	2ª firma	0.5		
Stewart, D.	1	5ª firma	0.2	3.66	0.56
	4	2ª firma	2		
Marsden, J.	5	3ª firma	1.66	3.41	0.53
	2	2ª firma	2.5		
	1	3ª firma	0.66		
Hubbard, R.	3	4ª firma	0.25	3.33	0.52
	2	1ª firma	2		
	1	2ª firma	1		
Sterling, R.	1	3ª firma	0.33	3	0.48
	3	1ª firma	3		
Dwayne, D.	2	1ª firma	2	2.83	0.45
	1	2ª firma	0.5		
	1	3ª firma	0.33		
McLellan, A.	2	1ª firma	2	2.25	0.35
	1	4ª firma	0.25		
Battjes, R.	2	1ª firma	2	2	0.30
Fernández, J.R.	2	1ª firma	2	2	0.30
Guerra, G.	2	1ª firma	2	2	0.30
Joe, G.	2	1ª firma	2	2	0.30
Luchansky, B.	2	1ª firma	2	2	0.30
McKay, J.	2	1ª firma	2	2	0.30
Robles, E.	2	1ª firma	2	2	0.30
Siqueland, L.	2	1ª firma	2	2	0.30
TOTAL	63	104 Firmas	47.18	47.18	6.87

El autor más prolífico, como puede verse en la tabla 53, publicó 8 trabajos firmados en primer lugar; el segundo autor más prolífico combina 4 trabajos firmados en primer lugar, un trabajo firmado en segundo lugar y un trabajo firmado en quinto lugar. Los autores con un índice de productividad entre 0.56 y 0.35 combinan trabajos firmados en distinta posición. Por último, existen 8 autores con dos trabajos cada uno firmados en primer lugar, que corresponde a un índice de productividad de 0.30.

5. Productividad institucional

Este indicador especifica el número de publicaciones que aporta cada institución. En este trabajo hemos agrupado las instituciones por tipo de centro, así tenemos: centros universitarios, centros de la administración pública y centros específicos. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Las universidades, como puede verse en la tabla 54, son las principales productoras, con apariciones en 115 trabajos (46.94%). Los centros de investigación son los segundos productores con apariciones en 60 trabajos (24.49%); seguidos de los centros médicos con apariciones en 38 trabajos (15.51%). La administración pública regional consta de apariciones en 17 trabajos (6.94%); la estatal (solo USA) y nacional figuran con apariciones en 13 trabajos (5.30%) y, por último, la local con apariciones en 2 trabajos (0.81%).

Tabla 54. Productividad institucional

TIPO DE CENTRO	NOMBRE	F _p	F _t	% _p	% _t
UNIVERSIDAD	University of Pennsylvania	12		4.89	
	Johns Hopkins University	11		4.49	
	University of California	7		2.85	
	UCLA	6		2.45	
	Texas Christian University	5		2.04	
	University of Washinton	4		1.63	
	Yale University School of Medicine	4		1.63	
	University of South Wales Sydney	4		1.63	
	University of Texas	3	115	1.22	46.94
	University of Maryland	3		1.22	
	Medical University of South Carolina	3		1.22	
	Stanford State University of Detroit	3		1.22	
	Universidad Autónoma de Barcelona	2		0.81	
	Boston University School of Public Health	2		0.81	
	Wayne State University of Detroit	2		0.81	
	Mount Sinai School of Medicine	2		0.81	
	University of Colorado	2		0.81	
Thomas Jefferson University	2		0.81		
Universidades de una aparición	38		15.51		
ADMINISTRACIÓN	Regional	17		6.94	
	Estatal (solo U.S.A.)	9	32	3.67	13.05
	Nacional	4		1.63	
	Local	2		0.81	
CENTROS ESPECÍFICOS	Centros de investigación	60	98	24.49	40.00
	Centros Médicos	38		15.51	
TOTAL		245	245	100.00	100.00

6. Revistas por número de artículos

La productividad de las revista se puede medir registrando el número de artículos que publican de un determinado tema. En este trabajo, como puede comprobarse en la tabla 55, hemos recogido las revistas que contenían algún artículo referente al tema de estudio, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 55. Distribución de revistas por número de artículos

Art./Rev.	Rev. con art.	% Revistas	% Acu.	Nº Artículos	% Artículos	% Acu.
58	1	7.14	7.14	58	36.71	36.71
25	1	7.14	14.28	25	15.82	52.53
24	1	7.14	21.42	24	15.19	67.72
17	1	7.14	28.56	17	10.76	78.48
16	1	7.14	35.70	16	10.12	88.60
5	1	7.14	42.84	5	3.16	91.76
3	1	7.14	49.98	3	1.89	93.65
2	3	21.43	71.41	6	3.79	97.44
1	4	28.56	100.00	4	2.53	100.00
TOTAL	14	100.00	100.00	158	100.00	100.00

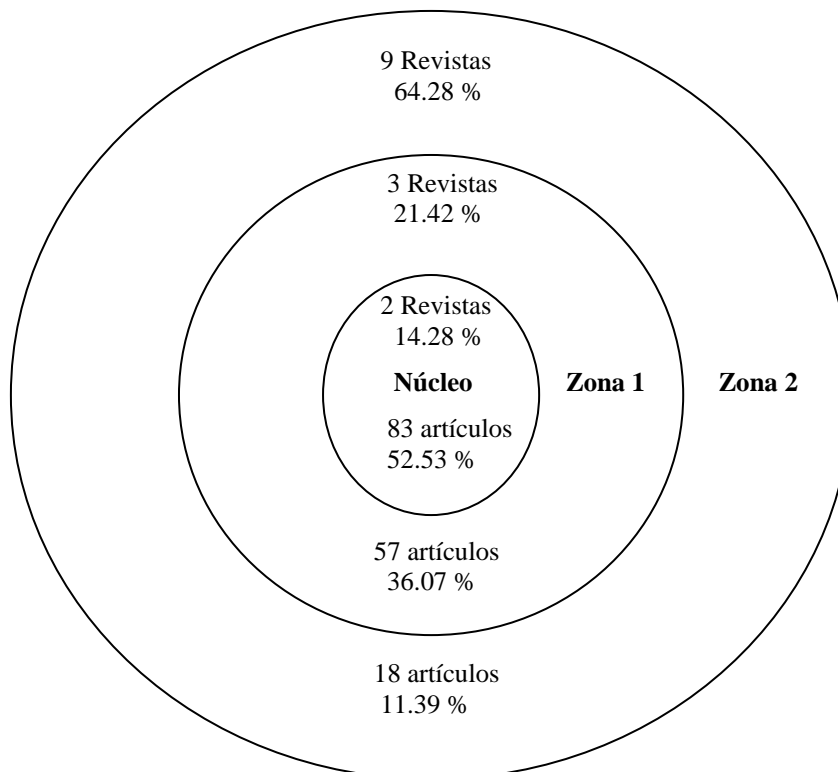
La revista mas productiva, tiene 58 artículos publicados, lo que corresponde con un 36,71% del total, seguida de ésta existen 6 revistas con 25, 24, 17, 16, 5 y 3 artículos, que corresponden con un 15.82%, 15.19%, 10.76%, 10.12%, 3.16% y 1.89%, respectivamente. Además hay 3 revistas que publican 2 artículos que corresponde con un 3.79%. Por último, hay 4 revistas que publican un artículo cada una, que corresponde con un 2.53% del total.

7. Revistas por zonas de productividad

La producción de artículos en revistas se puede expresar mediante la ley de Bradford (1948) citado por López (1996: 36). Esta ley está explicada en el apartado que hace referencia a los indicadores bibliométricos de producción. La producción de las revistas, como puede verse en el gráfico 3, aporta los siguientes resultados:

Gráfico 3. Productividad de revistas según áreas de dispersión de Bradford

Núcleo	más de 24 artículos = 2 revistas
Zona 1	de 10-24 artículos = 3 revistas
Zona 2	de 1 - 10 artículos = 9 revistas



Existe un núcleo compuesto de dos revistas que publican la mayoría de los artículos, concretamente, el 52.53% del total. En la zona 1 hay 3 revistas que publican el 36.07%. Por último, en la zona 2, hay 9 revistas que publican el 11.39% de los artículos.

2.3.1.3.2 Indicadores de colaboración

Este tipo de indicadores tratan de medir el grado de colaboración entre los diversos autores que publican informes de investigación conjuntamente. Esto, permite conocer cómo se trabaja en una determinada disciplina, si se hace individualmente o bien en equipos de investigación de varias personas. En este apartado recogemos en, primer lugar, la distribución de los autores por número de firmas, para calcular el índice de colaboración y, en segundo, lugar el índice de colaboración de cada uno de los años del

periodo investigado para conocer la colaboración diacrónica. Los resultados obtenidos son los siguientes:

1. Distribución de artículos por número de firmas. Índice de colaboración.

Los artículos se pueden ordenar conforme al número de autores que los firmen con la finalidad de conocer el nivel de colaboración que existe en la disciplina objeto de estudio. En este trabajo, como puede verse en la tabla 56, tenemos la siguiente distribución:

Tabla 56. Distribución de artículos por número de firmas

FIR/ART.	Nº ART.	%	% ACUM.	Nº FIRMAS	%	% ACUM.
1	9	5.42	5.42	9	1.26	1.26
2	18	10.84	16.26	36	5.07	6.33
3	26	15.66	31.94	78	11.00	17.33
4	52	31.32	63.26	208	29.33	46.66
5	25	15.06	78.32	125	17.63	64.29
6	20	12.04	90.37	120	16.92	81.21
7	8	4.82	95.19	56	7.90	89.11
8	3	1.80	96.99	24	3.38	92.49
9	3	1.80	98.79	27	3.80	96.29
10	1	0.60	99.39	10	1.41	97.70
15	1	0.60	100.00	15	2.11	100.00
TOTAL	166	100.00	100.00	708	100.00	100.00

Existe un artículo con 15 firmas (2.11%) y otro con 10 firmas (1.2%); 3 artículos con 9 firmas (3.80), y otros 3 con 8 firmas (3.38). Registramos 8 artículos con 7 firmas (7.90); 20 artículos con 6 firmas (16.92%); 25 artículos con 5 firmas (17.63%). El mayor número de artículos, 52, está reunido en la casilla de las 4 firmas (29.33%). Con 3 firmas (11%) registramos 26 artículos; 18 artículos con 2 firmas (5.07%), y por último 9 artículos con una firma (1.26%).

Tenemos por tanto 708 firmas distribuidas entre 166 trabajos lo que corresponde con un índice de colaboración de **4.26**, que podemos considerar alto, teniendo en cuenta que estamos hablando de una disciplina de Ciencias Sociales donde la colaboración suele ser escasa.

2. Colaboración diacrónica

La colaboración diacrónica representa el índice de colaboración a la largo del periodo estudiado, en este caso desde el año 1984 hasta el 2005. La finalidad es conocer como evoluciona el nivel de colaboración y ver si se producen cambios o se mantiene constante a lo largo de todo el periodo.

El índice de colaboración por años, en este trabajo, viene representado conforme a la tabla 57, y aporta los siguientes resultados:

Tabla 57. Colaboración diacrónica

AÑO	ÍNDICE DE COLABORACIÓN
1984	2.33
1993	1
1994	2.33
1995	4.14
1996	4.57
1997	2
1998	4.35
1999	4.57
2000	4.93
2001	4.05
2002	4.66
2003	3.89
2004	4.35
2005	6

El índice de colaboración es, aproximadamente, 4 autores por artículo, si bien hay casos excepcionales como el del año 1993, en donde el índice es 1, y en 2005 donde el índice es 6. Cabe destacar que los documentos recogidos para estos años (1993 y 2005) son 2 y 1, respectivamente, por lo que el resultado obtenido puede no hacer justicia a la realidad práctica llevada a cabo en dichos años.

2.3.2 Análisis cualitativo

Desde la perspectiva cualitativa utilizamos el análisis de contenido de los tópicos temáticos de interés que son: objetivos, diseño, variables, instrumentos y técnicas de recogida de información y tipos y pruebas de análisis de datos. Estos tópicos son los que nos pueden aportar la información más relevante para comprender el proceso de evaluación llevado a cabo en los trabajos analizados. La finalidad no es otra que encontrar patrones comunes que nos ayuden a perfilar la metodología empleada en dichos trabajos.

2.3.2.1 Análisis de contenido sobre los objetivos

Este tópico temático busca conocer los objetivos que plantean los evaluadores al realizar la evaluación. Los enfoques a los que pueden ir dirigidos los objetivos forman los cuatro subapartados de este tópico, como puede verse en la tabla 58, son los siguientes: a) Comprobar hipótesis/resultados y/o teorías; b) Valoraciones de los implicados; c) Enfocados a la toma de decisiones para la mejora del programa y d) Análisis de costos-resultados.

Tabla 58. Objetivos

OBJETIVOS	CONTENIDOS ¹⁸	Fp	Ft	% p	% t
Comprobar hipótesis/resultados y/o teorías	-Comprobar consumo de droga en diferentes momentos	57		24.05	
	-Identificar factores de retención	29		12.23	
	-Conocer desordenes psicológicos y/o psiquiátricos	11		4.62	
	-Relacionar tiempo en tratamiento con consumo de droga	10		4.20	
	-Relacionar tipo y duración de terapia con consumo	9		3.78	
	-Diferenciar entre minorías (sin techo, etnias, etc.)	8		3.36	
	-Comprobar grado de integración social	8		3.36	
	-Relacionar las motivaciones externas y resultados	7		2.94	
	-Conocer la inserción laboral	6		2.52	
	-Conocer actividades ilegales	6		2.52	
	-Identificar factores de recaída	6		2.52	
	-Conocer el grado de relaciones familiares	6	193	2.52	81.43
	-Relacionar motivación interna y retención/consumo	6		2.52	
	-Identificar cambios en el comportamiento de usuarios	5		2.10	
	-Relacionar estado de salud general y retención/consumo	3		1.26	
	-Conocer servicios auxiliares y funcionamiento	3		1.26	
	-Adecuación raza/género de usuarios/terap. y resultados	3		1.26	
	-Relacionar entre diferencias de género y resultados	3		1.26	
	-Conocer reducción de daños conseguida por el programa	2		0.84	
	-Identificar itinerarios terapéuticos	1		0.42	
-Patrones de O. y T.L. y relación con retención y recaída	1		0.42		
-Conocer morbilidad y mortalidad infantil	1		0.42		
-Relacionar ruta de administración de droga y resultados	1		0.42		
-Conocer patrones de “adicción a la jeringuilla”	1		0.42		
Valoraciones de los implicados	-Conocer satisfacción de los usuarios con el programa	8		3.36	
	-Conocer necesidades de tratamiento	2	11	0.84	4.61
	-Conocer calidad percibida por responsables de los progrs	1		0.42	
Enfocados a la toma de decisiones para la mejora del programa	-Conocer características de los usuarios del programa	21		8.82	
	-Conocer los recursos del centro donde se aplica el progr.	4	28	1.68	11.81
	-Evaluar el proceso de los usuarios	3		1.26	
Análisis de costos- resultados	-Conocer el costo-eficacia del programa	4	5	1.68	2.10
	-Coste del personal del programa en relación al servicio	1		0.42	
TOTAL		237	237	100	100

Los contenidos nos muestran que los objetivos que más aparecen son los relacionados con la comprobación de hipótesis/resultados y/o teorías: “comprobar consumo de droga en diferentes momentos” con 57 apariciones (24.05%), “identificar factores de retención” con 29 apariciones (12.23%), y “conocer desordenes psicológicos y psiquiátricos” con 11 apariciones (4.62%).

Los objetivos relacionados con la valoración de los implicados que más relevancia tienen son: “conocer características de los usuarios del programa” con 8 apariciones (3.36%) y “conocer las necesidades de tratamiento” con 2 apariciones (0.84%). Los objetivos dirigidos a la toma de decisiones para la mejora del programa que más aparecen son: “conocer las características de los usuarios del programa” con 21 apariciones y un 8.82% y “conocer los recursos del centro donde se aplica el programa”, con 4 apariciones y un 1.68% del total.

¹⁸ Alguno de los contenidos de los objetivos no están formulados en infinitivo porque no cabe en el poco espacio destinado para ello en la tabla, se sobreentiende que donde falte el infinitivo habría que ponerlo.

Por último, los objetivos enfocados hacia el análisis de costos-resultados son: “conocer el coste-eficacia del programa” con 4 apariciones (1.68%) y “conocer el coste del personal del programa en relación al servicio ofrecido” con una sola aparición (0.42%).

2.3.2.2 Análisis de contenido sobre los diseños

El tópico “diseños” busca conocer el planteamiento metodológico que guían las acciones del proceso de evaluación, para ello dividimos el tópico en tres subapartados: preordenado no experimental, preordenado experimental y emergente. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 59, son los siguientes:

El diseño “preordenado no experimental” con un 93.97% es el que más aparece, dentro de este subapartado el diseño tipo pre-postest sin grupo control, con un 40.96% y 68 apariciones es el más utilizado. El longitudinal sin grupo control con un 20.48% y 34 apariciones es el segundo más utilizado. A continuación está el pre-postest con grupo de control no aleatorio con un 17.47% y 29 apariciones. Otro tipo de diseño que aparece en 12 ocasiones (7.23) es el postest sin grupo control. El longitudinal con grupo de control no aleatorio aparece 9 veces (5.42%). Por último, hay 4 diseños (2.41%) del tipo postest con grupo de control no aleatorio.

Tabla 59. Diseños

TIPO	CONTENIDO	ESQUEMA	Fp	Ft	%p	%t
Preordenado no experimental	Pre-postest sin grupo control	OXO	68		40.96	
	Longitudinal sin grupo control	OXOOO	34		20.48	
	Pre-postest con grupo control no aleatorio	OXO O O	29		17.47	
	Solo postest sin grupo control	XO	12	156	7.23	93.97
	Longitudinal con grupo de control no aleatorio	OXOOO	9		5.42	
	Solo postest con grupo de control no aleatorio	O OOO XO O	4		2.41	
Preordenado experimental	Pre-postest con grupo control aleatorio	R OXO	3	4	1.80	2.4
	Postest con grupo control aleatorio	R OXO R XO R O	1		0.60	
Emergente	Surge a la vez que la evaluación	No prefijado	1	1	0.60	0.60
No se contempla			5	5	3.01	3.01
TOTAL			166	166	100.00	100.00

El diseño “preordenado experimental” aparece 4 veces (2.4%), 3 es del tipo pre-postest con grupo control aleatorio y uno es postest con grupo control aleatorio, lo que corresponde con un 1.80% y un 0.60%, respectivamente. Registramos un solo caso de diseño “emergente” y 5 trabajos (3.01%) no especifican el tipo de diseño que utilizan.

2.3.2.3 Análisis de contenido sobre las variables

Las variables ya las hemos definido como “aquellas características o atributos que pueden tomar diferentes valores o expresarse en categorías” (Latorre, et al. 1996: 72). Para este tópico temático hemos definido tres subapartados: a) Variables de clasificación, que a su vez se dividen en sociodemográficas, historial de consumo, estado de salud, datos familiares y otras; b) Variables de información y, c) Variables de intervención. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 60, son los siguientes:

Las variables de **clasificación** que más aparecen son las del apartado “sociodemográficas” con un 41.74%, corresponde con las variables: “edad”, “sexo”, “etnia”, “situación laboral”, “nivel de estudios”, “estado civil” y “situación jurídica”. Las segundas variables que más aparecen correspondientes al “historial de consumo”, con un 11.18%, son: “droga principal” y “tipo de drogas utilizadas”, “número de tratamientos anteriores”, “consumo en el día, semana, mes, año anterior”, “años de dependencia” y “edad de inicio al consumo de drogas”.

Tabla 60. Variables

TIPO	CONTENIDO		Fp	Ft	%p	%t
CLASIFICACIÓN	Sociodemográficas	Edad	151	1129	8.17	60.95
		Sexo	137		7.40	
		Etnia	126		6.80	
		Situación laboral	98		5.29	
		Nivel de estudios	94		5.07	
		Estado civil	91		4.91	
		Situación jurídica	76		4.10	
	Historial de consumo	Droga principal y tipo de drogas utilizadas	75		4.05	
		Número de tratamientos anteriores	42		2.27	
		Consumo en el día, semana, mes, año anterior	40		2.16	
		Años de dependencia	25		1.35	
		Edad de inicio al consumo de drogas	25		1.35	
Estado de salud	Desordenes mentales	40	2.16			
	Problemas médicos	19	1.02			
	Enfermedades contagiosas	15	0.81			
	Necesidad de tratamiento	14	0.76			
	Comportamientos desviados	9	0.48			
Datos familiares	Vivienda propia	12	0.65			
	Número de hijos al cargo	8	0.43			
	Número de amigos consumidores	3	0.16			
	Embarazos al inicio del programa	3	0.16			
	Número de hermanos	2	0.11			
Otras		24	1.29			

INFOR- MACIÓN	Consumo de drogas	93		5.02	
	Tiempo de duración en el programa/tratamiento	55		2.97	
	Tipo de desorden psicológico/psiquiátrico	36		1.94	
	Consumo de alcohol	24		1.29	
	Situación laboral y/o educativa	23		1.24	
	Grado de integración social	22		1.19	
	Actividades delictivas	21		1.13	
	Estado de salud general (control médico)	20		1.08	
	Integración familiar	20		1.08	
	Tipo de tratamiento /programa	16		0.86	
	Valoración del programa/tratamiento por los usuarios	16		0.86	
	Dosis de metadona o similar (bupremorfina, Laam o Naltrexona)	13		0.70	
	Nivel social/económico	11		0.59	
	Situación jurídico/legal	10		0.54	
	Motivación interna de los usuarios	10		0.54	
	Cambio de comportamiento de los usuarios	9		0.48	
	Valoración de los terapeutas por los usuarios	7	459	0.38	25.24
	Utilización del ocio y tiempo libre	6		0.32	
	Necesidad de tratamiento adicionales	5		0.27	
	Nivel de adecuación de la estructura del centro	4		0.22	
	Características sociodemográficas	4		0.22	
	Nivel de habilidades cognitivas	4		0.22	
	Nivel de ansiedad hacia la droga consumida	4		0.22	
	Ayudas para iniciar el tratamiento	3		0.16	
	Valoración de los usuarios de estilo de vida actual	2		0.11	
	Distancia al programa	2		0.11	
	Otras	19		1.02	

INTER- VENCIÓN	Programa de mantenimiento con metadona (PMM)	58		3.13	
	Programa de comunidad terapéutica en hospital o fuera ¹⁹	55		2.97	
	Programa no residencial libre de drogas	28		1.51	
	Programa de desintoxicación y tratamientos en clínica/hospital	22		1.19	
	Programa intensivo corta duración	20		1.08	
	Programas de servicios auxiliares	9		0.48	
	Tratamiento de Terapia Individual	8		0.43	
	Programa para madres embarazadas	6		0.32	
	Programas tratamiento de DIA	5		0.27	
	Programa tratamiento grupal	5		0.27	
	Programa en prisión mas programa de transición a la vida ordinaria	4		0.22	
	Programa de mantenimiento con bupremorfina	4		0.22	
	Tratamiento de los 12 pasos	4		0.22	
	Programa de mantenimiento con naltrexona	4	258	0.22	13.93
	Intervención a través de entrevistas motivacionales	3		0.16	
	Programas de tratamiento para adolescentes	3		0.16	
	Programas para mujeres intensivos de corta duración	2		0.11	
	Programas para mujeres de larga duración	2		0.11	
	Programas de tratamiento semiresidenciales	2		0.11	
	Programas de pretratamiento al ingreso en comunidad	2		0.11	
	Programas de mantenimiento con LAAM	2		0.11	
	Programas de Salud Mental y Drogas	2		0.11	
	Centro provincial de drogodependencias	1		0.05	
Intervención mediante consejeros	1		0.05		
Programa de prevención de recaídas	1		0.05		
Programa de intervención con padres	1		0.05		
Otras	4		0.22		
TOTALES		1846	1846	100	100

El apartado del “estado de salud” aparece con un 5.23% del total y corresponde con las variables: “desordenes mentales”, “problemas médicos”, “enfermedades contagiosas”, “necesidad de tratamiento” y “comportamientos desviados”. Por último, el apartado de “datos familiares” aparece con un 1.51% del total e incluye las variables: “vivienda propia”, “número de hijos al cargo”, “número de amigos consumidores”, “embarazos al inicio del programa” y “número de hermanos”.

Las variables de **información** comprenden un 25.24% del total y son: “consumo de drogas” (5.21%); “tiempo de duración en el programa/tratamiento” (2.97%), y “tipo de desorden mental psicológico/psiquiátrico” (1.94%). Aparecen otras variables como: “consumo del alcohol”, “situación laboral y/o educativa” y “grado de inserción social”, aunque en menor porcentaje.

¹⁹ Los programas de comunidad terapéutica pueden ser implementados en el marco de los servicios sanitarios o en programas específicos al margen de ellos, aunque normalmente suele existir colaboración entre ambos.

Las variables de **intervención** comprenden el 13.93% del total y las que más aparecen dentro de este tipo son: “programa de mantenimiento con metadona” (3.13%); “programa de comunidad terapéutica dentro o fuera de hospital” (2.97%); “programa no residencial libre de drogas” (1.51%); “programa de desintoxicación y tratamientos en clínica/hospital” (1.19%), y “programa intensivo de corta duración” (1.08%). El resto de variables tienen menor porcentaje, como puede verse en la tabla 60.

2.3.2.4 Análisis de contenido sobre los instrumentos y técnicas de recogida de información

El proceso de recogida de información se realiza utilizando unas técnicas e instrumentos que deben estar de acuerdo con el modelo de evaluación y con los objetivos planteados. Además tienen que ser pertinentes para recoger información sobre las variables seleccionadas para el estudio.

Este tópico temático lo hemos dividido en dos subapartados: cuantitativo y cualitativo. En cada uno de estos dos subapartados especificamos las técnicas y los instrumentos correspondientes. Los resultados obtenidos, como puede verse en la tabla 61, son los siguientes:

Tabla 61. Técnicas e instrumentos de recogida de información

TIPO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	Fp	Ft	%p	%t
CUANTI-TATIVAS	Entrevista estructurada	Cuestionario ad-hoc	91	277	32.26	97.02
		Cuestionario estandarizado	80		28.36	
		Cuestionario adaptado	16		5.60	
	Registros	Ana. de orina, cabello	41		14.35	
		Bases de datos de progs.	36		12.60	
		Autoinforme	11		3.85	
CUALI-TATIVAS	Entrevista semiestructurada	Cuestionario ad-hoc semiestructurado	2	7	0.70	2.45
	Entrevista abierta	Guión preguntas abiertas	2		0.70	
	Historias de vida	Diario	1		0.35	
	No se especifican	No se especifican	2		0.70	
TOTAL			282	282	100	100

Dentro del subapartado **cuantitativo** tenemos como técnicas, la “entrevista estructurada” con 187 apariciones (66.31%) y los “registros” con 88 apariciones (31.20%). Como instrumentos tenemos, dentro de la entrevista estructurada: el “cuestionario *ad-hoc*” con 91 apariciones (32.26%), el “cuestionario estandarizado” con

80 apariciones (28.36%), y el “cuestionario adaptado” con 16 apariciones (5.60%). Dentro de los registros tenemos: “análisis de cabello y orina” con 41 apariciones (14.35%); “bases de datos de los programas” con 36 apariciones (12.60%) y el “autoinforme” con 11 apariciones (3.85%).

En el subapartado **cuantitativo** tenemos como técnicas: “la entrevista semiestructurada” y la “entrevista abierta” con 2 apariciones y un 0.70% cada una. Y la “historia de vida” con una sola aparición (0.35%). Los instrumentos utilizados son los siguientes: para la entrevista semiestructurada el “cuestionario *ad hoc* semiestructurado”, con 2 apariciones (0.70%), para la entrevista abierta el “guión con preguntas abiertas”, con 2 apariciones (0.70%) y para la única historia de vida “el diario”, con una aparición (0.35%).

En este apartado cabe destacar el Addiction Severity Index (A.S.I.), como instrumento de recogida de información. Este cuestionario estandarizado recoge información sobre 7 dimensiones: estado médico, empleo, uso de alcohol, uso de droga, actividad criminal, relación familiar/ social y síntomas psiquiátricos. En este estudio fue utilizado en 43 informes de los 166 analizados, lo que corresponde con un 25.90%.

El A.S.I. (ver anexo II) es utilizado, principalmente, en el ámbito anglosajón. En el ámbito europeo existe su homólogo que se llama EUROPASI y es igual que el A.S.I., pero con algunas expresiones adaptadas al contexto europeo. Los dos cuestionarios tienen comprobados los criterios de validez y fiabilidad, resultando en la actualidad un instrumento muy pertinente para recoger información en el campo de las toxicomanías.

2.3.2.5 Estudio de contenido sobre los tipos y pruebas de análisis de datos

Una vez recogida la información pertinente para el estudio se realiza el procedimiento de análisis de los datos, para obtener datos relevantes acerca de las variables objeto de estudio. Dentro de este tópico de interés tenemos los siguientes tipos de análisis: descriptivos, correlacionales y multivariados e inferenciales. Los resultados obtenidos, como puede comprobarse en la tabla 62, son los siguientes:

Los análisis **descriptivos** comprenden un 7.63%, entre las pruebas de las que constan este tipo de análisis, podemos señalar: los “porcentajes” (3.16%); “frecuencias” (1.58%); “moda” (1.05%); “media” (0.26%); “varianza” (1.05%), y la “desviación típica” (0.53%).

Los análisis **correlacionales y multivariados** comprenden casi la mitad del total, un 45.9%, y dentro de estos destacan por su presencia: el “bivariado con prueba de Pearson” con 21 apariciones (5.54%), el “multivariado de la regresión logística” con 51

apariciones (13.46%), el “T-test” con 40 apariciones (10.55%), el de la “regresión” con 19 apariciones (5.01%), y el de la “regresión múltiple” 11 apariciones (2.9%).

Dentro de los análisis **inferenciales** podemos distinguir: los “paramétricos”, los “no paramétricos” y los de “bondad de ajuste y verificación de supuestos”. Los “paramétricos” con 75 apariciones (19.79%) están formados, entre otros, por las siguientes pruebas: “ANOVA” con 44 apariciones (11.61%), “ANCOVA” con 14 apariciones (3.69%), y “MANOVA” con 11 apariciones (2.90%) son las pruebas paramétricas más utilizadas.

Tabla 62. Tipos y pruebas de análisis de datos

TIPO ANÁLISIS	PRUEBA	F _T	F _P	% _P	% _T		
Descriptivos	Distribuciones	Porcentajes Frecuencias	12 4		3.16 1.05		
	Moda	Media Moda	6 1	29	1.58 0.26	7.63	
	Variabilidad	Varianza Desviación típica	4		1.05		
			2		0.53		
	Correlacionales y Multivariados	Bivariados	Pearson	21		5.54	
			Spearman	2		0.53	
Tablas de contingencia			2		0.53		
Kappa			1		0.26		
Multivariados		Regresión logística	51		13.46		
		T-test	40		10.55		
		Regresión	19		5.01		
		Regresión múltiple	11	174	2.90	45.9	
		Regresión de Cox	8		2.11		
		Sedas	5		1.32		
		Ecuaciones estructurales	5		1.32		
		Regresión de Poison	3		0.79		
		Cluster	2		0.53		
		Generalized Estimating Equations	2		0.53		
		Discriminante	1		0.26		
Modelo log lineal	1		0.26				
Inferenciales	Paramétricos	ANOVA	44		11.61		
		ANCOVA	14		3.69		
		MANOVA	11		2.90		
		Modelos jerárquicos lineales y multinivel	4		1.05		
		MANCOVA	1		0.26		
		T-Student	1		0.26		
	No paramétricos	Chi-cuadrado	59		15.34		
		T-Wilcoxon	6	172	1.58	45.13	
		U de Mann-Whitney	5		1.32		
		McNemar test	3		0.79		
		Kruskal-Wallis	2		0.53		
	Bondad ajuste y verificación de supuestos	Kaplan Meier	14		3.69		
		Test de Fisher	8		2.11		
Otros	Azares proporcionales	2		0.53			
	Costes totales	1	4	0.26	1.05		
	Coste efectividad	1		0.26			
TOTALES		379	379	100	100		

Los “no paramétricos” con 75 apariciones (19.79%) están formados, entre otros, por las siguientes pruebas: “Chi-cuadrado” con 59 apariciones (15.34%), “T-Wilcoxon” con 6 apariciones (1.58%), y “U de Mann-Whitney” con 5 apariciones (1.32%). Siendo éstas las pruebas “no paramétricas” más utilizadas.

Los de “bondad de ajuste y verificación de supuestos” con 22 apariciones (5.80%) están formados por las siguientes pruebas: “Kaplan-Meier” con 14 apariciones (3.69%) y el “Test de Fisher” con 8 apariciones (2.11%). Estas son las únicas pruebas de este tipo de análisis.

Por último, recogimos otro tipo de pruebas que no encajan exactamente en ningún apartado de los anteriores. Estas pruebas con 4 apariciones y un 1.05% del total, son las siguientes: “azares proporcionales” con 2 apariciones y un 0.53%, “costes totales”, y “coste efectividad” con una aparición de un 0.26% del total.

Una vez terminados tanto los análisis cuantitativos como los cualitativos y después de realizar la parte descriptiva de los mismos, pasamos al apartado de conclusiones del capítulo, donde a partir de estos análisis realizaremos las observaciones e implicaciones pertinentes.

2.4 Conclusiones e interpretación de los resultados

La consecución de este apartado implica tener en cuenta tres aspectos: la valoración del proceso, la valoración de los resultados y las conclusiones que se pueden extraer de todo el estudio.

2.4.1 Valoración del proceso

Para realizar la valoración del proceso seguido en la realización del estudio bibliométrico hemos optado por dividirlo en tres fases: exploratoria/documental, analítica/descriptiva y evaluativa. También es pertinente señalar, tanto las posibilidades o puntos fuertes del trabajo, como las dificultades encontradas.

2.4.1.1 Fase exploratoria y documental

En esta fase la primera actividad a realizar fue seleccionar trabajos previos similares a los que queríamos realizar. La situación es un tanto extraña, pues si bien encontramos trabajos que hacían revisiones sobre evaluaciones de “programas y C.T.s” (Fernández & Secades, 1999; Fernández & Secades 2001; Fernández Miranda, 2001 y Ellingstad, Sobell, Sobell & Planthara, 2002), solamente encontramos un trabajo (Silva, 1994) que analizase trabajos de evaluación realizados en “programas y C.T.s”.

El trabajo de Silva (1994) recoge una muestra de 33 trabajos, por lo que el presente trabajo con una muestra de 166 trabajos puede ser considerado como adecuado. Si revisamos otros trabajos bibliométricos sobre evaluaciones en el ámbito educativo tenemos que el trabajo de Expósito & Fernández (2002) recoge una muestra de 138 trabajos sobre “evaluación de programas educativos”, y el de Expósito, Olmedo & Fernández (2004) recoge 208 trabajos sobre el mismo tema, lo que en mi opinión, ratifica la adecuación de la muestra de este trabajo.

Los descriptores adecuados para encontrar los documentos objeto de análisis fueron recogidos de trabajos previos, como el de Gutiérrez (1992), para las tesis doctorales donde recogimos descriptores como: “evaluación de programas” y “comunidades terapéuticas”.

De trabajos como Kasarabada et al. (2002); Hubbard, Craddock & Anderson (2003) y Porowski, Burdorf & Herrell (2004), recogimos los descriptores para los informes de investigación. Los descriptores seleccionados en este trabajo fueron los más repetidos en los informes objeto de análisis, optando siempre por seleccionar los menos posibles pero que fuesen suficientes para localizar todos los documentos. La elección la valoramos como positiva teniendo en cuenta la gran cantidad de documentos recogidos y la calidad de los mismos.

Las bases de datos seleccionadas fueron elegidas conforme a su representatividad teniendo en cuenta las revistas y el número de artículos publicados de todas las disciplinas y del tema objeto de estudio. Así tenemos la base “Science direct”, de la que obtuvimos 120 referencias para este trabajo, como la más prolífica. La base “Cath Word” con 26 referencias también es muy importante en el campo social.

Para las tesis doctorales no nos podemos olvidar de la base “TESEO” donde se encuentran las tesis aprobadas en España desde 1975. La valoración que hacemos de las bases de datos es muy positiva tanto por cantidad como por la calidad de los documentos haciendo mención especial a “Science direct” donde pudimos extraer los informes directamente de la página web.

Las revistas utilizadas fueron un total de 14, aunque no pudimos recoger mucha información de cada una. Solamente hemos valorado como muy positivas: “Drug and Alcohol Dependence” de la que recogimos 58 artículos; “Addiction” con 25 artículos, y “Journal of Substance Abuse Treatment” con 24 artículos. La revista “Evaluation and Program Planning” aportó 17 artículos, pese a ser específica de evaluación. El resto de revistas aportaron muchos menos artículos, no sabiendo exactamente si es por el poco desarrollo de la disciplina objeto de estudio o por la baja calidad de las mismas.

2.4.1.2 Fase descriptiva y analítica

Las variables y categorías seleccionadas de acuerdo con la literatura al uso de “evaluación de programas sociales” son un total de 26, en donde se recogen los aspectos más importantes. Si comparamos este trabajo con el de Silva (1994), donde se recogen 12 variables y el de Expósito, Olmedo & Fernández (2004) donde se recogen 10 variables, lo valoramos como muy positivo tanto por la cantidad de variables tenidas en cuenta como por la pertinencia de las mismas.

La parrilla de análisis se construyó a partir de estas 26 variables, eligiendo las categorías ya especificadas en el capítulo de metodología, esto nos permitió el análisis de la información utilizando el programa de análisis de datos SPSS v.11. Debido al carácter cuantitativo y enfocado a la evaluación de resultados que tenían la mayoría de los trabajos realizados, algunas categorías se quedaron vacías no pudiendo explotar algún análisis, como por ejemplo el de relaciones, pero aún así se obtuvieron datos relevantes que valoramos como positivos.

Los indicadores bibliométricos utilizados en este trabajo están recogidos de autores como López (1996), Maltrás (2003) y Callon, Courtial, & Penan (1995) y Expósito & Fernández (2002). Además también tuvimos en cuenta las leyes de Lotka y Bradford citadas en López (1996: 36). Los indicadores seleccionados los valoramos como muy positivos tanto por la cantidad como por la calidad de la información recogida, comparándola con los trabajos anteriormente citados.

La información obtenida del análisis de datos la valoramos como muy positiva, ya que incluye datos cuantitativos y cualitativos obtenidos a partir de la parrilla de análisis creada *ad hoc* para este trabajo, del análisis de contenido de los tópicos temáticos de interés y de los indicadores bibliométricos seleccionados. Podemos decir, en cuanto a la información recogida, que este trabajo integra dos tipos de estudio: por un lado, uno referente a la metodología de evaluación de programas y, por otro, un análisis bibliométrico sobre la disciplina objeto de estudio.

Como se puede apreciar es muy difícil valorar las conclusiones obtenidas en este trabajo, debido a la escasez de otros estudios similares con quien poder compararlo. No obstante, si realizamos una revisión de la información obtenida y la comparamos con la información aportada por trabajos similares a éste, podemos afirmar que, tanto por cantidad como por calidad, es relevante y significativa dentro del ámbito de los estudios bibliométricos sobre evaluación de programas.

2.4.1.3 Fase evaluativa

La fase educativa tiene sentido una vez realizado el procedimiento de búsqueda de documentos y el análisis de los mismos mediante las actividades y estrategias metodológicas anteriormente señaladas. Esta fase trata de vincular significativamente teoría y práctica, lo que corresponde con el paso de una investigación básica a una aplicada.

Las implicaciones que se pueden deducir de este trabajo para la práctica evaluativa son evidentes y se pueden valorar como muy positivas. Las variables recogidas en la parrilla de análisis nos revelan todos los aspectos claves a tener en cuenta en la evaluación de programas sociales, desde la teoría o modelo del que se parte, pasando por las técnicas e instrumentos de recogida de información, hasta la existencia de metaevaluación. Todos estos aspectos serán explicitados en los apartados siguientes.

La elaboración de un patrón metodológico o línea de acción para futuras evaluaciones en este campo está condicionado por la cantidad de evaluaciones que se realizan desde el paradigma cuantitativo exclusivamente. Las líneas de acción planteadas, al ajustarse a los resultados del estudio realizado, serán pertinentes para estudios cuantitativos principalmente. Sin embargo esto nos motiva a señalar los vacíos o lagunas existentes en la disciplina, invitándonos a rellenar alguno, o ayudar al menos, al realizar la tesis doctoral.

A la vista de los resultados obtenidos debemos tener en cuenta la falta o escasez del enfoque cualitativo. La necesidad de tener en cuenta las evaluaciones formativas que lleven a la reflexión a todas las audiencias implicadas para poder comprender la realidad evaluada se hace ahora patente.

Por último, la elaboración de las posibilidades y dificultades encontradas en el trabajo, explicitadas en el apartado siguiente, fue una tarea difícil. Por eso, pretendemos que tanto posibilidades como dificultades sirvan para motivar a futuros investigadores. La motivación debe ir dirigida a utilizar los aspectos positivos del trabajo en otras investigaciones que ayuden a aumentar el conocimiento y las dificultades deben servir de acicate o motivación para realizar otros trabajos que las superen. En resumen, tanto posibilidades como límites deben de sugerir nuevas investigaciones que aporten conclusiones relevantes a la práctica científica.

2.4.1.4 Principales dificultades y posibilidades encontradas en el trabajo

Las dificultades encontradas en este trabajo están planteadas de tal manera que supongan retos para futuras investigaciones y son los siguientes:

1. La imposibilidad de realizar el trabajo más de un investigador para poder comprobar si recogen los mismos datos y se llega a conclusiones parecidas.
2. Los documentos analizados recogen una parte de la actividad investigadora pero pueden existir muchos trabajos no publicados y utilizados para uso interno de los programas o comunidades terapéuticas.
3. Existencia de literatura gris (algunos documentos muy difíciles o casi imposibles de localizar) hace que queden trabajos sin analizar, que de otra manera los hubiésemos incluido en el estudio.
4. La falta de una base teórica comprobada empíricamente para la bibliometría hace que se cuestione su validez científica.
5. La imposibilidad de utilizar indicadores bibliométricos más finos que nos hubiesen aportado datos relevantes, debido al factor tiempo y al enfoque pedagógico del trabajo.
6. En el análisis de los documentos se supone que cada trabajo contiene igual proporción de conocimiento, pero esto no es así, pues las tesis aportan más material científico que los artículos y los informes de investigación.
7. La falta de un análisis profundo y de seguimiento de algún trabajo representativo a nivel mundial, como por ejemplo el DARP (Drug Abuse Reporting Program), el TOPS (Treatment Outcome Prospective Study), o el DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study).
8. La falta de más trabajos de referencia sobre el tema tratado impide hacer análisis comparativos con este estudio.
9. La fundamentación teórica de los trabajos de evaluación de programas y C.T.s está todavía en proceso de asentamiento, por lo que las referencias bibliográficas sobre el tema son escasas notándose la falta de trabajos de este tipo, sobre todo en España.
10. El difícil acceso a la información en determinados países impidió recoger una muestra de documentos más representativa.

Las posibilidades que ofrece el trabajo son las siguientes:

1. La información recogida, tanto por calidad como por cantidad, es suficiente para cumplir los objetivos propuestos para este estudio monográfico.
2. La descripción de los procedimientos y su justificación teórica hace que la interpretación de los resultados, al final de todo el proceso, se realice conforme a unos juicios de valor claros y específicos.
3. El informe final aporta datos precisos y concretos, tanto de la muestra objeto de estudio, como del proceso de obtención de los resultados finales. La finalidad es facilitar la comprensión del estudio, es decir, que se hizo y porqué se hizo, así como todo el proceso hasta obtener las conclusiones finales.

4. El estudio en sí mismo ha sido diseñado para que otros investigadores se puedan beneficiar de los resultados obtenidos y se estimulen a realizar otros trabajos que mejoren el presente.
5. Los procedimientos utilizados en este estudio, tanto de recogida de información mediante la utilización de bases de datos, como la selección y clasificación de la misma, hasta llegar al análisis de datos con el programa informático pertinente, fueron realizados con el rigor científico necesario para obtener conclusiones relevantes.
6. El diseño riguroso del estudio facilitó que la inversión de los recursos materiales y humanos, necesarios para su realización, justifique los resultados obtenidos.
7. Todo el proceso de realización del trabajo se llevó a cabo de tal manera que se respetase la integridad y los derechos de los autores que aportaron documentos objeto de estudio, proporcionando tanto los aciertos como errores para tratar de incidir y repetir los aciertos y corregir los aspectos problemáticos.
8. El empleo de la metodología cuantitativa y cualitativa, así como el control sistemático de la recogida de información, medición, análisis de datos y conclusiones obtenidas fundamentadas en los datos favorecen la potencia del estudio.
9. Este estudio se muestra como un procedimiento válido para conocer el estado de la cuestión, actualizar el conocimiento científico y conocer la evolución durante el periodo de tiempo estudiado, de la disciplina objeto de estudio.
10. Este estudio posibilita la elaboración de un patrón metodológico sobre lo que se está realizando en el campo práctico de la evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos.

2.4.2 Valoración de los resultados

Los resultados obtenidos en este trabajo proceden de la aplicación de dos metodologías diferentes. Por un lado, la metodología cuantitativa y, por otro, la cualitativa.

Con respecto a la primera, debemos de tener en cuenta tres procedimientos fundamentales que necesitamos valorar:

- 1º El estudio descriptivo realizado a través de la parrilla de análisis en donde incluimos variables referentes a los datos propios de los documentos, a la estructura interna y a los resultados y/o conclusiones obtenidas de los mismos.
- 2º El estudio detallado de variables en donde realizamos cruces de variables según el tipo de evaluación y la metodología del diseño utilizado por las evaluaciones analizadas con el fin de matizar y ratificar los resultados obtenidos en el estudio descriptivo.

3° El estudio de los documentos a partir de los indicadores bibliométricos utilizados, tanto de producción como de colaboración, para conocer los aspectos referentes a la producción científica en la disciplina estudiada.

Con respecto a la segunda, el estudio cualitativo realizado en este trabajo, parte de unos tópicos temáticos de interés elegidos así debido a la gran importancia de los mismos concedida por autores, ya citados, representativos de la materia. Los tópicos temáticos guían el análisis de contenido que busca profundizar y comprender la información recogida, para la cual el análisis cuantitativo no fue suficiente.

Este análisis de contenido vierte una gran cantidad de información que en el capítulo anterior hemos sistematizado y organizado, de tal manera que se pudiesen obtener datos significativos. En este apartado pretendemos valorar este proceso tanto como el cuantitativo anteriormente citado.

2.4.2.1 Valoración desde la perspectiva cuantitativa

El periodo de tiempo seleccionado para realizar este estudio fue inicialmente a partir del trabajo de Silva (1994) hasta la actualidad, por tanto, corresponde con los últimos 10 años de producción científica en el ámbito de la evaluación de “programas y C.T.s”. Además incluimos cinco trabajos de años anteriores que nos parecían representativos y no aparecían en el citado trabajo.

El periodo elegido nos parece adecuado ya que el propio trabajo de Silva (1994) contempla en su análisis el periodo desde 1983-91. Otros trabajos como el de Ellingstad et. al. (2002) tiene en cuenta el periodo 1993-97. Si nos fijamos en estudios bibliométricos de otros temas, Pérez (2003) analiza el periodo 1997-02.

A modo de resumen podemos decir que desde 1982, donde se ponen en marcha en USA las grandes evaluaciones multicéntricas, hasta nuestros días el panorama de la evaluación de estos programas no cambia mucho, pues se siguen implementando evaluaciones externas, ex -post y sumativas, con grandes muestras de sujetos y una metodología del diseño cuasiexperimental.

El lugar de realización de los estudios es en su mayoría USA, debido a la gran cantidad de recursos disponibles, ya que hay evaluaciones (Martín, Butzin & Inciardi, 1995; Scott, Foss & Dennis, 2003 y Grella et. al. 2003) que se pueden permitir el lujo de pagar hasta 50\$ a los usuarios de los programas (ex-toxicómanos) que participen en ellas hasta el final.

El tipo de documento utilizado para difundir estos trabajos, en su mayoría, es el artículo de investigación. Esta es la manera más práctica de difundir las investigaciones y puede llegar a un gran número de gente. Este trabajo se ha centrado en los documentos publicados obteniendo una muestra bastante amplia, pero otro trabajo interesante sería realizar una búsqueda de literatura “gris” y de difícil acceso sobre el mismo tema, ya que se sabe que muchos trabajos en este campo no llegan a publicarse.

El contexto donde se realiza la mayoría de los trabajos es el público ya que la gran mayoría de los programas y C.T.s son de carácter público, además los centros privados al no tener que justificar su rendimiento ante la administración pueden no realizar evaluaciones de su trabajo.

Respecto a los resultados obtenidos de las variables referentes a la estructura interna del documento podemos valorarlos de muy positivos y en consonancia con otros trabajos de revisión como el de Fernández & Secades (2001), Fernández Miranda (2001) y Silva (1994).

A pesar de la valoración muy positiva que se hace de estos resultados debemos señalar que hubo categorías que se quedaron vacías o con una frecuencia estadística inferior al 5%, lo que nos impidió realizar análisis como el estudio de relaciones.

Por ejemplo, no encontramos ningún trabajo que realice una revisión bibliográfica por temas. Tampoco encontramos muchos trabajos que vayan dirigidos a comprender el programa evaluado o transformar la realidad donde se realizó la evaluación. Las evaluaciones no utilizan en términos estadísticos significativos los siguientes criterios de valoración para emitir juicios de valor: de eficiencia, de calidad total, de efectividad o de profesionales.

Respecto al grado de planificación del diseño, sólo se realiza un trabajo emergente que corresponde con una tesis doctoral realizada en España. Los trabajos realizados en el ámbito anglosajón son todos preordenados, fundamentalmente porque debe existir un plan diseñado “a priori” para pedir subvenciones dirigidas evaluar.

Los estudios selectivos y observacionales no son significativos estadísticamente. Por lo que la mayoría de los trabajos se centran en la metodología cuasiexperimental, intentando obtener datos válidos y fiables que ofrezcan resultados concluyentes, numéricos y sin lugar a equívocos, para poder pedir recursos a la administración.

Los trabajos estudiados, en su mayoría, tienen como finalidad comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos del programa o C.T. que evalúan, por eso el sistema de

control más utilizado es el control reflexivo que consiste en realizar mediciones sobre el mismo grupo.

Las técnicas e instrumentos de recogida de información y las de análisis de datos cualitativas y cuantitativas-cualitativas, tampoco son estadísticamente significativas. Esto es lógico, ya que si los estudios son casi todos cuasiexperimentales las técnicas e instrumentos empleados serán cuantitativos.

No se suelen realizar evaluaciones de estudio de caso ya que para la administración serían poco representativas, sino que se suelen utilizar muestras grandes que sean representativas para al menos una localidad.

No encontramos ninguna evaluación que tenga en cuenta a audiencias externas al programa o C.T., como por ejemplo, a los voluntarios, alumnos en prácticas o colaboradores ajenos a las instituciones. Esto puede ser un problema ya que estas audiencias juegan un papel fundamental en muchos centros.

Respecto a los resultados obtenidos de las variables referentes a las conclusiones de los documentos obtenidos son bastante pobres y señalan el gran vacío existente en cuanto a la presencia de puntos débiles y fuertes y de metaevaluación. En cambio sí que ofrecen conclusiones referentes a los objetivos o bien a comprobar hipótesis y sólo la mitad ofrecen recomendaciones.

Estamos, por tanto, ante evaluaciones que pretenden conocer el funcionamiento eficaz o no de algunos aspectos del programa los cuales son presentados en el informe y no suelen aportar ideas, sugerencias o procedimientos para mejorar.

2.4.2.1.1 Valoración de los indicadores bibliométricos

Los indicadores seleccionados en este trabajo son los utilizados en otros estudios bibliométricos (Expósito & Fernández, 2002 y Pérez 2003) y los recomendados por autores como Maltrás (2003) y López (1996). Los resultados obtenidos cumplen aproximadamente las leyes de Lotka y Bradford con lo cual pueden ser valorados como muy positivos descubriendo una pequeña parte de la realidad, de la disciplina objeto de estudio.

Al tener en cuenta el cómputo de publicaciones por años, nos damos cuenta que se trata de una disciplina joven, en periodo de desarrollo, ya que cada año aumenta el número de publicaciones, excepto en algunos años que desciende mínimamente.

La productividad de los autores, en este trabajo, está sujeta a la ley de Lotka, como ya señalamos, por lo que unos pocos autores aparecen en muchos documentos y muchos autores únicamente publican un artículo. Además, los autores se pueden distribuir por zonas de productividad según la ley de Bradford.

Esto refleja la realidad existente en esta disciplina y que también coincide más o menos con el resto de disciplinas en donde los autores que más publican son los que tienen más posibilidades de publicar un nuevo artículo, con las implicaciones monopolísticas y hegemónicas que ello conlleva.

Los autores más prolíficos publican sus artículos conjuntamente en colaboración formando un pequeño “colegio invisible”²⁰. Luego existen otros autores menos prolíficos que también publican en colaboración, pero con diferentes autores, no asociándose a unos fijos.

Las instituciones de donde salen la mayoría de los documentos son las universidades y los centros específicos de investigación. Esto es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta que la mayoría de las evaluaciones son externas, por lo que la mayor parte de los programas o C.T.s suelen encargarse a alguno de estos centros. También la administración pública realiza algunas evaluaciones pero en menor medida ya que estos trabajos necesitan de un equipo de varias personas y bastante tiempo de dedicación.

Los resultados obtenidos del análisis de las revistas cumplen la ley de Bradford. Por lo que existe un núcleo de revistas que producen un gran número de artículos y para producir el mismo número de artículos que este núcleo se necesitan muchas más revistas. En este caso, al igual que los autores, algunas revistas ejercen su hegemonía en la disciplina siendo las más prestigiosas y las que más posibilidades tienen de atraer a los autores más representativos.

El índice de colaboración expresa la necesidad que existe en la evaluación de “programas y C.T.s” de trabajar en colaboración, ya que los programas y las C.T.s implican a un gran número de personas que realizan diferentes actividades a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Las valoraciones hasta ahora realizadas implican diferentes fases y diferentes perspectivas de la totalidad de un trabajo complejo. Estas valoraciones se pueden

²⁰ “Grupos de autores en torno a los cuales otros científicos realizan sus investigaciones, orientan los temas a desarrollar e investigar, fijan los métodos y técnicas de investigación e influyen en mayor grado en la red de relaciones de la comunidad científica” Pérez (2003).

utilizar con carácter práctico, señalando las conclusiones y las implicaciones metodológicas a las que dan lugar, como a continuación expondremos.

2.4.2.2 Valoración desde la perspectiva cualitativa

Para realizar el análisis cualitativo de la información utilizamos el análisis de contenido, con la finalidad de profundizar más en aspectos relevantes de la evaluación. La valoración que realizamos es muy positiva por la cantidad de información obtenida, aunque no la pudimos comparar con otros trabajos semejantes, pues si bien encontramos algún estudio bibliométrico (Pérez, 2003) que realiza análisis de contenido, éste no era sobre “evaluación de programas y C.T.s”.

Al igual que el análisis cuantitativo, en el análisis cualitativo también hubo vacíos en los subapartados de los “tópicos de interés” que obviamente fueron aquellos que estaban relacionados con una concepción de la evaluación desde el paradigma cualitativo.

En relación con lo dicho anteriormente, los objetivos que prácticamente no son tenidos en cuenta son los relacionados con los subapartados de “valoraciones de los implicados”, “enfocados a la toma de decisiones para la mejora del programa” y “análisis de costos-resultados”. Esto tiene una importancia relevante y negativa, ya que genera un vacío de evaluaciones que pretenden “comprender” o “transformar” la realidad investigada.

En consonancia con los objetivos, los diseños también son en su mayoría preordenados no experimentales. A estos les suele faltar algún requisito para ser experimentales, generalmente la selección de la muestra al azar y el grupo de control equivalente, aunque todos intentan aproximarse a ello en mayor o menor medida.

Las variables más utilizadas buscan identificar el perfil del usuario que tiene éxito en el programa o C.T., es decir, el que menos droga consuma y el que más tiempo pase en el programa o lo finalice.

Los programas más utilizados son los de mantenimiento con metadona, tanto para reducir daños, como dirigidos a la abstinencia de uso de drogas. Los de C.T. residenciales y los no residenciales libre de drogas, todos ellos buscan mejorar las condiciones de vida de los usuarios.

En resumen, los resultados obtenidos desde la perspectiva cualitativa apoyan y ratifican los obtenidos desde la perspectiva cuantitativa. Los trabajos de evaluación analizados tratan de ofrecer resultados concretos de aspectos de interés, fundamentalmente para políticos y gestores, sobre el funcionamiento de los programas o C.T.s, con la finalidad

de justificar el uso de recursos utilizados o pedir nuevas ayudas para financiar otros programas o C.T.s similares.

2.4.3 Conclusiones del estudio

Las conclusiones obtenidas de este estudio bibliométrico surgen de tres tipos de análisis: cuantitativo, cualitativo y de indicadores bibliométricos. Con el fin de seguir un orden, en la exposición de las mismas, hemos optado por plantear primero y conjuntamente las relativas al análisis cuantitativo y cualitativo, ya que se complementan mutuamente. Por último, exponemos las relativas a los indicadores bibliométricos. Así, pues, tenemos las siguientes conclusiones:

1. Se observa que la mayoría de los trabajos están realizados en colaboración. Únicamente nueve son firmados por un solo autor, lo que nos indica que en esta disciplina se trabaja normalmente en colaboración, formando equipos de investigación de varias personas.

2. La producción de trabajos desde 1984 hasta 1997 permanece uniforme, mientras que en 1998 se observa un punto de inflexión que corresponde con un aumento de los trabajos publicados y dura hasta 2004. En 2005 se recogió un único trabajo ya que el periodo de recogida de documentos finalizó en enero.

2.1 Al cruzar las variables se puede apreciar que casi todas las evaluaciones son sumativas, especialmente a partir de 1999, por lo que existe un vacío de trabajos formativos que motiven a los participantes, de las evaluaciones, a reflexionar sobre el proceso evaluador.

3. La mayoría de los trabajos son realizados en U.S.A. debido a la mayor tradición evaluadora que existe en este país y al mayor número de recursos existentes para financiar y publicar las evaluaciones realizadas. En el resto de países, la producción es mucho menor o por lo menos se publican muchos menos trabajos.

4. El tipo de documento más utilizado es el artículo de revista, normalmente de obtención en bases de datos a través de la página web correspondiente. Las tesis doctorales que pudimos encontrar en el ámbito español se reducen a cuatro, lo que nos da una idea del poco desarrollo de esta disciplina a nivel universitario, por lo que entendemos que es un campo donde se pueden realizar aportaciones interesantes tanto desde la perspectiva teórica como práctica. Además también existen cuatro informes de investigación publicados como libros o capítulo de libro.

4.2 Al realizar los cruces de variables se observa que la metodología empleada por la mayoría de los trabajos es la cuasiexperimental, puesto que tienen sistema de control de resultados y realizan algún tipo de muestreo, pero los muestreos no son

aleatorios. Estos trabajos se quieren acercar a las condiciones experimentales para obtener relaciones causales, pero por determinadas circunstancias (éticas, prácticas, de recursos, etc.) no tienen los requisitos técnicos necesarios.

5. La mayor parte de los trabajos están realizados en contexto público y con financiación de la administración. En menor porcentaje se encuentran los realizados en contexto mixto que suelen ser programas y C.T.s privadas, pero con alguna subvención pública. Por último, existen solamente cinco trabajos realizados en contexto privado ya que estos programas o C.T.s no son rentables económicamente. Los trabajos realizados en este contexto, normalmente no se publican y quedan como documentos de uso interno.

6. Todos los trabajos analizados contemplan un revisión bibliográfica, bien específica un poco menos de la mitad de los trabajos, o bien general un poco más de la mitad. Sin embargo no registramos ningún trabajo que realice una revisión temática y tampoco ninguno sin revisión bibliográfica.

7. La mayor parte de los trabajos se refieren, de un modo implícito, a la teoría o modelo de evaluación del que parten, es decir, no lo especifican explícitamente pero se refieren a él cuando señalan el diseño, las variables, los instrumentos de recogida de información etc. Sólo registramos 10 trabajos que explicitan el modelo o teoría del que parten.

7.1 Al realizar el cruce de variables se observa que la mayoría de trabajos son cuasiexperimentales y no explicitan el modelo/teoría del que parten, ya que pasan a hablar directamente de la metodología empleada, de lo cual podemos deducir que se trata de trabajos que suponen un modelo/teoría experimental buscando relaciones causales entre programa y resultados.

8. El tipo de evaluación más empleada es la “sumativa, ex-post, externa” que aparece en tres cuartas partes de los trabajos analizados, ya que estas evaluaciones se suelen pedir a agentes externos para garantizar la objetividad. El segundo tipo de evaluación que más aparece es la “sumativa, ex-post, interna-externa”, ya que en las evaluaciones suele haber colaboración entre el equipo evaluador externo y miembros del programa.

9. La mayoría de los trabajos plantean objetivos, esto parece normal dado que no hay muchos trabajos experimentales y casi todos son cuasiexperimentales, por lo que los objetivos se adaptan mejor a este tipo de trabajos. Los objetivos que aparecen con mayor frecuencia son: “comprobar consumo de droga en diferentes momentos”, “identificar factores de retención” y “conocer características de los usuarios del programa”.

10. La finalidad de la mayoría de los trabajos analizados es “verificar”, tanto si se cumplen los objetivos planteados por el programa evaluado, como si se cumplen las hipótesis de evaluación planteadas que hacen referencia a algún resultado deseado. Esto es así porque las muestras con las que se trabaja son en general grandes y el resto de finalidades requieren más tiempo y recursos. Registramos también algún trabajo con finalidad “economicista”, de “comprender” o de “transformar”, aunque por su escasez podríamos considerarlos como excepciones.

10.1 Al cruzar las variables se puede apreciar un gran número de trabajos sumativos dirigidos a verificar tanto objetivos como hipótesis, se crea por tanto un vacío de evaluaciones que utilicen otro enfoque, como por ejemplo, las dirigidas a comprender o a transformar el programa evaluado, para mediante aportaciones mejorar el contexto donde se encuentre y la toma de decisiones que se realice sobre el mismo.

11. Dentro de los criterios de valoración para emitir los juicios de valor que deben plantear las evaluaciones, el que propone prácticamente la totalidad de los trabajos es el de “eficacia”, ya que es el criterio que suele pedir la administración para conceder subvenciones. Por último, registramos casos excepcionales que plantean alguno de estos criterios: “eficiencia”, “eficacia”, “de profesionales” y de “calidad total” y un solo caso que combina criterios de “eficacia” con criterios “de profesionales”.

11.1 Al cruzar las variables se puede apreciar un vacío de estudios que no sean ex-post y utilicen el criterio de “eficacia”, ya que el resto de criterios no son utilizados por casi ningún trabajo notándose la falta del empleo del criterio de “calidad total” entendida ésta como satisfacción de los usuarios con el servicio.

12. La mayoría de los trabajos explicitan el diseño que utilizan que suelen ser preordenados excepto un caso que es emergente. Los diseños más utilizados son: “pretest-postest sin grupo control”, “longitudinal sin grupo de control” y “pretest-postest con grupo de control no aleatorio”, puesto que son los que ofrecen más posibilidades de ser utilizados en programas de este tipo.

12.1 Al cruzar las variables se observa que las evaluaciones con diseño preordenado son todas sumativas excepto tres que son mixtas (sumativa-formativa) y otras tres que no especifican el diseño del que parten, lo que ratifica el carácter cuantitativo de los trabajos.

13. La metodología empleada en los diseños es su mayor parte cuasiexperimental, aunque también registramos casos excepcionales de experimentales y selectivos, además registramos un solo caso de diseño observacional. Como podemos apreciar en este análisis el enfoque de casi todos los trabajos es únicamente cuantitativo.

13.1 Al realizar el cruce de variables se aprecia que los estudios “cuasiexperimentales” con la finalidad de “verificar” son la mayoría, siguiendo por tanto la línea cuantitativa propuesta por la mayoría de trabajos.

14. El sistema de control más utilizado es el control reflexivo, es decir, mediciones sobre un mismo grupo, lo que es coherente ya que la mayoría de los diseños son “pretest-postest”, por lo que se realiza la medición del grupo a la entrada del programa y a la salida. Un tercio, aproximadamente, de los trabajos utiliza grupo de control y registramos unos pocos casos de controles a la sombra mediante la valoración de los propios implicados en el programa o C.T. evaluada.

14.1 Al cruzar las variables se aprecia que el control reflexivo se utiliza en evaluaciones sumativas para obtener datos concluyentes de los usuarios del programa, normalmente al inicio y al final del mismo, excepto dos casos que se utilizan en evaluaciones mixtas. El grupo de control es también usado en las evaluaciones sumativas aunque en menor medida, estas comparan el grupo de usuarios que realiza el programa con un grupo que no lo realiza o lo abandona en poco tiempo.

La mayoría de las evaluaciones son cuasiexperimentales y el sistema de control más utilizado es el “control reflexivo”, señalado anteriormente. Este sistema de control es relativamente fácil de utilizar al no depender de más sujetos que los que se encuentran en el programa. El “grupo control” es más difícil de utilizar debido a que depende de sujetos que no se encuentran en el programa.

15. Las variables utilizadas en estos trabajos las clasificamos en variables de clasificación, información e intervención. Prácticamente la totalidad de los trabajos especifican estos tres tipos de variables siendo las más utilizadas, dentro del tipo de **clasificación** las sociodemográficas como “edad, sexo, etnia, nivel educativo, estado civil, nivel de estudios y situación jurídica”. Dentro de las de **información** “consumo de drogas”, “tiempo de duración en el tratamiento” y “tipo de desorden psicológico/psiquiátrico” y, por último, de **intervención** tenemos “los programas de mantenimiento con metadona” “los programas residenciales en hospital o C.T.” y “los programas no residenciales libres de drogas”.

16. Las técnicas e instrumentos de recogida de información más utilizados son los cuantitativos en coherencia con el diseño y la metodología cuantitativa empleada. Entre estos destaca la utilización del cuestionario estandarizado Addiction Severity Index en cuarenta y tres trabajos. También tenemos la presencia de los cuestionarios *ad-hoc* y los análisis de orina y cabello para comprobar la validez de los cuestionarios pasados a

los usuarios en sus preguntas sobre consumo de drogas. Las técnicas cualitativas aparecen de manera excepcional en cinco trabajos.

16.1 Al cruzar las variables se observa que los trabajos con un tipo de evaluación sumativa y una metodología cuasiexperimental utilizan en su mayoría técnicas e instrumentos cuantitativas lo que es coherente pues pretenden recoger datos objetivos para obtener resultados concluyentes acerca del programa evaluado y poder tomar decisiones en consecuencia.

17. El tamaño de muestra elegido suele ser grande con más de 300 sujetos en la mitad de los trabajos, pues suelen estar subvencionados e interesa que abarquen un número grande de programas para rentabilizar la inversión de la evaluación. Las muestras medianas, entre 100 y 300 sujetos y las pequeñas, con menos de 100 sujetos se reparten casi la otra mitad, dejando como excepciones los cuatro “estudio de caso” y un trabajo que no especifica el tamaño de la muestra.

17.1 Al cruzar las variables se aprecia que la evaluación de tipo sumativo con metodología cuasiexperimental y el tamaño grande de muestra es la que se utiliza en casi la mitad de los trabajos ya que las evaluaciones buscan ofrecer resultados del número más amplio de programas y sujetos posible.

18. El tipo de muestreo para seleccionar estas muestras es en su mayoría el “no probabilístico” pues es muy difícil con este tipo de usuarios plantear otro tipo de muestreo debido a los problemas para localizarlos, con menos frecuencia aparece el “polietápico” y por último el “probabilístico”.

18.1 Al cruzar las variables se puede observar que la evaluación ex -post con metodología cuasiexperimental y un muestreo “no probabilístico” es la que más aparece pues generalmente los estudios de evaluación se ponen en marcha cuando los programas ya han sido implementados y el muestreo “no probabilístico” es muchas veces el único posible.

19. Generalmente, las evaluaciones aquí planteadas van dirigidas a los usuarios de los programas y C.T.s, casi en su totalidad, debido al alto coste en tiempo y esfuerzo que supone incluir en el estudio a otras audiencias. También algunas evaluaciones tienen en cuenta a otras audiencias implicadas, como las familias, los terapeutas, los gestores o combinación de alguno de estos, no llegando al 10% del total. Por último, ninguna evaluación tiene en cuenta a los voluntarios de los programas si los hay, o a personas externas a él que colaboren de alguna manera.

19.1 Al cruzar las variables se observa que la mayoría de las evaluaciones son sumativas y cuasiexperimentales utilizando como única audiencia a los usuarios (90.4%). Esto es coherente, puesto que al ser los recursos limitados sería difícil

implicar a más audiencias o pretender realizar evaluaciones formativas, ya que el tamaño de muestra más utilizado es el grande.

20. Las técnicas de análisis de datos son prácticamente todas cuantitativas (97%) en coherencia con los diseños, metodología y técnicas de recogida de información planteadas por la mayoría de los trabajos. Las pruebas más utilizadas son: “Chi-cuadrado”, “ANOVA” y “Regresión logística”. Registramos un solo caso en donde se emplean técnicas cualitativas exclusivamente y otro donde se emplean una combinación de cualitativas y cuantitativas.

20.1 Al cruzar las variables se puede observar que existe un importante vacío en cuanto al uso combinado de técnicas cuantitativas-cualitativas y de evaluaciones formativas que va en contra de las recomendaciones realizadas por los autores destacados en la materia, ya citados en el capítulo referente al marco teórico. La mayoría de los trabajos utilizan evaluaciones ex -post, cuasiexperimentales y con técnicas de recogida de datos y análisis cuantitativas.

21. Las conclusiones se relacionan en su mayor parte con los objetivos planteados por la evaluación con casi el 90% del total de casos. El resto van dirigidas a la comprobación de hipótesis, no registramos por tanto ningún trabajo que no tenga conclusiones.

22. La mitad de los trabajos, aproximadamente, contemplan un apartado para las recomendaciones, ya que la mayoría de las evaluaciones persiguen comprobar unos resultados empíricamente y no buscan la mejora del programa. El apartado de puntos fuertes y débiles es recogido por un trabajo, cosa parecida sucede con la metaevaluación que ningún trabajo recoge, ni tan siquiera un mínimo protocolo de buenas prácticas o de revisión de la propia evaluación.

22.1 Al cruzar las variables se aprecia que sólo un trabajo, una tesis doctoral, con un tipo de evaluación sumativa-formativa recoge en un apartado los puntos fuertes y débiles del programa. El resto de trabajos no recogen este apartado aunque algunos señalan los aspectos que mejor funcionan del programa evaluado.

23. La producción de los autores en esta disciplina cumple la ley de Lotka de forma aproximada, así se recoge una serie reducida de autores que son los que más publican y, después, una gran cantidad de autores que publican un trabajo o dos, a lo sumo. Esto nos indica que los autores que más publican son los que tienen más posibilidades de volver a publicar un nuevo trabajo debido a que al tener más prestigio las subvenciones para investigar irán a parar a ellos.

24. Los autores se pueden representar en áreas o círculos de productividad según la ley de Bradford. En el centro habría un núcleo con los autores más productivos y en los

círculos sucesivos habría que poner cada vez más autores para producir los mismos informes de investigación. A modo de ejemplo concreto, tenemos que si en el núcleo hay 2 autores que producen 10 informes, en el segundo círculo para tener esos informes habría que contar con 4 autores y así sucesivamente, según nos alejemos del núcleo.

25. La productividad fraccionada recoge la producción de los autores, tanto si firman en primer lugar como si lo hacen en 2º, 3º, o “n” lugar. Por lo tanto, hay autores que no firman ningún artículo en primer lugar y se les reconoce como productivos porque trabajan en equipos de investigación que publican mucho y firman muchos artículos en segundo y tercer lugar. Por ejemplo, en este trabajo: Marsden con un índice de productividad de 0.56 y Stewart con 0.53., no publicaron ningún artículo en primer lugar.

26. La Universidad es el principal productor con casi la mitad de los documentos producidos, seguida por los centros específicos de investigación con casi un cuarto del total de las publicaciones, estos centros son casi todos estadounidenses debido a la mayor cantidad de recursos destinados a la investigación que existen allí. La administración pública y los centros sanitarios son los otros dos productores de documentos.

27. En cuanto a la productividad de las revistas está sujeta a la ley de Bradford, válida también para las revistas. Por ello, las revistas también se distribuyen según las áreas de productividad de Bradford, por lo que existe un núcleo de pocas revistas que son las que mayor número de artículos publican y por eso tienen más prestigio y muchas posibilidades de publicar los artículos más relevantes.

28. El índice de colaboración de los trabajos analizados es de 4.26. Este valor se puede considerar alto para el campo de las Ciencias Sociales e indica que se trata de una disciplina adaptada a los últimos tiempos, en donde prima el trabajo en equipos multidisciplinares. El índice de colaboración en los distintos años del periodo estudiado es similar, excepto en los años, 1993 y 2005 en los que se recogieron dos y un trabajo respectivamente, por lo que el resultado de 1 y 6 en el índice de colaboración no es muy representativo del resto de los años.

2.4.4 Implicaciones metodológicas

La investigación realizada sobre evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos a través del estudio bibliométrico aporta datos relevantes para establecer las siguientes implicaciones metodológicas:

A) Características de los estudios

1ª.- Existen pocos estudios transversales de investigación en general y los de evaluación en concreto se realizan, normalmente, en un país o región determinado. El evaluador debe tener en cuenta **el carácter contextual de los estudios porque cada lugar tiene características especiales que lo diferencian del resto**. Por ello, en algunos lugares tiene sentido recoger la variable etnia, debido a la presencia de distintos grupos y en otros no es necesario.

2ª.- **El formato del informe final de una investigación implica tener en cuenta unos determinados protocolos**. Por ejemplo, no es lo mismo presentar un informe en forma de tesis, que en forma de artículo de revista. También hay que tener en cuenta el tipo de audiencia a la que va dirigido, si tienen conocimientos científicos, si no los tienen, si son los propios usuarios del programa evaluado, si son políticos, etc.

3ª.- **Deberemos tener en cuenta el tipo de centro o institución** (público, privado, mixto), a la hora de pedir los permisos necesarios para evaluar, comunicar, publicar e informar de los resultados obtenidos en todo el proceso evaluativo.

4ª.- **Identificar el tipo de evaluación realizada**. Esta, siempre que se pueda, debería ser: “ex –ante / ex -post” si no se puso en marcha el programa, “interna / externa” si se puede contar con un equipo evaluador externo al programa. Y “formativa / sumativa” si los recursos y las personas implicadas lo permiten.

5ª.- **El alcance o ámbito de la evaluación debe permitir conocer lo que se está haciendo en otros lugares**. Los trabajos de evaluación deben de realizar una revisión bibliográfica previa para conocer el “estado de la cuestión”. Esta revisión, dependiendo de la envergadura del trabajo, puede tener distintos enfoques, desde un estudio bibliométrico como es este caso, a una revisión específica de informes de investigación sobre la disciplina objeto de evaluación.

6ª.- **El modelo o teoría del que parten las evaluaciones debe estar recogido explícitamente**. Esto facilita la realización posterior del proceso evaluativo e implica que los resultados obtenidos de la evaluación puedan ser contrastados con dicho modelo o teoría, para comprobar si se ratifica o no.

B) Características de los diseños

7^a.- **Los trabajos de evaluación en el campo de las toxicomanías deben especificar los objetivos que persiguen.** Como mínimo deben recoger en torno a dos objetivos, que pueden ser: “Comprobar el consumo de droga en diferentes momentos” e “identificar factores de retención al tratamiento”. También sería necesario tener en cuenta: “la relación del tiempo en tratamiento con el consumo de droga”, “conocer las características o perfil de los residentes del programa” y “relacionar tipo y duración de terapia con consumo de diferentes drogas”.

8^a.- **La finalidad de la evaluación debe estar explícitamente recogida.** Esta debería ser “comprender” el programa evaluado para poder ofrecer pautas de mejora, al programa o C.T., llegando si se puede a “transformar”. Las evaluaciones dirigidas a “verificar”, si se cumplen o no los objetivos que se propuso el programa, suelen ofrecer poca ayuda a los usuarios del mismo que son, en definitiva, los verdaderos protagonistas.

9^a.- **Las evaluaciones de “programas y C.T.s” deben de tener varios criterios de valoración (eficacia, eficiencia, efectividad, de calidad, etc.) para realizar los juicios de valor.**

11^a.- **La metodología a emplear en el diseño debe de estar adaptada al tipo de evaluación que queramos realizar, del tiempo a emplear y de los recursos disponibles.** Esta es necesario que sea pertinente y se adapte a las condiciones de partida del programa/s y/o comunidad/es terapéutica/s a evaluar y no al revés. Así, dependiendo de la ocasión puede ser: “experimental”, “cuasiexperimental”, “selectiva” y “observacional”.

12^a.- **Las evaluaciones deben de tener algún sistema de control, si puede ser un “grupo de control” y este es equivalente sería lo mejor.** Como esto es difícil en el campo de las toxicomanías, se puede optar entonces por el “control reflexivo”, “a la sombra” o “genérico”, dependiendo del programa a evaluar.

13^a.- **Las variables deben aparecer recogidas explícitamente en los informes evaluativos.** Algunas de las más relevantes en el campo de las toxicomanías son:

- De clasificación.- sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, nivel de estudios, estado civil, situación jurídica), historial de consumo (droga principal de uso y otras utilizadas, tratamientos anteriores, nivel de consumo al día/semana/mes, años de dependencia, edad de inicio al consumo), estado de salud (desórdenes mentales, enfermedades contagiosas, necesidad de tratamiento) y datos familiares (vivienda propia, hijos a cargo, número de hermanos).

- De información.- consumo de drogas, tiempo de duración en el programa/tratamiento, tipo de desorden psicológico/psiquiátrico, consumo de alcohol, situación laboral y/o educativa, actividades delictivas, estado de salud general, grado de integración social y familiar.

- De intervención.- tipo de tratamiento o programa donde se encuentra el residente, además se pueden tener en cuenta las acciones o terapias aplicadas en cada momento dentro del programa o comunidad terapéutica.

14^a.- **Las técnicas e instrumentos de recogida de información a utilizar deben de adaptarse al enfoque inicial que tenga la evaluación.** Como técnica cuantitativa, tenemos la entrevista estructurada mediante el cuestionario A.S.I. (Addiction Severity Index). Las técnicas e instrumentos cualitativos que se elaboran *ad-hoc* para cada evaluación deben recoger información de varias audiencias para poder triangularla y garantizar su relevancia.

15^a.- **El tipo de muestreo a utilizar debe ser aquel que garantice la representatividad de la muestra,** si se puede conseguir mediante un muestreo “probabilístico” tanto mejor, pero a veces esto no es posible y se suelen realizar muestreos “polietápicos” que combinan varios tipos de muestreo. Por ejemplo, por cuotas con intencional, por cuotas con probabilístico, etc.

16^a.- **El tamaño de la muestra del estudio puede ser variable, pero debe estar adecuada a los fines y recursos que contemple el trabajo.** De este modo, la evaluación podrá ser viable y los resultados obtenidos representativos.

17^a.- **Las audiencias a tener en cuenta deben incluir al mayor número de grupos que participan en el programa o C.T. evaluada.** La audiencia principal que casi todas las evaluaciones tienen en cuenta son los “residentes” (ex -toxicómanos). Pero es también importante tener en cuenta a los “familiares”, pues ellos sufren el problema conjuntamente con los “terapeutas” y otros implicados como los “voluntarios” y el “personal sanitario” que puedan colaborar en el proceso de rehabilitación.

18^a.- **Las técnicas de análisis de datos a tener en cuenta dependen de la información recogida y se utilizarán aquellos análisis que tengan sustento matemático y que aporten resultados significativos para el trabajo evaluativo realizado.** Se evitarán los análisis que no aporten información relevante y que se incluyan por el simple hecho de que sean factibles desde el punto de vista matemático.

C) Características de los resultados

19^a.- **Las evaluaciones deben de tener un apartado de conclusiones donde se de cuenta de los objetivos o hipótesis propuestas.** Además es importante que recojan algunos puntos fuertes y débiles del programa o C.T. evaluada para realizar las recomendaciones pertinentes y poder mejorarlo.

20^a.- Por último, **las evaluaciones deben de incluir algún sistema de metaevaluación o protocolo de buenas prácticas para comprobar que el proceso se realizó correctamente y respetando los derechos de todas las personas incluidas en la misma.** Los estándares propuestos por el *Joint Committee* podrían ser un buen ejemplo de protocolo para revisar las evaluaciones.

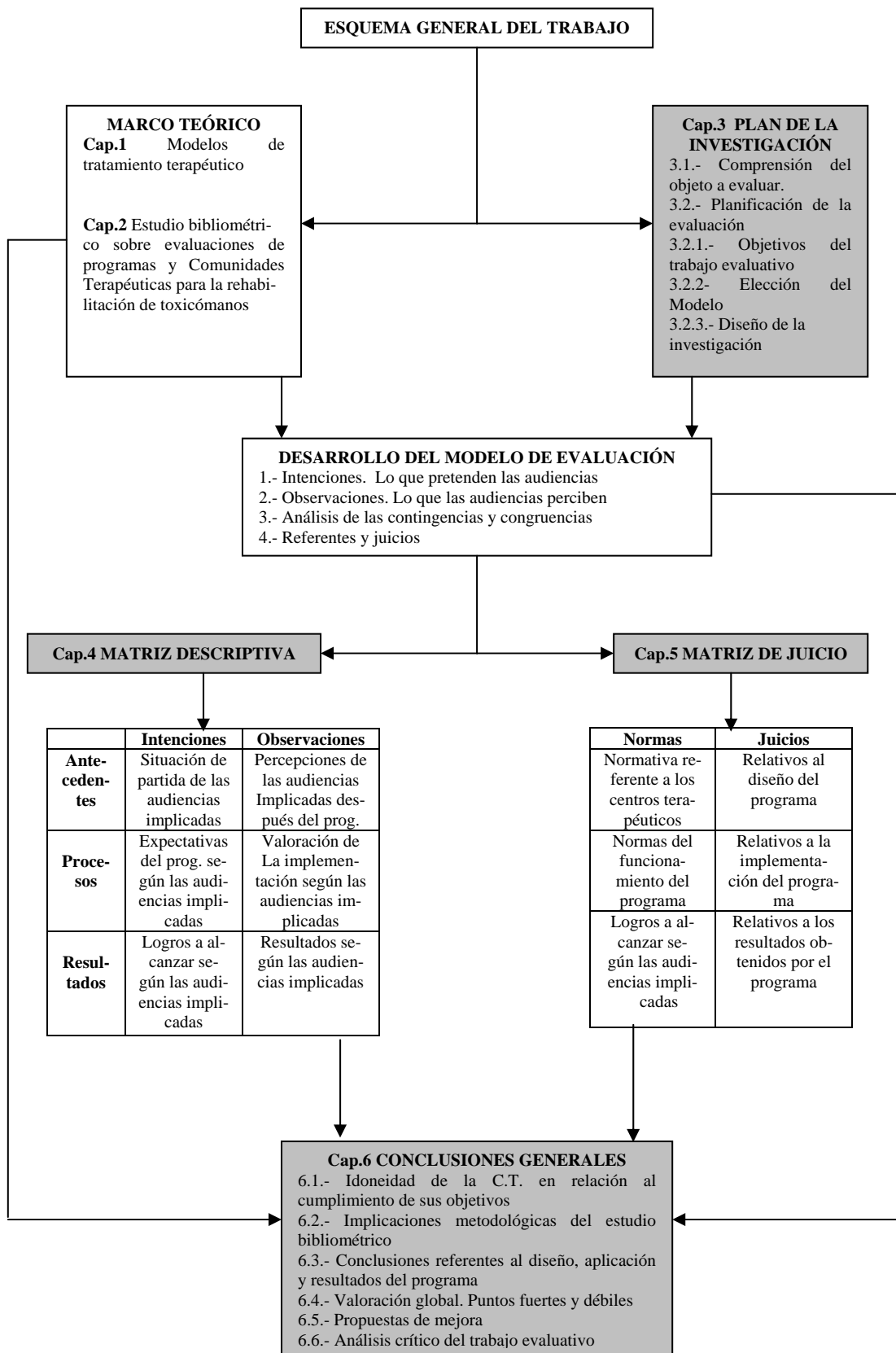
PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO III: PLAN DE LA INVESTIGACIÓN

**CAPÍTULO IV: RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LA
INFORMACIÓN. MATRIZ DESCRIPTIVA**

**CAPÍTULO V: VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS.
JUICIOS Y ESTIMACIONES**

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES GENERALES



	Intenciones	Observaciones
Antecedentes	Situación de partida de las audiencias implicadas	Percepciones de las audiencias Implicadas después del prog.
Procesos	Expectativas del prog. según las audiencias implicadas	Valoración de La implementación según las audiencias implicadas
Resultados	Logros a alcanzar según las audiencias implicadas	Resultados según las audiencias implicadas

Normas	Juicios
Normativa referente a los centros terapéuticos	Relativos al diseño del programa
Normas del funcionamiento del programa	Relativos a la implementación del programa
Logros a alcanzar según las audiencias implicadas	Relativos a los resultados obtenidos por el programa

CAPÍTULO III

Capítulo 3. Plan de la investigación

3.1 Comprensión del objeto a evaluar

3.1.1 Base lógica del programa

3.1.2 Objetivos del programa

3.1.3 Metodología y principios de actuación del programa

3.1.4 Técnicas y estrategias terapéuticas

3.1.5 Temporalización del programa. Fases

3.1.6 Estructura de recursos

3.1.7 Sistema de evaluación planteado por el programa

3.1.8 Valoración crítica del programa planteado inicialmente

3.2 Planificación de la evaluación

3.2.1 Objetivos del trabajo evaluativo

3.2.2 Elección del modelo

3.2.3 Diseño de la investigación

3.2.3.1 Acceso al campo y negociación del contrato

3.2.3.2 Planificación de la información a recoger

3.2.3.3 Selección de la muestra

3.2.3.4 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

3.2.3.5 Técnicas de análisis de datos

3.2.3.6 Criterios para interpretar los resultados del trabajo evaluativo

3.2.3.7 Temporalización del trabajo

3.2.3.8 Tipificación del diseño del estudio evaluativo

3. Plan de la Investigación

Una vez que hemos explicitado los aspectos teóricos relacionados con los tratamientos para la rehabilitación de toxicómanos, la evaluación de programas y las evaluaciones realizadas a C.T.s y programas para la rehabilitación de toxicómanos, corresponde especificar el plan que vamos a utilizar para realizar la parte empírica de la tesis doctoral.

La primera tarea que debemos tener en cuenta al plantear una evaluación es identificar y comprender el objeto a evaluar. Por ello, vamos a describir el programa en una C.T. para la rehabilitación de toxicómanos, concretando sus características más relevantes, a saber:

- Datos relevantes sobre la C.T. objeto de evaluación.
- La base lógica del programa; sus planteamientos filosóficos, teóricos e intenciones que subyacen al mismo.
- Los objetivos y su conexión con el plan en el que está incluido el programa.
- La metodología utilizada y la organización de las actividades, además de los principios metodológicos.
- La temporalización del programa y sus fases, así como los recursos de los que dispone el programa y el sistema de evaluación planteado por el mismo.

Una vez especificadas estas cuestiones concretaremos la planificación de la evaluación, en el que se detallarán las siguientes cuestiones:

1.- La hipótesis de partida y la finalidad que nos proponemos con este trabajo. Así como los objetivos generales y específicos del mismo.

2.- El modelo o marco teórico desde el que pretendemos evaluar el programa. Esto implica argumentar los supuestos teóricos de los que partimos, para abordar en función de los mismos, todas las actividades posteriores que realicemos.

3.- El diseño metodológicos que vamos a utilizar. Aquí haremos referencia a las acciones del plan que vamos a llevar a cabo para configurar el diseño evaluativo como son: acceso al campo y negociación del contrato, selección de las variables objeto de estudio, técnicas e instrumentos para recoger la información, procedimientos de análisis de la información y temporalización del trabajo.

Por último, y a modo de resumen del capítulo, plantaremos la tipificación del diseño según las categorías propuestas por De Miguel (2000b). En este apartado se especifican las características más relevantes del diseño en cuanto al grado de planificación, la metodología empleada y el sistema de control planteado.

3.1 Comprensión del objeto a evaluar

Como ya señalamos anteriormente, en todo proceso evaluador la primera acción que debemos realizar es conocer y comprender el objeto que vamos a evaluar. Para ello, es necesario especificar algunos datos relevantes sobre la C.T. objeto de evaluación y son los siguientes:

1.- Denominación: Programa de Comunidad Terapéutica del Caudal para la Rehabilitación de Toxicómanos de Mantenimiento con Metadona.

2.- Ubicación: El lugar donde se sitúa el programa corresponde con un concejo que se extiende por la zona centro del Principado de Asturias, concretamente en la cuenca del río Caudal, con una extensión de 146,03 Km² y una población de 50.000 habitantes aproximadamente, zona minera por excelencia. El centro donde se realiza el programa objeto de evaluación, se encuentra situado en la “casa consistorial” (antiguo ayuntamiento) que el ayuntamiento del concejo cedió para realizarlo. Ésta se encuentra en el núcleo urbano del concejo.

3.- Edificio: Consta de tres pisos y un jardín exterior de 150 m² aproximadamente.

En el primer piso se encuentran los siguientes espacios:

- Un hall de 8 m² para recibir a las personas que accedan al centro.
- Un patio interior (9 m²) con fútbolín para uso de los residentes.
- Una cocina (16 m²) equipada con los instrumentos necesarios para preparar las comidas de todos los residentes del centro.
- La sala de los terapeutas (15 m²) donde realizan el trabajo de gabinete los terapeutas
- Un comedor (25 m²) donde se realiza el desayuno, pausa mediodía, merienda y cena.
- Un salón (16 m²) equipado con televisión y equipo de música.

Segundo piso:

- Cuatro salas de 10 m² aproximadamente, donde se realizan las actividades terapéuticas.

Tercer piso:

- Habitaciones para los varones y baños.
- Habitaciones para las mujeres y baños.

4.- Personal integrante del programa:

- Residentes (extoxicómanos) con permanencia a tiempo total en el programa.
- Terapeutas (director, terapeuta ex-residente, terapeutas externos al programa).
- Familias y/o de los residentes del programa.
- Voluntarios con diferentes funciones en el programa.

A continuación, como señalamos anteriormente, pasamos a especificar la base lógica del programa.

3.1.1 Base lógica del programa

El programa ofrece, a través de la C.T., un conjunto de acciones e instrumentos organizados y estructurados tendentes a conseguir que la persona a través de la experiencia compartida con otras, en su misma o parecida situación, tome conciencia de su realidad (autoconocimiento) y de sus verdaderas capacidades y habilidades, para ponerlas en juego y desarrollarlas con el objetivo de lograr alcanzar la finalidad última de todo el proceso, la reinserción social libre de drogas tipificadas por la ley como ilegales.

El concepto de “Comunidad” se podría definir como aquel grupo de personas que se unen para alcanzar uno o varios objetivos que por sí solas no podrían o les sería muy difícil lograr. La palabra “terapéutica” proviene del griego “therapeutikos” que significa “cambio” y hace referencia al objetivo que se persigue. Por tanto, nos encontramos ante un grupo de personas que por su problemática compleja, acuden voluntariamente al contexto de una comunidad para ayudarse a sí mismos y a los demás a superar sus problemas.

La C.T. se ha mostrado como un recurso eficaz para personas con problemas de adicción, enfocando el tratamiento hacia la abstinencia. Esto sigue siendo así, pero también en los últimos años se está trabajando en las C.T.s con personas que siguen un tratamiento de mantenimiento de metadona o con algún trastorno psiquiátrico con esperanzadores resultados.

El programa de C.T. que pretendemos evaluar apuesta por un enfoque holístico e integrador en donde tienen cabida diferentes modelos y las teorías que subyacen a los mismos, ya que el tratamiento de los sujetos toxicómanos es complejo e implica a colectivos como la familia y el grupo de iguales.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, el Modelo Psicodinámico tiene su utilidad en la C.T. desde el momento en que ésta persigue que los residentes aprendan a manejar situaciones emocionales extremas y que sepan expresar los sentimientos que les producen, con el grupo de iguales. Las estrategias terapéuticas en las que se utiliza este modelo son, principalmente, los grupos de autoayuda y el resto de las reuniones en las que participan los residentes para exponer algún problema común.

El Modelo Conductual y las teorías del refuerzo se aplican, fundamentalmente, mediante las normas de disciplina y convivencia del centro, dado que se refuerzan con

premios las conductas que ayudan a mejorar la convivencia y se penalizan las que impiden o retrasan el proceso terapéutico. Generalmente, los refuerzos positivos y negativos se aplican a los sujetos en las entrevistas individuales.

La C.T. concibe al individuo como parte de un todo que es la familia. Los sujetos toxicómanos suelen tener desajustes en sus relaciones familiares que les llegan a producir un gran malestar afectivo. El Modelo de Orientación Sistémico se utiliza, en estos casos, en el tratamiento familiar que desde la C.T. se le ofrece al residente y a sus familiares próximos, mediante las reuniones y los grupos de apoyo a la familia.

Los sujetos toxicómanos deben de cambiar comportamientos desadaptados que realizan habitualmente, pensamientos negativos de lo que les ocurre en el día a día y sentimientos de culpabilidad que les llevan a consumir drogas. En la C.T. mediante el Modelo Psicoterapéutico y las teorías cognitivas aplicadas, tanto individualmente como en grupo, se intenta que los residentes reflexionen sobre sus conductas y pensamientos para conseguir un estilo de vida satisfactorio.

En esta dirección se plantea este recurso, una C.T. para residentes que permaneciendo, mientras lo deseen con un tratamiento de mantenimiento con metadona quieran realizar un proceso de cambio hacia un mejor estilo de vida, en tres áreas básicas: área Personal, de Salud y Socio-Laboral. La C.T., por tanto, está proyectada en sus objetivos y estructurada en su metodología para que los residentes realicen un proceso, desde una perspectiva integral bio-psico-social, hacia la autonomía personal.

3.1.1.1 Modelo de intervención y terapia desde una perspectiva social y psicológica

Debido a la complejidad que supone definir todos los aspectos que están incluidos en este programa y las teorías que subyacen al mismo, sin ánimo de ser exhaustivos y a pesar de caer en el reduccionismo de toda clasificación, sí que podemos tipificar o entender la C.T., desde una **perspectiva social y psicológica**, de la siguiente manera:

Desde una **perspectiva social**:

- La C.T. se entiende como una organización social, ya que los resultados obtenidos y las personas que ingresan en el centro en donde se implementa el programa no se pueden entender independientemente de los procesos que realizan en el centro y de su satisfacción con el mismo. El objetivo, por tanto, del centro es mejorar las relaciones que se dan en el mismo, para así elevar el bienestar de los individuos en el trabajo diario.
- La C.T. tiene una perspectiva abierta, es decir, este programa difícilmente podrá ser entendido sin tener en cuenta el contexto que lo rodea ya que se creó atendiendo a una

demanda del mismo. Y tiene como objetivo último la reinserción social de las personas que pasan por él, por lo que el centro interacciona con el contexto donde se encuentra y viceversa.

- La C.T. tiene un enfoque cultural, dado que al surgir de una demanda social, tiene su propia estructura y funcionamiento que determina su propia personalidad. Utilizando precisamente esta personalidad como motor de su funcionamiento. Es necesario, por tanto, tener en cuenta los aspectos no formales y simbólicos como los valores, normas implícitas, filosofía, etc., que habitualmente en otros casos son considerados como menos importantes.

- Metodológicamente, podríamos entender el programa desde una perspectiva interpretativa. Para su estudio y evaluación deberíamos acercarnos más a los paradigmas cualitativos en cuanto a diseño, técnicas de recogida de datos y análisis de los mismos. Aunque esto no implique obviar y suprimir los aspectos cuantitativos que ayuden a conocer mejor la realidad del centro.

A pesar de que caben otros análisis desde otras perspectivas también válidas (macro-micro, subjetivo-objetivo). No obstante, con estos cinco aspectos tratados, creemos que pueden ser suficientes para definir la C.T. objeto de estudio.

Desde una **perspectiva psicológica:**

- La C.T. la debemos entender no tanto como un método, sino más bien como una filosofía de vida; su fundamento se sitúa en el concepto de autoayuda, garantizada por la ética de la solidaridad. Se trata de crear un ambiente educativo terapéutico basado en la filosofía de la autoayuda, en una ética de solidaridad comunitaria.

- El objetivo principal es promover un proceso de desarrollo personal a través de una interacción social que tiende a la autonomía. El modelo teórico que se aplica aquí es el de “Comunidad Terapéutica”, de tal manera que según este modelo todas las actividades desarrolladas en el mismo van dirigidas a producir cambios educativos en los usuarios. Siendo los propios usuarios los mediadores y facilitadores de los cambios terapéuticos y educativos.

- Las teorías existentes que se pueden aplicar en la C.T. son muchas: condicionamiento instrumental operante (Skinner), aprendizaje social por imitación de modelos (Lorenz y Bandura), teoría de la Gestalt (Maslow, Rogers y Lewin), la psicología genético-cognitiva (Piaget y Bruner), la psicología dialéctica (Vigotsky, Luria, y Leontiev) y el aprendizaje significativo (Ausubel).

- Todas estas teorías tienen una parte más o menos amplia que se puede aprovechar. Aunque existen más, aquí solo hacemos referencia a las que tienen mayor presencia en el programa, ya que en el desarrollo práctico del modelo de “Comunidad Terapéutica” se realizan intervenciones que utilizan una gran variedad de supuestos teóricos, a veces de modo ecléctico, para adaptarse a los casos concretos (Maturana & Varela, 1990).

- Las familias de los residentes no se pueden olvidar en un programa como éste. Aunque las teorías anteriormente expuestas tienen validez, con las familias, cobra relevancia las teorías psicológicas prácticas de “terapia breve” propuestas por autores como O`hanlon, Code, etc. Las intervenciones a través de grupos familiares son continuas y puntuales a lo largo del programa y van encaminadas a producir cambios rápidos.

- Una definición apropiada de “terapia breve” la ofrece Code & O`hanlon (1995: 22) citando a Haley (1973):

“La terapia puede denominarse estratégica si el terapeuta inicia lo que sucede en ella y diseña un enfoque particular para cada problema... (El terapeuta) debe identificar los problemas resolubles, establecer metas, diseñar intervenciones para alcanzar esas metas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y en última instancia, examinar el resultado de su terapia, a fin de ver si ha sido eficaz. El terapeuta debe ser agudamente sensible y receptivo al paciente y a su campo social, pero el mismo tiene que determinar su modo de proceder”.

La terapia breve es un aprendizaje pragmático que se negocia con las familias, ayudándolas a marcarse objetivos para buscar soluciones concretas a problemas concretos.

3.1.2 Objetivos del programa

En este programa existen explícitos una serie de objetivos generales y específicos que orientan la práctica diaria. Además, también están especificados los objetivos del “plan” a los que el programa trata de ayudar a su consecución.

3.1.2.1 Objetivos comunes con el Plan Regional Sobre Drogas

La existencia de un programa se justifica por “la situación específica de necesidad que se manifiesta en el ámbito comunitario de referencia y a la que se trata de dar respuesta. Además debe contribuir a la consecución de los objetivos de un plan mas general” García y Ramírez (1996: 68), por eso el presente programa está en conexión con el Plan Regional Sobre Drogas (P.R.S.D.).

En el P.R.S.D. se incluyen varios tipos de programas para la rehabilitación de toxicómanos, como por ejemplo: Programas de C.T. libre de drogas, Programas para la deshabituación a la cocaína, Programas ambulatorios libre de drogas, y Programas ambulatorios de mantenimiento con metadona.

Además el P.R.S.D. también incluye los programas de C.T. para usuarios con un tratamiento de mantenimiento con metadona. El programa objeto de evaluación contribuye a la consecución de los siguientes objetivos generales del P.R.S.D.:

A) “Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma continuada en Asturias”.

El programa, dentro de este objetivo general, trata de dar cumplimiento a los siguientes objetivos específicos:

- Reducir la prevalencia de consumidores habituales de tranquilizantes sin receta en la población general.
- Reducir la prevalencia de consumidores habituales de drogas ilegales en la población general.
- Aumentar el número de personas con problemas derivados del consumo de alcohol y de drogas ilegales que se encuentran a tratamiento.

B) “Disminuir de forma significativa la frecuencia de aparición de problemas derivados del consumo de alcohol y de drogas ilegales que se encuentran a tratamiento”.

El programa, dentro de este objetivo general, trata de dar cumplimiento a los siguientes objetivos específicos:

- Reducir la mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas.
- Reducir el uso de la vía parenteral en el consumo de drogas.
- Reducir la incidencia de infección por V.I.H., hepatitis y tuberculosis entre consumidores de drogas por vía parenteral.

C) “Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencias”.

El programa, dentro de este objetivo general, trata de dar cumplimiento a los siguientes objetivos específicos:

- Aumentar la proporción de personas con problemas de drogodependencias en programas terapéuticos alternativos a la pena de privación de libertad.
- Aumentar la proporción de personas con problemas de drogodependencias en situación de necesidad que reciben ayuda económica.
- Aumentar la proporción de personas con problemas de drogodependencias incluidas en diferentes programas de reincorporación social.

3.1.2.2 *Objetivos generales y específicos del programa de C.T.*

Además de los objetivos relacionados con el Plan Regional sobre Drogas, el programa especifica sus propios objetivos generales de cada área (personal, de salud y socio-laboral) lo que es coherente con la “base lógica” del programa antes comentada, que va dirigida al desarrollo bio-psico-social del individuo. Por último, se detallan los objetivos específicos que desarrollan cada objetivo general.

Objetivos Generales y Específicos

Ya que el programa trata de elevar la calidad de vida de los residentes en las áreas antes mencionadas, es lógico que cada una de estas áreas tenga un objetivo u objetivos generales a conseguir. Para lograr los objetivos generales, el programa contempla una serie de objetivos más precisos, que son los específicos y que a continuación detallamos:

Área Personal.-

- 1.- Alcanzar un grado suficiente de autoconocimiento que propicie la mejora en los planos comportamental, emocional y cognitivo permitiendo al residente alcanzar un estilo de vida satisfactorio.
 - 1.1.- Manejar y adquirir autocontrol en situaciones de estrés y de conflicto.
 - 1.2.- Tomar conciencia y responsabilizarse sobre los propios comportamientos respecto de sí mismo y del entorno social.
 - 1.3.- Conocer la respuesta emocional propia y los estímulos que la provocan.
 - 1.4.- Aprender los cauces más adecuados y funcionales para la expresión de las emociones.
 - 1.5.- Alcanzar una buena estabilidad afectiva que permita al residente sentirse aceptado y estimado por su entorno más próximo (familia, amigos y compañeros del centro).
 - 1.6.- Alcanzar la suficiente autonomía emocional entendida como capacidad para sentirse bien consigo mismo en las decisiones que tome y en sus consecuencias.
 - 1.7.- Conocer, consolidar y reforzar las habilidades y capacidades adquiridas previamente al ingreso en la C.T., útiles para la reinserción social.
 - 1.8.- Adquirir conciencia e identificar los pensamientos erróneos e inadecuados sobre sí mismo y sobre el entorno para cambiarlos.
 - 1.9.- Adquirir la capacidad para fijar metas y objetivos a corto, medio y largo plazo y las acciones más adecuadas para lograrlos.

Área de Salud.-

2.- Mantener la vinculación con la Unidad de Tratamiento de Toxicómanos y cumplir el proceso de medicación a lo largo de la duración de la C.T.

2.1.- Responsabilizarse y controlar el tratamiento médico previo al ingreso en la C.T.

2.2.- Conocer y utilizar los recursos sanitarios a su alcance.

3.- Adquirir hábitos de vida saludables en el ámbito de la higiene, las relaciones con los iguales y en el ocio y tiempo libre.

3.1.- Adquirir hábitos de higiene bucodental, aseo diario, alimentación y sueño.

3.2.- Conocer las conductas que ponen en riesgo la propia salud y la de los demás.

3.3.- Realizar ejercicio físico adecuado al estado del residente.

Área Socio-laboral.-

4.- Establecer una red de apoyo social y familiar que favorezca la integración y reinserción del residente de forma que le reporte estabilidad y autonomía, para alcanzar una plena inserción laboral en el mercado de trabajo.

4.1.- Restablecer la relación con los familiares siempre que sea posible y demandado por el residente y el resto de los miembros del sistema familiar.

4.2.- Conocer por parte del residente el rol que desempeña en su familia.

4.3.- Recuperar, mantener y/o aumentar en número y calidad la red social del residente con personas que le aporten estabilidad, afecto y soporte para mantener un estilo de vida más satisfactorio.

4.4.- Fomentar el conocimiento y la participación del residente en actividades de ocio, tiempo libre y cultura del entorno en el que vive.

4.5.- Aprender a utilizar los propios recursos formativos, temporales y económicos.

4.6.- Desarrollar un programa individual de inserción laboral que conste de:

a) La formación profesional específica.

b) El desarrollo de habilidades sociolaborales.

c) Un proyecto personalizado de búsqueda de empleo.

Todos los objetivos aquí propuestos se deberán alcanzar por los residentes del programa en el tiempo y con la metodología que a continuación especificaremos.

3.1.3 Metodología y principios de actuación del programa

La C.T.²¹ como método o modelo terapéutico tiene, según De Leon, (2004), tres características principales:

- 1.- Utilización de los pares para facilitar el proceso de cambio educativo que conlleve un estilo de vida diferente al que llevaban antes de entrar en el programa.
- 2.- El tratamiento dura 24 h. al día ya que cualquier aspecto del proceso terapéutico (actividades terapéuticas programadas en el centro) como de la convivencia diaria puede ser utilizado para fomentar un cambio de actitud en el residente.
- 3.- El tratamiento desde su inicio hasta su fin puede llegar a durar 1 año o más en función de las necesidades de cada residente. El programa tiene 3 fases: acogida, comunidad y reinserción que son flexibles en el tiempo.

Dentro de este marco general que forman las tres características antes citadas podemos decir que se trata de un programa que se implementa a través de actividades, tanto específicas de terapia, como de desarrollo del proceso de convivencia. Todas las actividades están programadas según la planificación de actividades del centro, como puede verse en la tabla 63.

Las actividades terapéuticas (grupos de autoayuda, reunión de la casa y grupos de salud/seminario) y la medicación son desarrolladas por los terapeutas que también se encargan de organizar los sectores de trabajo y los turnos de limpieza. Las actividades de la tarde dirigidas al uso adecuado del tiempo libre y ocio son desarrolladas por voluntarios del centro, de tal manera que cada voluntario realiza una actividad en la que es especialista. Como por ejemplo, los talleres de pintura, de lectura, de ortografía y gramática, de cocina, de manualidades, etc. El voluntario que realiza esta actividad lo hace a largo de todo el año, siendo estable su presencia en el centro.

El Sábado y Domingo no hay actividades terapéuticas ni sectores de trabajo, en vez de ello se saldrá de paseo. La hora de levantarse es las 8:30 y la de acostarse las 00:30. El resto del horario sigue igual aunque se adaptará a las personas que se queden en el centro, ya que los residentes que puedan salir irán a sus casas con la familia, cumpliendo igualmente el horario.

²¹ Para un estudio detallado de la Comunidad Terapéutica como modelo terapéutico ver Cap.1, apartado 1.5

Tabla 63. Planificación de las actividades del centro

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
MAÑANA	MAÑANA	MAÑANA	MAÑANA	MAÑANA
7:30 Levantarse	7:30 Levantarse	7:30 Levantarse	7:30 Levantarse	7:30 Levantarse
7:40 Bajar desayuno	7:40 Bajar desayuno	7:40 Bajar desayuno	7:40 Bajar desayuno	7:40 Bajar desayuno
8:00 Desayuno	8:00 Desayuno	8:00 Desayuno	8:00 Desayuno	8:00 Desayuno
8:30 Turno limpieza	8:30 Turno limpieza	8:30 Turno limpieza	8:30 Turno limpieza	8:30 Limpieza general
Habitación o Baños	Habitación o Baños	Habitación o Baños	Habitación o Baños	Habitación/Baños
8:45 Medicación	8:45 Medicación	8:45 Medicación	8:45 Medicación	8:45 Medicación
9:00 Sectores trabajo	9:00 Sectores trabajo	9:00 Sectores trabajo	9:00 Sectores trabajo	9:00 Sectores trabajo
10:00 Parada fumar	10:00 Parada fumar	10:00 Parada fumar	10:00 Parada fumar	10:00 Parada fumar
11:00 Pausa/Pincho	11:00 Pausa/Pincho	11:00 Pausa/Pincho	11:00 Pausa/Pincho	11:00 Pausa/Pincho
11:30 Grupos de autoayuda	11:30 Deporte	11:30 Grupo de Salud/Seminario	11:30 Deporte	11:30 Grupo de Autoayuda
13:00 Sectores trabajo	14:00 Comida	13:00 Sectores trabajo	14:00 Comida	13:00 Sectores trabajo
14:00 Comida		14:00 Comida		14:00 Comida
TARDE	TARDE	TARDE	TARDE	TARDE
14:45 Medicación	14:45 Medicación	14:45 Medicación	14:45 Medicación	14:45 Medicación
15:00 Turno/ Limpieza comedor o descanso	15:00 Turno/ Limpieza comedor o descanso	15:00 Turno/ Limpieza comedor o descanso	15:00 Turno/ Limpieza comedor o descanso	15:00 Turno/ Limpieza comedor o descanso
15:45 Reunión de la casa	15:45 Reunión de la casa	15:45 Reunión de la casa	15:45 Reunión de la casa	15:45 Reunión de la casa
16:30 Actividad	16:30 Actividad	16:30 Actividad	16:30 Actividad	17:00 Paseo
18:15 Merienda	18:15 Merienda	18:15 Merienda	18:15 Merienda	18:15 Merienda
18:30 Paseo	18:30 Paseo	18:30 Paseo	18:30 Paseo	19:30 Cocina
19:40 Cocina/Sectores	19:00 Grupo Reinserción	19:40 Cocina/Sectores	19:00 Grupo Reinserción	21:00 Cena
20:30 Fin de sectores	19:40 Cocina/Sectores	20:30 Fin de sectores	19:40 Cocina/Sectores	21:45 Fin cena
21:00 Cena	20:30 Fin de sectores	21:00 Cena	20:30 Fin de sectores	22:00 Turno/Limpieza comedor
21:45 Fin cena	21:00 Cena	21:45 Fin cena	21:00 Cena	24:00 Acostarse
22:00 Turno/Limpieza comedor	21:45 Fin cena	22:00 Turno/Limpieza comedor	21:45 Fin cena	
23:30 Acostarse	22:00 Turno/Limpieza comedor	23:30 Acostarse	22:00 Turno/Limpieza comedor	
	23:30 Acostarse		23:30 Acostarse	

Por último, en este programa podemos identificar unos **principios metodológicos generales** que rigen el funcionamiento diario del centro. Se pueden organizar en torno a los siguientes aspectos: los objetivos, el proceso terapéutico, los recursos y la evaluación.

A.- Referentes a los objetivos:

- A.1 Programación de objetivos donde lo biológico, lo psicológico y lo social estén en equilibrio.
- A.2 El usuario es protagonista de su proceso y él decide hasta dónde avanza en los objetivos que propone el presente programa.
- A.3 Orientación terapéutica de todas las actividades que se desarrollen en la C.T.
- A.4 Respeto de las normas básicas de no violencia y no introducción y/o consumo de drogas o alcohol en la C.T.

B.- Referentes al proceso terapéutico:

- B.1 Comprensión de los procesos de cambio de manera integral, atendiendo a diferentes áreas de la persona, promoviendo cambios saludables en el estilo de vida y una suficiente integración social y laboral.

B.2 Visión positiva de los usuarios como personas capaces de cambio y responsables de sus comportamientos.

B.3 Establecimiento de periodos flexibles para alcanzar objetivos similares.

B.4 Polarización de la acción terapéutica en los cambios en los estilos de vida y no tanto en la abstinencia de sustancias adictivas.

B.5 Autonomía del Equipo Terapéutico para proponer los cambios de tratamiento que considere más adecuados en cada momento y la consiguiente derivación a otros recursos de la red del Plan Regional sobre Drogas.

B.6 Establecimiento del marco terapéutico en términos de ayuda mutua.

B.7 La metodología del proceso terapéutico está fundamentada en el trabajo grupal.

B.8 Promoción del cambio a través de la interacción entre los miembros de la C.T.

B.9 Perspectiva del tratamiento como un periodo transitorio en el usuario.

C.- Referentes a los recursos:

C.1 Complementariedad entre los recursos integrados en la red del Plan Regional Sobre Drogas.

C.2 Optimización de los recursos públicos y privados.

C.3 Asignación individualizada de los usuarios al tratamiento.

C.4 Utilización de cuantos recursos médicos, científicos y farmacológicos estén al alcance del usuario y sean útiles para su estabilización, mantenimiento y consecución de los objetivos del programa de C.T.

D. Referentes a la evaluación:

D.1 Evaluación continuada de procesos y resultados.

3.1.4 Técnicas y estrategias terapéuticas

El presente programa, para regular que su funcionamiento sea ordenado y equitativo con todos los usuarios, contempla una serie de técnicas y estrategias terapéuticas, como se muestra en la tabla 64. Cada área a tratar en el programa debe de tener unas técnicas y unas estrategias terapéuticas apropiadas, para conseguir el desarrollo correcto de los usuarios en las mismas.

En las tres áreas de intervención, la metodología está fundamentada en los grupos de autoayuda y los seminarios. Los que aquí se detallan son los que se proponen para cada área.

Tabla 64. Técnicas y estrategias terapéuticas

ÁREAS	TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
Personal	Grupos de Autoayuda Seminarios Temáticos Grupos Temáticos Entrevistas Reunión de la casa Organización de trabajo en sectores Grupos de valoración y programación Línea de la vida EUROPASI
De salud	Seguimiento médico Actividades de Educación para la Salud Actividades físicas
Socio-laboral	Grupos familiares Visitas programadas de las familias Seminarios para familias Entrevistas individuales Taller de habilidades sociales Programación de salidas de la C.T. Programación de la inserción laboral Programación de actividades de ocio y T.L. Taller de prevención de recaídas

A) Área Personal

En esta área se utilizan preferentemente las siguientes técnicas y estrategias terapéuticas:

Grupos de autoayuda.- Su objetivo es favorecer el proceso de autoconocimiento personal, analizar los comportamientos concretos desde el aquí y ahora, y buscar, junto con los otros miembros del grupo, estrategias de cambio. Partiendo de los bloqueos, vivencias y conductas del pasado se analizan los comportamientos que resultaron funcionales y los que no, para observar cuáles se mantienen en el presente, reforzando los que fueron útiles e incorporando nuevas estrategias más adecuadas.

Seminarios Temáticos.- Con una metodología participativa, se desarrollan en torno a conceptos claves de la C.T.: objetivos de la C.T., estructura organizativa, comunicación, responsabilidad, autoayuda, tiempo libre, áreas del proceso personal, motivación al cambio, normas de la C.T., estilos de vida e inserción Social.

Grupos Temáticos de salud.- Son grupos centrados en la problemática relacionada con las toxicomanías y se tratan contenidos relacionados con enfermedades más comunes de los toxicómanos, comportamientos de riesgo, consumo de drogas legales e ilegales y uso de medicamentos.

Entrevistas.- Es un recurso terapéutico habitual en la relación terapéutica. Se realiza para analizar aspectos concretos del proceso personal del usuario a demanda de éste o del terapeuta que supervisa su proceso.

Reunión de la casa.- Espacio reservado al inicio del día en la C.T. Para analizar los comportamientos de los miembros de la comunidad durante el día anterior, es el momento en el que se pide a los usuarios que expliquen al resto las razones de sus comportamientos y se plantea un compromiso de cambio. También se señala una línea de trabajo sobre la que todos los miembros de la C.T. están pendientes a lo largo del día, para reforzar los comportamientos y hábitos adecuados.

Organización del trabajo en sectores.- Se trabajan aspectos que favorecerán el trabajo en grupo, la capacidad de organización, la disciplina y el autocontrol, además de la responsabilidad sobre lo que se le encarga a cada usuario, habilidades que más adelante serán básicas para su incorporación social.

Grupos de Programación y valoración.- Elaboración de objetivos a corto, medio y largo plazo, objetivos en relación a la familia, al empleo y a la red social, contrastándolos y valorándolos junto con el resto de los miembros del grupo la idoneidad de las metas y los medios para alcanzarlas, centrados en la situación presente del usuario. Aquí se programan los objetivos en relación a la familia, al empleo y a la red social.

Línea de vida.- Dinámica de exploración o recogida de datos sobre la vida pasada del usuario que resulten relevantes en el presente porque puedan explicar determinados comportamientos o porque sea conveniente tratarlos en la actualidad.

EUROPASI.- Cuestionario sobre diferentes aspectos para conocer al residente, en donde se pregunta por datos personales, laborales, de consumo de sustancias que alteran el organismo y jurídicos, así como otros datos de interés (persona de confianza, lugar habitual de consumo, etc.)

B) Área de Salud

En esta área se utilizan preferentemente las siguientes técnicas y estrategias terapéuticas:

Seguimiento médico.- Seguimiento de las incidencias en el estado de salud general del usuario en continua relación con la red pública de salud (Centro de Salud, Centro de Salud Mental, Unidad de Tratamiento de Toxicomanías).

Desarrollo de actividades de Educación para la Salud.- Se realizan a través de talleres de “prevención de daños”, una vez cada quince días en donde se tratan temas como prevención de enfermedades de transmisión sexual, primeros auxilios y consumo de riesgo principalmente. Y de los “grupos semanales de educación para la salud”, una vez a la semana, donde se abordan temas como: alimentación, sueño, higiene personal, higiene en la cocina, V.I.H., hepatitis, efectos de la metadona, etc. En estas dos

actividades se utiliza una metodología activa en la que el usuario analiza sus comportamientos y reflexiona sobre el cambio, a la vez que dispone de información básica sobre prevención de daños y estilos de vida saludables.

Desarrollo de actividades físicas al menos tres veces a la semana.- Realizadas en el polideportivo de la zona, con la finalidad de recuperar el tono muscular y adquirir una mayor calidad de vida.

C) Área Socio-Laboral

En esta área se utilizan preferentemente las siguientes técnicas y estrategias terapéuticas:

Grupos Familiares.- Tienen por objetivo analizar el estilo comunicativo y relacional de los miembros del sistema familiar proponiendo los cambios oportunos.

Visitas programadas de las familias.- Se realizarán en el centro, previo acuerdo de la familia, el residente y el equipo terapéutico. Van dirigidas a que la familia conozca y se puede implicar en el proceso del residente.

Seminarios de libre asistencia para familiares.- Donde se les explican los objetivos de la C.T. y la posible y voluntaria participación en el proceso terapéutico del usuario, con el acuerdo de éste.

Entrevistas individuales.- Se realizan a cada usuario del programa por el terapeuta que lleva el proceso de rehabilitación de dicho usuario.

Taller de Habilidades Sociales.- Se realiza una sesión semanal, en función de la programación de las demás actividades.

Programaciones de Salida de la C.T.- El usuario debe priorizar objetivos, organizando adecuadamente el tiempo disponible y los recursos que se van a emplear, para después contrastar su programación con la opinión del terapeuta.

Programación de la Inserción Laboral.- Donde el usuario debe trazar con el técnico de inserción laboral su propio programa formativo para su integración en el entorno laboral, analizando su experiencia y capacidades así como los déficit y la forma de eliminarlos.

Programación de actividades de Ocio y Tiempo Libre.- Las realiza el usuario bajo su entera responsabilidad y son verificadas por el terapeuta que tenga asignado a su proceso de reinserción.

Taller de prevención de recaídas.- Consiste en un conjunto de conocimientos y técnicas de “modificación de la conducta”, dirigidas a fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento necesarias para el tratamiento de las drogodependencias. La metodología del taller es fundamentalmente práctica, los residentes trabajan de forma práctica en actividades para lograr el objetivo mencionado.

3.1.5 Temporalización del programa. Fases

El programa se divide en tres fases, según la tabla 65, que son: fase de Diagnóstico, de C.T. y de Reinserción.

Tabla 65. Fases y estrategias metodológicas

FASES	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS
Diagnóstico	Entrevista contrato terapéutico Reunión de la casa Sectores de trabajo Actividad física
Comunidad Terapéutica	Reunión de la casa Sectores de trabajo Actividad física Grupos temáticos Línea de la vida Grupos familiares Grupos de autoayuda
Reinserción	Grupos de programación Taller de habilidades sociales Programación salidas de la C.T. Programación de la inserción laboral Programación de Ocio y Tiempo Libre Taller de prevención de recaídas

Dentro de cada fase existen unas estrategias metodológicas propias que se especifican a continuación.

1ª fase: Diagnóstico

Esta fase tiene la finalidad de que el usuario que acaba de llegar al centro vaya conociendo su funcionamiento y adquiera los hábitos indispensables de higiene y comportamiento, su duración es de aproximadamente 1 mes. Además, dependiendo de la evolución del residente al realizar las entrevistas previas, un total de seis, se realizará un diagnóstico, para posteriormente diseñar un plan de intervención individualizado, que se pondrá en práctica en la siguiente fase (C.T.).

Estrategias metodológicas y actividades fundamentales propuestas para esta fase:

- Entrevistas.- Para concretar contrato terapéutico y motivar. Se fomentan además pequeños cambios en el estilo de vida, como la reducción en el consumo de drogas.

- Reunión de la casa, sectores de trabajo y actividad física.- Para ir conociendo el funcionamiento y los compañeros de la C.T.

2ª fase: Comunidad Terapéutica

Esta fase va dirigida a que el residente conozca su propia personalidad. Esto se realiza reflexionando sobre su propia práctica en la C.T. en todo lo referido a sus responsabilidades diarias y las relaciones que mantiene el residente con el resto de miembros de la comunidad. Su duración es entre tres y ocho meses aproximadamente y tiene por objetivos, asumir su propia responsabilidad y aprender a utilizar correctamente los recursos de la comunidad. Por eso aquí se le exige la adquisición de una motivación interna que le permita desarrollar correctamente su proceso terapéutico.

Estrategias metodológicas fundamentales propuestas para esta fase:

- Reunión de la casa.- Para analizar las incidencias del día anterior.
- Sectores de trabajo.- El residente debe conocer como se organiza el trabajo de la casa, aunque en esta fase no se implique mucho.
- Actividad física.- Para empezar a conocer el propio cuerpo realizando una actividad común que favorezca la integración.
- Grupos temáticos.- Partiendo de conductas del pasado, analizar las que fueron funcionales y potenciarlas e incorporar estrategias nuevas para suprimir las no funcionales.
- Línea de vida.- Recogida de datos del pasado que puedan ser útiles en el presente para conocerse.
- Grupos familiares.- Para favorecer la comunicación y el conocimiento mutuo entre residente y familia.
- Grupos de Autoayuda.- Para conocerse y buscar estrategias de cambio junto con los componentes del grupo.

3ª Fase: Reinserción social

La última fase tiene una duración de ocho meses aproximadamente y trata de que el residente además de mantener los objetivos hasta aquí alcanzados, trabaje los aspectos que hacen referencia a las relaciones sociales fuera de la comunidad y a la reinserción laboral.

Estrategias metodológicas y actividades fundamentales propuestas para esta fase:

- Grupos de programación.- Establecer objetivos a corto, medio y largo plazo contrastándolos con demás miembros de la C.T.
- Taller de Habilidades Sociales.- Trabajar distintos aspectos para favorecer la reinserción.
- Programación de salidas de la C.T.- Organizar y priorizar objetivos y recursos.

- Programación de inserción laboral.- Diseño con el técnico de inserción laboral, analizar experiencia y déficits para mejorar.
- Programación de ocio y T.L.- Actividades saludables, opciones alternativas a los ambientes donde se consume droga.
- Taller prevención de recaídas.- Fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento, mediante la modificación de la conducta.

Todas estas estrategias y actividades se implementarán según las necesidades del residente a lo largo de su desarrollo en esta fase.

3.1.6 Estructura de recursos

Cualquier programa terapéutico tiene que tener, para realizar sus acciones previstas, unos determinados recursos. Estos a su vez deben de ser adecuados y estar en coherencia con los objetivos que pretende el programa, de tal manera que el programa sea viable en su ejecución desde la perspectiva de los recursos. En este apartado se detallan los principales recursos, de una manera sintética para adecuarse a la extensión del documento.

3.1.6.1 Equipo Terapéutico: Constitución y Funciones

Constitución.- El equipo terapéutico se constituye en torno a cuatro personas:

- 1.- Un director que realiza funciones de terapeuta como cualquier otro pero que también realiza funciones de coordinación del programa.
- 2.- Un terapeuta que realizó el curso de formación que ofrece el programa y que realiza funciones propias y exclusivas de terapeuta.
- 3.- Dos terapeutas que realizaron el programa como residentes (son ex - toxicómanos) además del curso de formación propio de los terapeutas. Estos terapeutas son los que facilitan la comprensión de ciertas situaciones que se dan entre residentes y que se necesita haber realizado el programa para comprenderlas y hacer de enlace entre los residentes y el proceso terapéutico.

Funciones.- El equipo terapéutico, compuesto por los miembros anteriormente citados, debe de realizar funciones de tres tipos, que son las siguientes:

A) Terapéuticas

- Manejo correcto de la metodología terapéutica que se propone.
- Velar por el contexto terapéutico.
- Seguimiento de los procesos en las tres áreas (personal, de salud y socio-laboral).
- Registro de la información terapéutica relevante en la carpeta terapéutica elaborada específicamente para este programa.
- Toma de decisiones sobre los cambios de fase de los usuarios en la C.T.

- Decidir el momento del Alta Terapéutica.

B) De coordinación

- Reuniones de coordinación con los profesionales de los centros de referencia según se establezca en tiempo y contenidos.
- Reuniones de coordinación interna: turnos, guardias, vacaciones y colaboración entre los miembros.
- Responsabilidades de organización interna:
 - 1.- Procurar el correcto mantenimiento de la infraestructura del centro.
 - 2.- Responsabilidad última en el buen funcionamiento de los sectores de trabajo de la C.T.
 - 3.- Gestionar los recursos de la comunidad de acuerdo a la asignación presupuestaria.

C) De dirección

- Asistencia a las reuniones quincenales de coordinación con los otros recursos de la fundación a la que pertenece el programa que estén en relación con los recursos públicos de atención a drogodependientes.
- Representación externa del Programa de C.T. del Caudal y coordinación con los responsables de los recursos públicos.
- Organización interna del equipo terapéutico asignando las responsabilidades y tareas adecuadas a cada terapeuta.
- Planificar mensualmente el trabajo del programa y evaluar el mes anterior.

3.1.6.2 Otros recursos humanos y materiales

Recursos humanos:

- Dos educadoras de la Fundación C.E.S.P.A. que realizarán tareas de atención de incidencias. Una durante el día y otra durante la noche.
- Un médico responsable del Programa de Salud de la Fundación C.E.S.P.A. y un médico voluntario que realiza atenciones en el centro.
- Equipo del Centro Público, Centro de Salud Mental o Unidad de Tratamiento de Toxicómanos, de donde viene derivado el usuario, que se compone de un médico, una A.T.S. y una trabajadora social.
- Voluntarios, cincuenta aproximadamente, para realizar labores de acompañamientos, talleres, atención telefónica y de recepción, orientación jurídica y diversas actividades que se planteen en la comunidad.

Recursos Materiales:

- El centro donde se desarrollarán las actividades del Programa de C.T.
- Los espacios adecuados, tanto en el centro: despachos, salas de grupos, sectores de trabajo, habitaciones, salas de estar y de ocio y espacio externo alrededor de la casa. Como fuera de él, para desarrollar las actividades que se proponen en las tres áreas (personal, de salud y socio-laboral) y son los siguientes: los recursos de la comunidad como es el polideportivo, para desarrollar la actividad física de la que consta la terapia, el telecentro para realizar actividades de informática y Cruz Roja para realizar actividades de voluntario.
- Material de administración y oficina.
- Ordenadores e impresora.
- Sillas y mesas para el desarrollo de las entrevistas y los grupos.

3.1.7 Sistema de evaluación planteado por el programa

La evaluación planteada por el programa va dirigida a valorar tanto los procesos como los resultados, por eso se explicitan acciones e indicadores para medir ambos aspectos.

A) Evaluación de Procesos

En la evaluación continuada de los procesos intervendrán todos los agentes que colaboran en el desarrollo terapéutico del programa: el residente, el equipo terapéutico de la C.T. y el equipo del centro público de donde es derivado. La evaluación se realizará sobre los objetivos de las tres áreas (personal, de salud y sociolaboral) del proceso terapéutico seguido por cada residente, de la siguiente forma:

1.- El residente

- Autoinformes al finalizar cada fase.
- Contrastación de objetivos con otros miembros de la C.T. en grupo de autoayuda.
- Entrevistas con su terapeuta de referencia.

2.- El Equipo Terapéutico

- Registro de grupos.
- Entrevistas con el residente.
- Informe al cambio de fase.
- Sesión de evaluación al cambio de fase del residente con el equipo del centro público de donde es derivado.
- Informe de incidencias a través del Diario Terapéutico.
- Informe de evaluación al finalizar el programa con el Alta Terapéutica.

3.- El Equipo del Centro Público

- Seguimiento de incidencias en el tratamiento.

- Sesión de evaluación al cambio de fase del residente con el equipo terapéutico del programa de C.T.
- Analítica de consumo.
- Entrevista individual mensual.
- Informe final al Alta Terapéutica.

B) Evaluación de Resultados

La evaluación de resultados corresponde a la Consejería de Sanidad y a la Fundación a la que pertenece el programa. Se realizará por parte de componentes de ambas instituciones que tengan competencia y delegación para llevarla a cabo. Será la Consejería de Sanidad quien decida cuándo y cómo se efectuará la evaluación. Al menos, se realizará una evaluación de resultados anualmente sobre el desarrollo del programa.

Los indicadores sobre los resultados serán los siguientes:

- Número de altas terapéuticas en relación al número de ingresos.
- Número de derivaciones desde la red pública.
- Número de derivaciones a otros programas de mayor exigencia.
- Número de personas que han retrocedido en sus objetivos después de seis meses y posteriormente con la periodicidad que se repita otro retroceso.
- Tiempo de permanencia en la C.T.
- Número de personas que retornan al recurso.
- Evaluación de coste/alta terapéutica.

Cabe destacar que en este sistema de evaluación no se especifican ni se hace referencia a las técnicas e instrumentos a utilizar para obtener los datos de los procesos y de los resultados.

3.1.8 Valoración crítica del programa planteado inicialmente

El programa de C.T. analizado anteriormente no estaba planteado, originalmente, como se especificó en los apartados anteriores. Antes de diseñar la evaluación hubo que realizar una reestructuración de los apartados que estaban planteados en el documento original.

Los apartados recogidos en el documento original eran los siguientes: denominación, fundamentación, principios de la acción, destinatarios, objetivos, estructura del programa de C.T., equipo terapéutico, registro de la información clínica, recursos, evaluación. Estos apartados, aunque recogían algunos aspectos del programa, eran insuficientes para plantear un trabajo evaluativo con cierto rigor científico.

Entre las principales carencias del documento planteado inicialmente tenemos las siguientes:

- La falta de una introducción donde se especifique claramente la situación de necesidad a la que trata de dar respuesta el programa justificándola con algunos datos relevantes.

- Se contemplan apartados de “fundamentación” y “principios de acción” pero en ninguno de ellos se explicitan los modelos y teorías en los que se fundamenta el programa.

- Los objetivos no estaban planteados en infinitivo y algunos no hacían referencia a una sola meta a alcanzar por lo que dificultaban la posterior comprobación del logro de los mismos.

- El apartado de “metodología” no estaba contemplando como tal, en su lugar se plantea la “estructura del programa de C.T.”. Este apartado es muy confuso, en él aparecen aspectos como: evaluación de la demanda, estructura temporal, objetivos según las fases del programa, estructura organizativa y por último, la metodología aunque consideramos que este apartado es insuficiente y no da cuenta, con rigor, de las estrategias y actividades terapéuticas de la C.T.

- El sistema de evaluación propuesto por el programa es insuficiente para valorar los procesos y los resultados de una C.T., en donde están implicados colectivos como los terapeutas, residentes, familias y voluntarios.

Por último, cabe destacar, que el programa hasta este momento no tenía realizada ninguna evaluación por lo que no existen datos previos sobre la valoración del mismo.

3.2 Planificación de la evaluación

El estudio evaluativo que se propone para evaluar el programa de C.T. anteriormente especificado consta de los siguientes apartados: los objetivos generales y específicos de la evaluación, la elección y justificación del modelo evaluativo utilizado y el diseño de la investigación. Estos aspectos serán concretados en los siguientes apartados.

3.2.1 Objetivos del trabajo evaluativo

La hipótesis principal que subyace a este trabajo es que los programas que utilizan el tratamiento de “Comunidad Terapéutica”, como modelo para la rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona, son eficaces y cumplen la finalidad básica que persiguen. Es decir, producir un cambio en los hábitos y estilo de vida de los

residentes que les permita llevar una vida autónoma sin depender de ninguna sustancia ilegal que modifique el comportamiento.

El presente trabajo, teniendo en cuenta esta hipótesis de partida, tiene como finalidad **“evaluar un programa de Comunidad Terapéutica con mantenimiento de metadona para la rehabilitación de toxicómanos”**. Se trata de un programa terapéutico-educativo llevado a cabo a través de diferentes actividades, con la intención de promover un estilo de vida autónomo en los residentes (ex -toxicómanos) del mismo.

Teniendo en cuenta, lo dicho anteriormente, tenemos los siguientes objetivos generales y específicos a desarrollar en este trabajo evaluativo:

1.- Comprobar si el programa de Comunidad Terapéutica con Mantenimiento de Metadona para la rehabilitación de toxicómanos alcanza los objetivos que se propone en función de los resultados obtenidos.

- 1.1.- Valorar el grado de consecución de los objetivos en el área personal.
- 1.2.- Valorar el grado de consecución de los objetivos en el área de salud.
- 1.3.- Valorar el grado de consecución de los objetivos en el área socio-laboral.

2.- Obtener información de la valoración que realizan sobre el tratamiento de Comunidad Terapéutica los destinatarios a los que va dirigido el programa objeto de evaluación.

- 2.1.- Comprobar la valoración que hacen los residentes del programa acerca del proceso de las actividades terapéuticas realizadas en el mismo.
- 2.2.- Comprobar la valoración que hacen los residentes del programa en relación con el proceso de convivencia en el mismo.
- 2.3.- Conocer la satisfacción de los usuarios con los resultados obtenidos en la realización del programa.

3.- Recabar información del resto de las audiencias implicadas (terapeutas, familias y voluntarios) sobre la valoración que realizan del programa en relación a las intenciones y los resultados a lograr.

- 3.1.- Identificar la valoración del programa que realizan los terapeutas del mismo.
- 3.2.- Identificar la valoración del programa que realizan los familiares de los residentes.
- 3.3.- Identificar la valoración del programa que realizan los voluntarios del mismo.

4.- Evaluar la adecuación y pertinencia del propio programa de Comunidad Terapéutica en cuanto al diseño, aplicación y sistema de evaluación, para la rehabilitación de toxicómanos con tratamiento de metadona.

- 4.1.- Realizar una valoración del programa en cuanto al diseño del mismo.
- 4.2.- Comprobar la eficacia del desarrollo de las distintas actividades realizadas en el programa.
- 4.3.- Conocer la adecuación y pertinencia del sistema de evaluación propio del programa.

3.2.2 Elección del modelo

Dadas las características del programa, el marco teórico la evaluación que vamos a realizar debe ser definido teniendo en cuenta los siguientes parámetros: la finalidad, los criterios para emitir los juicios de valor, el rol del evaluador, la temporalidad y la función.

a) Desde el punto de vista de la finalidad hemos elegido una evaluación centrada en las **audiencias implicadas** (*stakeholders*), dado que son éstas las que se benefician de las actividades y acciones puestas en práctica por el programa. Por eso su valoración nos interesa para comprobar la oportunidad, adecuación y utilidad del programa. Por último, también queremos valorar aspectos del contexto, diseño, aplicación y resultados que pueden ser mejorados para que los responsables del programa puedan tomar decisiones adecuadas al respecto. La finalidad es **comprobar si el programa ha dado respuesta a las audiencias implicadas**, para lo cual es necesario analizar la valoración de las mismas.

b) Desde la perspectiva de los criterios de evaluación para valorar la información recogida elegimos una evaluación centrada en la **eficacia** para comprobar si se cumplieron los objetivos del programa y fundamentada en los criterios de **los participantes** para conocer la respuesta que da el programa a las necesidades y expectativas de los usuarios del mismo.

c) Desde el enfoque del rol del evaluador, dado que el evaluador no forma parte del programa, pero puede realizar labores como voluntario del mismo decimos que es una evaluación **interna/externa**, pues se pueden adoptar las dos perspectivas.

d) Desde el punto de vista de la temporalidad, podemos definir la evaluación como **ex – post**, puesto que el programa ya ha sido implementado y por tanto el evaluador no puede tomar decisiones a priori sobre aspectos de evaluabilidad.

e) Por último, si tenemos en cuenta la función de la evaluación podemos decir que tiene una perspectiva **formativa/sumativa**, puesto que va dirigida tanto a obtener datos fiables de los productos para tomar decisiones sobre el programa, como de los procesos para facilitar la reflexión de todos los participantes para la posterior mejora del programa.

Teniendo en cuenta esta metodología mixta en el planteamiento teórico para realizar el trabajo evaluativo, los diseños experimentales y cuasiexperimentales empleados en otros estudios, como puede comprobarse en el capítulo 2, rápidamente se descartaron, por no tener control sobre la variable independiente y ser un trabajo realizado en el entorno natural, donde se realiza el programa. Podemos decir que estamos encaminados a elegir algún modelo orientado a la toma de decisiones y que responda a las audiencias implicadas, como es el “Respondente o de Stake” que especificamos en el siguiente apartado.

3.2.2.1 El modelo Respondente o de Stake

Este método presentado por Robert Stake en 1975 está construido sobre el “modelo de la figura (*countenau*) para la evaluación educacional” que él mismo escribió en 1967. Dicho modelo de la figura está a su vez fundamentado en el modelo de Tyler que dice que el evaluador debe comparar los resultados deseados con los observados, pero además amplía el modelo incluyendo un análisis de los antecedentes, de las normas y de los juicios (Stake, 1989b).

El modelo Respondente se puede utilizar en diversos programas, tanto en los estrictamente definidos como en los libremente definidos. Este modelo está pensado para los evaluadores a los cuales se les ha solicitado una evaluación y desean satisfacer las necesidades de las audiencias implicadas en la misma. Por eso, desde este enfoque, el evaluador debe tener en cuenta diferentes colectivos de personas (responsables del encargo de la evaluación, usuarios del programa, técnicos del programa, gestores, etc.) con sus intereses particulares (Stake, 1989a).

Para Stake, el principal cometido del evaluador, además de hacer una descripción de lo observado como proponía Scriven, es realizar un amplio informe del programa y contrastarlo con un grupo de personas relacionadas con el programa y adecuadamente seleccionadas, para saber su grado de satisfacción con el mismo (Stake, 1989b).

Por tanto, el evaluador no es un recopilador de normas para emitir juicios, sino que debe centrarse en las opiniones de las personas implicadas en el programa y no clasificarlas, juzgarlas o sintetizarlas. Desde la perspectiva de este modelo, se proporciona un servicio a los clientes. Por eso el evaluador debe conocer todos los intereses de los

clientes y realizar informes que sean entendidos por las audiencias implicadas en la evaluación (Stake, 2005).

3.2.2.2 Características de la evaluación Respondente

La evaluación Respondente tiene unas características propias que la hace diferente de otros enfoques. Estas diferencias hacen referencia a los siguientes aspectos (Stake, 2001):

1.- El propósito de esta evaluación es ofrecer información sobre el programa evaluado a los usuarios del mismo para que puedan distinguir sus puntos débiles y fuertes.

2.- Responde a las demandas informativas que sugieren las audiencias implicadas a lo largo del proceso evaluador.

3.- Se centra en los problemas y actividades concretas propias del programa.

4.- La planificación de este modelo se hace durante el proceso evaluador dependiendo de las demandas de los clientes. Ello implica un diseño de evaluación emergente que se va perfilando a lo largo del trabajo evaluativo, en función de las necesidades del mismo.

5.- La metodología utilizada depende de lo que la gente observa, interpreta y especifica de un modo natural. Se trata de realizar un proceso de recogida de información en donde estén implicadas todas las audiencias y colectivos que forman parte del programa.

6.- Los contratos se realizan esbozando de manera general los propósitos y procedimientos que se concretan a lo largo del estudio.

7.- Las técnicas más utilizadas son: estudio de casos, muestreo intencionado, observación participante y no participante, exámenes de programas opuestos e informes expresivos.

8.- La comunicación entre el evaluador y el cliente se realiza de manera informal a lo largo del proceso evaluador. También de manera formal cuando finaliza el trabajo y se elabora el informe final que debe ser presentado de un modo comprensible para las audiencias implicadas.

9.- Las bases para interpretar los resultados son las perspectivas de valor de las audiencias implicadas. Esta evaluación sacrifica precisión de valoración para ofrecer más utilidad a los clientes.

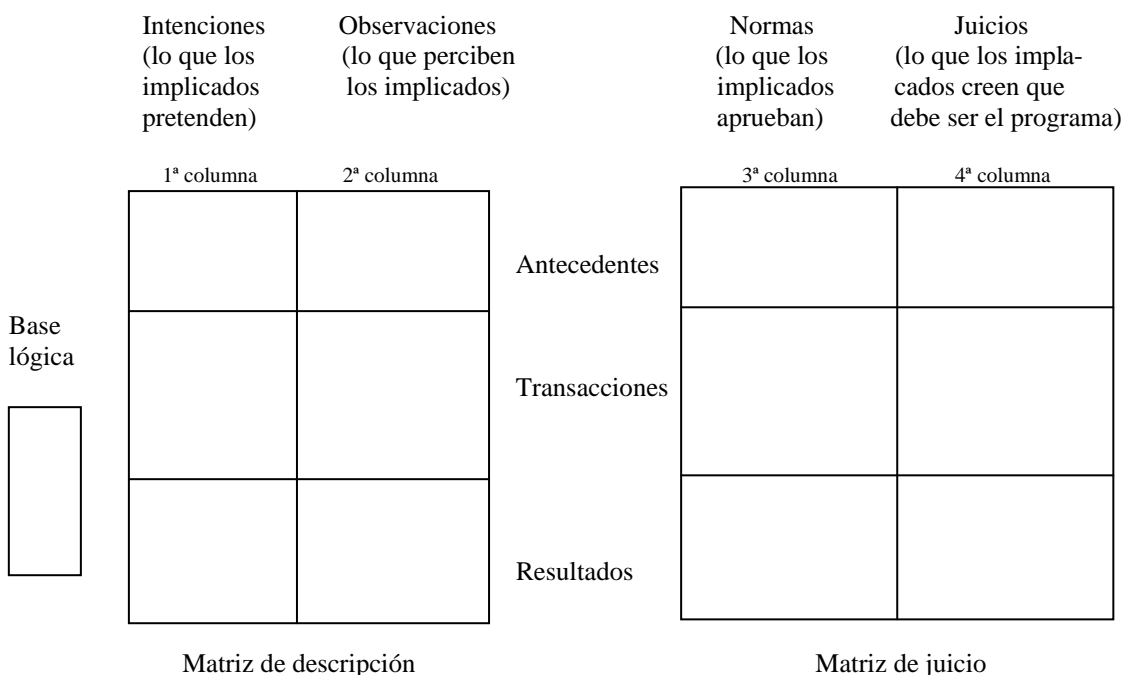
10.- Para evitar la tendenciosidad, el evaluador debe definir a priori y operativamente los términos que den lugar a confusión.

Con estos aspectos especificados podemos caracterizar este modelo de evaluación, el cual, como se puede apreciar, trata de enfocar el trabajo evaluativo del modo más democrático posible, al tener en cuenta y recoger la información de los implicados en el mismo. Además, desde esta perspectiva se concede especial importancia al *feed-back* que se debe ofrecer a las audiencias implicadas en la evaluación durante todo el proceso (Stake, 1998).

3.2.2.3 Cómo realizar los juicios de valor

Los trabajos evaluativos que se consideran “verdaderas evaluaciones” deben ir dirigidos a establecer el mérito y valor del programa o programas evaluados. El proceso de recogida de información para obtener las evidencias necesarias y los criterios que vamos a utilizar de referencia para emitir los juicios de valor deben de estar especificados pertinentemente. Con el propósito de conseguirlo, el modelo de Stake propone para llegar a establecer el valor del programa, como se especifica en el esquema 7.

Esquema 7. Matriz de descripción y juicios



Fuente: Stake (1967) citado por Stufflebeam & Skinkfield (1987: 244)

En la primera columna, que forma parte de la matriz de descripción, se recogen datos relativos a las intenciones de los implicados, tanto de los antecedentes como de las transacciones o funcionamiento del programa y de los resultados. Entre estos tres

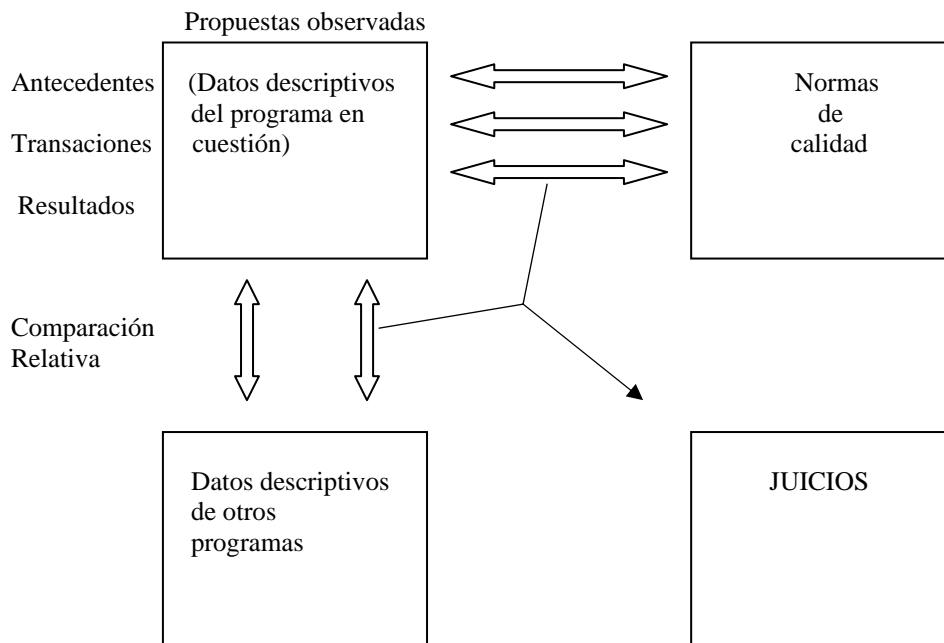
aspectos debemos observar relaciones de contingencia. Los antecedentes del programa darán lugar a unas determinadas transacciones que a su vez implican unos resultados coherentes.

En la segunda columna, tenemos que observar lo que hacen los implicados para conocer lo que realmente sucede en el programa. El evaluador en este caso debe de buscar relaciones de coherencia con la primera columna (intenciones de los implicados), tanto en los antecedentes, como en las transacciones y en los resultados.

En la matriz de juicios, la tercera columna comprende todo lo relativo a las normas del programa objeto de evaluación, tanto las explícitas como las implícitas o tácitas. Mientras que en la cuarta columna hace referencia a los juicios que las diversas audiencias implicadas realizan sobre el programa.

La identificación de normas y la formulación de juicios acerca del mérito del programa se realizan conforme al esquema 8:

Esquema 8. Identificación de normas y formulación de juicios



Fuente: Stake (1967) citado por Stufflebeam & Skinkfield (1987: 249)

Los juicios acerca del programa surgen de la valoración a partir del contraste en las propuestas observadas (antecedentes, transacciones y resultados), los datos descriptivos

recogidos de otros programas con las mismas características que el programa evaluado y de las normas y criterios de evaluación tenidas en cuenta.

3.2.3 Diseño de la investigación

En la evaluación de programas, una vez que hemos identificado y comprendido el objeto a evaluar, debemos tomar una serie de decisiones de carácter metodológico. Estas decisiones, en nuestro caso, tienen en cuenta el programa a evaluar, los objetivos que pretendemos con la evaluación y el modelo o marco teórico que hemos teniendo en cuenta para realizar el trabajo evaluativo.

El diseño utilizado en la evaluación va a determinar el curso de las intervenciones a realizar para seleccionar, recoger, ordenar, sintetizar y analizar la información que necesitamos del programa. El objetivo no es otro que poder realizar los juicios de valor fundamentándose en evidencias. Ahora bien, la calidad de estas evidencias depende del diseño metodológico planteado, ya que éste implica una reducción de la realidad, pues nunca podremos recoger información de todo lo que ocurre en el programa.

Por todo lo dicho anteriormente, en este estudio se utiliza metodología cuantitativa y cualitativa, superando el debate entre ambas perspectivas, como sugieren autores como De Miguel (2000a) y Stufflebeam & Skinkfield (1987). Esta decisión tiene relación con la complejidad del programa a evaluar y la posible insuficiencia si se utiliza un solo tipo de metodología, como muchos de los estudios analizados en el capítulo 2.

Teniendo en cuenta esta aproximación metodológica mixta, las cuestiones a tratar en este apartado hacen referencia a: el acceso al campo y la negociación del contrato de evaluación, las variables a tener en cuenta en el estudio, la selección de la muestra, las técnicas de recogida y análisis de datos y la temporalización del trabajo evaluativo.

3.2.3.1 Acceso al campo y negociación del contrato

En esta investigación el acceso al campo y la negociación del contrato para realizar la evaluación estuvo determinado desde el primer momento por la presencia en el programa, como voluntario desde el año 1998, del autor del trabajo. Esto facilitó bastante las cosas, en cuanto al conocimiento del contexto y de la población objeto del trabajo evaluativo.

Dados los antecedentes antes mencionados el acceso al campo fue un tanto particular, dado el conocimiento mutuo del evaluador (voluntario del programa) y las audiencias implicadas. Este acceso al campo consistió en una reunión con las audiencias implicadas que habitualmente están presentes en el programa. Es decir, los residentes, los voluntarios y los terapeutas, en donde se explicó que aparte del trabajo como

voluntario que venía desempeñando habitualmente iba a desarrollar otro como investigador/evaluador. A las familias las informarían los propios residentes.

Las implicaciones que tenía que adquirir, para desempeñar este nuevo rol de evaluador, eran las siguientes: la presencia durante los próximos meses en todas las actividades del programa como observador participante y no participante, la realización de entrevistas a todos los participantes en el programa que así lo quisieran y la revisión de determinados registros del programa, necesarios para obtener información relevante para realizar el trabajo empírico.

En cuanto a la negociación del contrato, se optó por realizar una “**colaboración**” entre los implicados en el programa y el equipo evaluador, de forma verbal y de una manera flexible, para poder realizar, si era preciso, pequeñas modificaciones en todo lo relacionado con los plazos de ejecución del trabajo. La negociación se realizó a través de tres entrevistas: la primera con los responsables y/o gestores de la organización donde están todos los programas además del evaluado, la segunda con el director/terapeuta del programa objeto de evaluación y la tercera con los terapeutas y resto de audiencias implicadas.

Los aspectos que se tuvieron en cuenta son los siguientes:

1.- Objeto del acuerdo y la finalidad del trabajo. En este caso, se acordó realizar el presente trabajo evaluativo, con los responsables de la organización donde estaba el programa incluido.

2.- Informes a realizar. Se pactó realizar dos informes intermedios para comunicar al director/terapeuta del programa los resultados parciales obtenidos y cualquier incidencia destacable que pudiese acontecer durante el trabajo de campo. Y un informe final donde se incluyen todos los resultados y conclusiones obtenidas.

3.- Obligaciones de las partes. Los miembros del programa se comprometieron a facilitar el acceso al campo y a todas las actividades realizadas en el programa, tanto dentro del centro como las que se realizaron al aire libre. Por su parte el equipo evaluador se comprometió a realizar la investigación de la manera más profesional posible, respetando todos los derechos de las audiencias implicadas en el programa.

4.- Plazos de ejecución y entrega de informes. El plazo de ejecución del trabajo se estipuló en dos años después del acceso al campo de estudio. Lo que implica que los informes se entregarán el segundo cuatrimestre de 2008. Ahora bien, dadas las características de este estudio, los plazos no se contemplan como una opción rígida, sino

como un punto de orientación que servirá de guía para realizar el trabajo, pudiéndose modificar conforme emerge el diseño de la evaluación.

5.- Relaciones entre las partes durante la ejecución del contrato. El investigador/evaluador participará como “observador no participante” en las actividades terapéuticas propias del programa que implican situaciones de vivencias personales de los residentes y como “observador participante” en el resto de actividades que no están relacionadas directamente con vivencias personales de los residentes. Se trata de garantizar una interacción natural dentro del programa y, a la vez, de respetar las cuestiones relativas a sentimientos o aspectos privados de la historia de vida de los residentes.

6.- Confidencialidad/publicidad de los datos e informes. Todos los datos empleados en los informes objeto de publicación respetarán el anonimato de las audiencias implicadas. De tal manera que en ningún caso se pueda relacionar cualquier tipo de dato con una persona particular. Además, los informes elaborados sólo serán utilizados por los responsables del programa para manejo interno con la finalidad de mejorar el programa y en las reuniones científicas que sean pertinentes.

7.- Incumplimiento de acuerdos y obligaciones. El incumplimiento de los acuerdos y obligaciones estipuladas en el contrato hace que se rompa el contrato de evaluación.

8.- Fecha de entrada en vigor del acuerdo. El presente acuerdo entra en vigor el día de entrada al campo de estudio, por parte del evaluador.

3.2.3.2 Planificación de la información a recoger

En este apartado se recogen, según el modelo de evaluación elegido, la organización de la información a recoger, como se muestra en el esquema 9 y 10, especificando la información necesaria, las fuentes y los instrumentos que se utilizan para realizar el trabajo de campo.

Además, se especifican las unidades de observación referentes a los distintos aspectos a estudiar en el trabajo evaluativo, las variables incluidas en cada dimensión y su definición operativa. Todo esto teniendo en cuenta las audiencias implicadas de las cuales queremos obtener información.

Por último, cabe destacar que para facilitar la comprensión de este apartado, en primer lugar especificamos las unidades de observación y dimensiones utilizadas para obtener la información necesaria. Después detallamos las variables del estudio y su definición

operativa, para, a continuación, plantear cómo se realizará la recogida de la información según las distintas audiencias.

Esquema 9. Matriz descriptiva

Intenciones

Observaciones

	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>		<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>
A	- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.	- Residentes	- Entrevista		- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.	- Residentes	- Entrevista
	- Apoyos externos para realizar el prog.	- Terapeutas	- Registros		- Apoyos externos para realizar el prog.	- Terapeutas	- Observación participante
	- Motivos para realizar el prog.	- Familias			- Familias	- Observación no participante	
		- Voluntarios			- Voluntarios		
T	- Actividades terapéuticas	- Residentes	- Entrevista		- Actividades terapéuticas	- Residentes	- Entrevista
	- Actividades sectores trabajo	- Terapeutas	- Observación no participante		- Actividades sectores trabajo	- Terapeutas	- Observación no participante
	- Actividades Ocio y T.L	- Familias		- Actividades Ocio y T.L	- Familias		
	- Seguimiento médico	- Voluntarios	- Observación participante	- Seguimiento médico	- Voluntarios	- Observación participante	
	- Convivencia resto de usuarios			- Convivencia resto de usuarios			
R	- Cambios área personal	- Residentes	- Entrevista		- Cambios área personal	- Residentes	- Entrevista
	- Cambios área salud	- Terapeutas	- Cuestionario		- Cambios área salud	- Terapeutas	- Cuestionario
	- Cambios área Social	- Familias	- Observación no participante	- Cambios área Social	- Familias	- Observación no participante	
	- Cambios área laboral	- Voluntarios		- Cambios área Social	- Voluntarios		
				- Cambios área laboral			

A= Antecedentes T= Transacciones R= Resultados

Esquema 10. Matriz de juicios

	Normas	Juicios															
A	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Criterios de ingreso al programa</td> <td>- Documentos</td> <td>- Registros</td> </tr> <tr> <td>- Criterios de exclusión del programa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Protocolo de ingreso</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Criterios de ingreso al programa	- Documentos	- Registros	- Criterios de exclusión del programa			- Protocolo de ingreso			<p>- Valoraciones de los antecedentes a partir del contraste entre los datos recogidos de la matriz descriptiva y las normas y criterios de evaluación</p>			
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>															
- Criterios de ingreso al programa	- Documentos	- Registros															
- Criterios de exclusión del programa																	
- Protocolo de ingreso																	
T	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-Acuerdos propios del programa</td> <td>- Documentos</td> <td>- Registros</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-Base de datos</td> </tr> <tr> <td>- Normativa legal general</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-Normativa específica para programas de rehabilitación de drogodependientes</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	-Acuerdos propios del programa	- Documentos	- Registros			-Base de datos	- Normativa legal general			-Normativa específica para programas de rehabilitación de drogodependientes			<p>- Valoraciones de las estrategias y actividades terapéuticas a partir del contraste entre los datos recogidos de la matriz descriptiva y las normas y criterios de evaluación</p>
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>															
-Acuerdos propios del programa	- Documentos	- Registros															
		-Base de datos															
- Normativa legal general																	
-Normativa específica para programas de rehabilitación de drogodependientes																	
R	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Resultados de estudios sobre programas de rehabilitación de drogodependientes</td> <td>- Documentos</td> <td>- Registros</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-Bases de datos</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Resultados de estudios sobre programas de rehabilitación de drogodependientes	- Documentos	- Registros			-Bases de datos	<p>- Valoraciones de los resultados conseguidos en las áreas: personal, de salud, social y laboral, a partir del contraste entre los datos recogidos de la matriz descriptiva y las normas y criterios de evaluación</p>						
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>															
- Resultados de estudios sobre programas de rehabilitación de drogodependientes	- Documentos	- Registros															
		-Bases de datos															

3.2.3.2.1 Unidades de observación, dimensiones y variables

En el presente apartado y con la finalidad de hacer más comprensible el proceso de selección de variables que utilizaremos para el estudio, se procede a una organización de las mismas, según la tabla 66, conforme a las unidades de observación y las dimensiones tenidas en cuenta para recoger la información más pertinente.

Tabla 66. Unidades de observación, dimensiones y variables

U. DE OBSERVACIÓN	DIMENSIONES	VARIABLES
ANTECEDENTES	Personales	-Edad -Sexo
	Sociodemográficos	-Lugar de residencia -Estado civil -Situación judicial -Nivel educativo -Situación laboral
	Toxicológicos	-Droga principal de abuso
	Acceso a las drogas	-Frecuencia al finalizar el programa de consumo de drogas ilegales -Rechazo de invitación al consumo -Consumo de alcohol
	Consecuencias uso drogas	-Comportamiento diario -Expresar emociones y sentimientos -Área cognitiva -Área de la salud -Aspectos educativos -Ámbito laboral -Relaciones de pareja -Problemas en el área educativa -Problemas en el área relacional
	Acceso al programa	-Motivación para realizar el programa -Apoyo familiar para realizar el programa -Apoyo de los amigos para realizar el programa
TRANSACCIONES	Actividades con compañeros	-Grupos de autoayuda -Reunión de la casa -Trabajo en sectores -Actividades físicas -Grupos de valoración y programación -Proceso de convivencia
	Actividades de formación	-Seminarios temáticos -Línea de la vida -Educación para la salud -Talleres de habilidades sociales -Programas salidas de la C.T. -Proyecto de inserción laboral -Actividades de Ocio y T.L. -Prevención de recaídas -Entrevistas personales
	Actividades con la familia	-Grupos familiares -Seminarios familiares
	Aspectos médicos	-Seguimiento médico
	Necesidades no cubiertas	-Área personal -Área salud -Área sociolaboral
	Áreas	-Satisfacción con el área personal -Satisfacción con el área salud -Satisfacción con el área sociolaboral
RESULTADOS (ámbito de la salud)	Salud	-Cambios en los hábitos de higiene -Consumo drogas legales e ilegales -Nivel de realización del tratamiento médico -Realización de actividad física -Calidad de descanso -Hábitos de higiene -Dieta equilibrada -Pautas de medicación -Actividad física -Utilización de servicios sanitarios
RESULTADOS (ámbito personal)	Comportamental	-Autocontrol y responsabilidad sobre las propias conductas diarias -Problemas relacionados con el alcohol -Responsabilidad con tus cuestiones judiciales

	Emocional	-Expresión de sentimientos -Autocontrol de emociones
	Cognitiva	-Conocimiento de aspectos a mejorar -Conocimiento de aspectos a potenciar -Planteamiento de objetivos a corto plazo -Planteamiento de objetivos a largo plazo -Capacidad de pedir ayuda
RESULTADOS (ámbito socio-laboral)	Relaciones interpersonales	-Relación con la familia próxima -Relaciones de pareja -Conflictos en tus relaciones interpersonales -Adaptación al lugar donde vives
	Ocio y Tiempo libre	-Utilización de Ocio y Tiempo libre
	Social	-Relación con personas consumidoras de drogas ilegales -Relación con personas no consumidoras de drogas ilegales -Relaciones familiares próximas -Relaciones con personas que convives -Ocio y Tiempo libre -Gestión de recursos financieros
	Laboral	-Inserción laboral -Trabajo -Fuente principal de ingresos

3.2.3.2.2 Variables y definición operativa

Para ordenar las variables de este estudio hemos utilizado la tipología que propone De Miguel (2000c). De este modo tenemos variables de clasificación, de información y de intervención, como se muestra en la tabla 67. Además de cada variable, ofrecemos su correspondiente definición operativa utilizada en este trabajo.

Según esta tipología, en las **variables de clasificación** se incluyen aquellas que utilizamos para conocer diferencias de la muestra en función de dichas variables. En las **de información** están incluidas aquellas variables referentes a los aspectos relacionados con el programa a evaluar y las distintas audiencias implicadas en el mismo. Por último, la variable **de intervención**, en este caso concreto, hace referencia a la C.T.

Tabla 67. Tipos de variables y definición operativa

VARIABLES		
TIPO	NOMBRE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA
Clasificación	- Edad - Lugar de residencia - Sexo - Estado civil - Situación judicial - Nivel educativo - Situación laboral - Droga principal de abuso	- Número de años - Localidad en la que reside en la actualidad - Identificación sexual - Situación jurídica referente al estado civil - Estado jurídico actual - Estudio reglados oficiales realizados - Ocupación o trabajo actual - Droga consumida habitualmente antes de empezar el programa

<p>Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de droga y comportamiento diario - Consumo de droga y expresión de sentimientos - Influencia del consumo de droga en el área cognitiva - Influencia del consumo droga en el área de salud - Influencia del consumo de drogas en el proceso educativo - Influencia del consumo droga en el área laboral - Influencia del consumo droga en la relación de pareja - Apoyo familiar para realizar el programa - Apoyo de los amigos para realizar el programa - Motivos para realizar el programa - Grupos de autoayuda - Grupos temáticos - Reunión de la casa - Sectores de trabajo - Seguimiento médico - Deporte - Habilidades sociales - Programación de salidas de la Comunidad Terapéutica - Ocio y tiempo libre - Proceso de convivencia -Entrevistas individuales - Resultados relacionados con los hábitos de salud - Resultados relacionados con el desarrollo personal - Resultados relacionados con las relaciones sociales - Resultados relacionados con el área laboral - Frecuencia actual de consumo de drogas ilegales - Situaciones conflictivas manejadas correctamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales - Consumo de alcohol - Cantidad de alcohol consumida - Consumo de alcohol y relaciones personales 	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias del consumo de droga en el comportamiento diario - Consecuencias del consumo de drogas en la expresión de emociones y sentimientos - Pensamientos de lo ocurre en el día a día cuando estás consumiendo drogas - Enfermedades y aspectos de la salud deteriorados por el consumo de drogas - Consecuencias en el proceso educativo por haber consumido drogas - Consecuencias para el trabajo por haber consumido drogas - Consecuencias para la pareja debidas al consumo de drogas - Ayuda recibida por el residente de la familia para estar en el programa - Ayuda recibida por el residente de los amigos íntimos para estar en el programa - Razones argumentadas por el residente para ingresar en el programa - Actividad terapéutica realizada en los grupos de autoayuda - Actividades realizadas en los grupos temáticos - Actividad terapéutica realizada en la reunión de la casa - Actividades realizadas en los sectores de trabajo - Acciones realizadas en el seguimiento médico - Ejercicio físico realizado en la actividad de deporte - Actividades terapéuticas realizadas en las clases de habilidades sociales - Acciones planificadas para realizar actividades fuera del centro - Actividades realizadas como parte del tiempo libre y ocio de los residentes en el centro - Relaciones creadas entre los residentes en el programa debido a la estancia permanente en el centro - Conversaciones de carácter orientativo y terapéutico que cada residente realiza con un terapeuta individualmente - Mejoras producidas por el residente en los aspectos relacionados con la salud y bienestar físico-psíquico - Mejoras producidas por el residente en los aspectos relacionados con: hábitos de comportamiento, expresión de sentimientos y emociones y relación de pareja - Mejoras producidas en los hábitos de relacionarse con personas no vinculadas al mundo de la droga - Mejoras producidas por el residente en todo lo relacionado con la formación para el empleo y la realización de un trabajo - Consumo de droga ilegal habitualmente - Tiempo que transcurre para que rechaces una invitación a consumir drogas ilegales - Frecuencia de consumo de alcohol en la actualidad - Número de Unidades de Bebida (UBE) consumidas. 1 UBE= 10 gramos de alcohol. Eje. 1 UBE= 1 caña de cerveza, 1 vaso de vino, 1 vaso de champagne, 1 vaso de vermut - Posibles problemas causados por el alcohol con personas del ámbito laboral, familiar y social
---------------------------	---	--

<p>Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad con las cuestiones judiciales - Relaciones interpersonales - Comportamiento adaptado - Capacidad de expresar emociones y sentimientos - Capacidad de expresar problemas personales - Conocimiento de aspectos personales a mejorar - Conocimiento de recursos personales a potenciar - Capacidad para plantearse objetivos a corto plazo - Capacidad para plantearse metas a largo plazo - Capacidad para pedir ayuda - Satisfacción con el área personal - Necesidades no cubiertas en el área personal - Disciplina de descanso - Pautas de higiene - Pautas de alimentación - Protocolo de medicación - Actividad deportiva - Utilización de servicios sanitarios - Satisfacción con el área salud - Necesidades no cubiertas en el área personal - Relación con personas consumidoras de drogas ilegales - Relación con personas <u>no</u> consumidoras de drogas ilegales - Relación con familiares - Relación de convivencia - Organización del tiempo libre - Actitud hacia el trabajo - Gestión de recursos financieros - Satisfacción con al área socio-laboral - Necesidades no cubiertas en el área socio-laboral - Satisfacción general con los servicios del programa 	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de atención personal a las cuestiones judiciales pendientes - Frecuencia de conflictos interpersonales con las personas que habitualmente interrelacionan - Grado de adaptación percibida en relación al contexto donde reside habitualmente - Frecuencia de comunicación con familiares y/o amigos íntimos de emociones y sentimientos - Frecuencia de comunicación de problemas personales con familia y/o amigos íntimos - Capacidad de identificar aquellas cuestiones de la propia personalidad susceptibles de mejora - Capacidad de identificar aquellos aspectos de la propia personalidad positivos que se pueden potenciar - Frecuencia con la que se planifican objetivos a conseguir en breves periodos de tiempo - Propuesta de planificar logros a conseguir en un plazo de varios meses o años - Recursos para dejarse ayudar a conseguir los objetivos propuestos - Grado de satisfacción con lo aportado por el programa al área personal - Aspectos que debería tener el programa en el área personal que no tenía - Respeto de las horas de sueño - Frecuencia con que se cumple con el protocolo de los cuidados higiénicos - Frecuencia con la que se realiza una dieta equilibrada - Frecuencia de seguimiento de las pautas de la medicación según el protocolo asignado - Frecuencia de realización de algún tipo de deporte - Frecuencia de uso de los servicios sanitarios en caso de necesidad - Grado de satisfacción con lo aportado por el programa al área de salud - Aspectos que debería tener el programa en el área personal que no tenía - Frecuencia de consumo de drogas ilegales de la persona/s con quien convives y relación con personas consumidoras de drogas ilegales. - Número de amigos con que te relacionas habitualmente que no consumen drogas ilegales - Satisfacción de la relación con los familiares más próximos - Satisfacción de la relación con la persona/s con quien convives - Frecuencia y tipo de actividades realizadas en el tiempo libre - Satisfacción y asistencia al trabajo realizado. Si no trabaja búsqueda activa de trabajo - Fuente principal de ingresos y administración de los mismos - Grado de satisfacción con lo aportado por el programa al área socio-laboral - Aspectos que debería tener el programa en el área socio-laboral que no tenía - Grado de satisfacción con los servicios prestados por el programa y la atención recibida por el equipo terapéutico
<p>Intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programa a evaluar 	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones realizadas en el Programa de C.T. para residentes que tienen un tratamiento de mantenimiento con metadona dispensado por las Unidades de Tratamiento de Toxicómanos de los Centros de Salud.

3.2.3.2.3 *Recogida de la información según distintas audiencias y variables*

A continuación se ofrece la tabla 68, que consiste en un resumen con todas las variables tenidas en cuenta en el estudio ordenadas en relación a las audiencias implicadas en la evaluación del programa.

Tabla 68. Recogida de la información según las distintas audiencias implicadas

RE.=Residentes TER.=Terapeutas VOL.=Voluntarios FA.=Familias

	VARIABLES	RE.	TER.	VOL.	FA.
1	Edad	X	X	X	X
2	Sexo	X	X	X	X
3	Lugar de residencia	X	X	X	X
4	Estado civil	X	X	X	X
5	Situación judicial	X			
6	Nivel educativo	X	X	X	X
7	Situación laboral	X	X	X	X
8	Droga principal de abuso	X			
9	Consecuencias del consumo de droga en el comportamiento diario	X	X	X	X
10	Problemas causados por el consumo de droga desde la perspectiva de las emociones y sentimientos	X	X	X	X
11	Influencia del consumo de droga en el área cognitiva	X	X	X	X
12	Consecuencias ocasionadas por el consumo de droga en el área de la salud	X	X	X	X
13	Problemas causados por el consumo de droga en los aspectos educativos	X	X	X	X
14	Problemas causados por el consumo de droga en el área laboral	X	X	X	X
15	Influencia del consumo de droga en tus relaciones de pareja	X	X	X	X
16	Apoyo familiar para realizar el programa	X	X	X	X
17	Apoyo de los amigos para realizar el programa	X	X	X	X
18	Motivos para realizar el programa	X	X	X	X
19	Actividad realizada en los grupos de autoayuda	X	X		
20	Actividad realizada en los grupos temáticos	X	X		
21	Actividad realizada en la reunión de la casa	X	X		
22	Actividad realizada en los sectores de trabajo	X	X		
23	Seguimiento médico	X	X		
24	Deporte	X	X		
25	Actividad realizada en los talleres de habilidades sociales	X	X		
26	Actividad de programar las salidas de la C.T.	X	X		
27	Actividades de Ocio y T.L.	X	X		
28	Proceso de convivencia con el resto de usuarios del programa	X	X	X	X
29	Entrevistas individuales	X	X		
30	Cambios en los hábitos de salud	X	X	X	X
31	Cambios en los hábitos de desarrollo personal	X	X	X	X
32	Cambios en los hábitos de las relaciones sociales	X	X	X	X
33	Cambios en el área laboral	X	X	X	X
34	Frecuencia actual de consumo de drogas ilegales	X			
35	Situaciones conflictivas manejadas correctamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales	X			
36	Frecuencia de consumo de alcohol	X			
37	Cantidad de alcohol	X			
38	Consumo de alcohol y relaciones con las personas	X			
39	Responsabilidad con las cuestiones judiciales	X			
40	Conflictos interpersonales	X			
41	Comportamiento adaptado al contexto donde reside	X			
42	Control y expresión de las emociones	X			
43	Capacidad de expresar problemas personales	X			
44	Conocimiento de aspectos personales a mejorar	X			
45	Conocimiento de recursos personales a potenciar	X			
46	Capacidad para plantearse objetivos a corto plazo	X			
47	Capacidad para plantearse metas a largo plazo	X			
48	Capacidad para pedir ayuda	X			
49	Satisfacción general con lo aportado por el programa al desarrollo del Área personal	X			
50	Necesidades no cubiertas por el programa en el Área personal	X			
51	Disciplina de descanso	X			

52	Pautas de higiene	X		
53	Pautas de alimentación	X		
54	Protocolo de medicación (si tiene)	X		
55	Actividad deportiva	X		
56	Utilización de servicios sanitarios	X		
57	Satisfacción general con lo aportado por el programa al desarrollo del Área de Salud	X		
58	Necesidades no cubiertas por el programa del Área de Salud	X		
59	Relación con personas consumidores de drogas ilegales	X		
60	Relación con personas no consumidoras de drogas ilegales	X		
61	Relación con los familiares	X		
62	Relación de convivencia	X		
63	Organización del ocio y tiempo libre	X		
64	Gestión de recursos financieros	X		
65	Actitud hacia el trabajo	X		
66	Satisfacción general con lo aportado por el programa al desarrollo del Área Socio-laboral	X		
67	Necesidades no cubiertas por el programa en el Área Socio-laboral	X		
68	Satisfacción general con los servicios prestados por el programa	X		

3.2.3.3 Selección de la muestra

Dada la complejidad de los objetivos planteados en esta evaluación y puesto que se trata de una evaluación de “estudio de caso”, se tienen en cuenta dos tipos de muestras: muestra A y B.

La muestra A se obtiene de los 101 ingresos que tuvo el programa desde su comienzo en 1999 hasta 2003. Esta muestra la utilizamos específicamente para cumplir el primer objetivo del trabajo evaluativo, mediante la elaboración de un cuestionario, en función de los objetivos del programa, el cual especificaremos más adelante.

De esta muestra entrevistamos a aquellos residentes que permanecieran 6 meses en el programa, tiempo normal estimado para saber si se cumplen los objetivos del proceso de “Comunidad Terapéutica”. 57 sujetos permanecieron en el programa durante 6 meses, pero sólo se pudo entrevistar a 46 (80.70%), muestra suficientemente representativa. De los 11 sujetos (19.30%) restantes, 5 residentes consumen drogas ilegales, en la actualidad, comprobado con el testimonio de la familia e informantes claves que los vieron, un residente murió y 5 residentes están ilocalizables.

De aquí se deduce que el número total de sujetos con los que se hicieron los análisis de datos de la muestra A son 46.

MUESTRA A

POBLACIÓN	INGRESOS EN EL PROGRAMA	SUJETOS POSIBLES OBJETO DE ESTUDIO	MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO	% SUJETOS ENTREVISTADOS
RESIDENTES	101	57	46	45.54%

Los sujetos entrevistados se dividen en 38 varones (82.6%) y 8 mujeres (17.4%), tienen una edad media de aproximadamente 34 años. El lugar de residencia de la mayoría,

concretamente de 32 (69.6%) es Mieres, aunque también hay 11 sujetos (23.9 %) que residen en otros concejos de Asturias y solamente 3 sujetos son de fuera de la región. De todos los sujetos, 25 (54.3%) están solteros, también hay 8 casados (17.4%), 6 separados (13.0%), 5 viviendo en pareja (10.9), 1 viudo y un divorciado.

La situación jurídica que predomina es la de sujetos que tuvieron antecedentes judiciales y ahora están libre de causas, con 21 sujetos (45.7%), 16 sujetos (34.8%) no tuvieron antecedentes y ahora están libre de causas, 8 sujetos (17.4%) tienen antecedentes judiciales y tienen causas pendientes y un solo sujeto no tiene antecedentes judiciales y está pendiente de causas.

El nivel educativo de los sujetos suele ser: E.G.B, F.P.1 y E.S.O. con un 67.4%, también F.P.2, B.U.P Y C.O.U con un 17.4%, Certificado Escolar 10.9% y Diplomatura 4.3%. La situación laboral que predomina es la de paro sin subsidio, con 17 sujetos (37.0%), además tenemos 12 sujetos (26.1%) trabajando con contrato, 8 pensionistas/jubilados (17.4%), 5 parados con subsidio (10.9%), 3 de baja médica y un sujeto que no se encuentra en ninguna de estas situaciones, ya que está en espera de que le concedan una incapacidad.

Por último, en cuanto a la droga principal de abuso antes de empezar el programa era la siguiente: 18 sujetos (39.1%) consumían heroína combinada con otras, 16 sujetos (34.8%) solamente heroína, 7 sujetos (15.2%) cocaína combinada con otras, y 5 sujetos (10.9%) únicamente cocaína.

La muestra B la utilizamos para cumplir la parte del trabajo evaluativo relativa a los tres objetivos restantes. Esta muestra corresponde con las personas que estaban en el programa en el periodo que va desde enero de 2006 hasta agosto del mismo año, momento de iniciar el proceso de recogida de información según el “modelo de Stake” aplicado en este trabajo y está configurada por:

- Residentes del programa.
- Terapeutas del programa.
- Familias de los residentes del programa.
- Voluntarios responsables de actividades educativas en el programa.

MUESTRA B

POBLACIÓN	SUJETOS POSIBLES OBJETO DE ESTUDIO	MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO	TOTAL SUJETOS ENTREVISTADOS	% SUJETOS ENTREVISTADOS
RESIDENTES	13	13	13	100.00%
TERAPEUTAS	5	5	5	100.00%
FAMILIAS	13	5	5	38.46%
VOLUNTARIOS	20	4	4	20.00%
TOTAL	54	27	27	

Tenemos un total de 27 sujetos, correspondientes a todas las audiencias implicadas que tenemos en cuenta a la hora de realizar el trabajo evaluativo. Los **13 residentes** están divididos en 8 varones (61.5%) y 5 mujeres (38.5%), tienen una edad media de 40 años aproximadamente, 9 sujetos (69.8%) residen en Mieres y 4 (30.2%) en otros lugares de Asturias. En cuanto al estado civil, 6 sujetos (46.2%) están solteros, 3 divorciados (23.1%), 2 (15.4%) separados, 1 (7.7%) emparejado y otro casado. El nivel educativo es el siguiente: 8 sujetos (61.5%) tienen la E.G.B. terminada, 4 (30.8%) tienen el certificado escolar y un sujeto (7.7%) realizó hasta C.O.U.

La situación laboral de los residentes es la siguiente: 4 sujetos (30.8%) están en paro sin subsidio, 4 son pensionistas/jubilados, 2 (15.4%) trabajan con contrato, 1 (7.7%) estudia, otro está en paro con subsidio y otro de baja médica. La droga principal de abuso para 6 sujetos (46.2%) es la heroína, 5 sujetos (38.5%) consumen cocaína, un sujeto heroína combinada con otras y otro cocaína combinada con otras.

Los **5 terapeutas** que trabajan en el centro y se tienen en cuenta en esta muestra tienen una edad media de 39 años aproximadamente. Hay 3 varones y 2 mujeres, 4 residen habitualmente en Gijón y uno en Langreo. El estado civil de los 5 es casado. En cuanto a la formación oficial reglada, 3 tienen la licenciatura de psicología y 2 tienen una diplomatura en estudios sociales. La formación no reglada que poseen la hicieron en el programa específico, sobre tratamiento de toxicómanos en C.T. del propio centro donde trabajan, hay un/a terapeuta que es ex –toxicómano y realizó el programa como residente. Los 5 cinco terapeutas están contratados fijos indefinidos.

De las **13 familias** que tienen un familiar en el programa, sólo mantienen una relación estable con los mismos 5 de ellas, que son las elegidas para la muestra final. Los familiares tienen una edad media de 45 años aproximadamente. En todas las familias que hacen el seguimiento se encarga la mujer de ello, 3 residen en Oviedo, una en Gijón y otra familia en Caborana. De los familiares, 2 están solteros, 2 viudos y 1 separado. En cuanto al nivel educativo, 2 tienen el certificado escolar, 2 la E.G.B. y 1 el bachillerato. En relación a la formación, tres familiares tienen formación en toxicomanías obtenida en seminarios que ofrece el propio programa y 2 familiares no tienen ninguna formación específica sobre el tema. La situación laboral de los familiares es la siguiente: 2 pensionistas/jubilados, un estudiante, un parado sin subsidio y un trabajador con contrato.

De los **20 voluntarios** que colaboran habitualmente en el centro, sólo cuatro voluntarios realizan una actividad de carácter educativo y son los elegidos para la muestra. Éstos tienen una edad media de 64 años aproximadamente, hay 2 varones y 2 mujeres, 2 residen en Oviedo y 2 en Gijón. En cuanto al estado civil hay 2 casados, un soltero y

una es viuda. En el nivel educativo encontramos un sujeto con E.G.B., un Bachiller, una Diplomada y un Licenciado, por otro lado 2 sujetos tienen formación en toxicomanías de cursos que realizaron en el propio programa y otros dos no la tienen. Por último, 3 sujetos son pensionistas/jubilados y 1 parado sin subsidio.

3.2.3.4 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Las técnicas e instrumentos utilizados en este estudio para recoger la información pertinente se eligieron en función de los objetivos del trabajo evaluativo, del tipo de información a recoger y de la audiencia de donde debía ser recabada y fueron los siguientes:

1.- Entrevista estructurada con cuestionario de preguntas cerradas y abiertas (ver anexo IV).

Para elaborar el cuestionario utilizado en esta técnica se siguieron las siguientes fases de elaboración y de realización:

a) Elaboración del primer protocolo.

Dado que con este cuestionario se pretende conocer si se cumplen los objetivos para los que fue diseñado el programa, éstos están organizados en torno a las áreas: personal, de salud y sociolaboral. El cuestionario está dividido en 4 unidades de observación, como puede verse en la tabla 69, y son las siguientes: identificación, personal, de salud y socio-laboral según la organización de los objetivos del programa. Los ítems utilizados en este cuestionario fueron extraídos y validados en otros trabajos (Fernández & Secades, 1999; Fernández & Secades, 2001), además se tuvieron en cuenta los cuestionarios de los estudios analizados en el capítulo 2. Una vez elaborado este primer protocolo se pasa a la validación del mismo mediante un sistema de expertos.

Tabla 69. Cuestionario²² comprobación de objetivos

UNIDADES DE OBSERVACIÓN	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEMS
Identificación	Socio-demográfica	Edad, Sexo, Lugar de residencia, Estado civil, Situación judicial, Nivel educativo, Situación laboral	Del 1 al 7
	Toxicológica	Droga principal de abuso al comenzar el programa	8
Personal	Comportamental	Actitud hacia el consumo las drogas ilegales, Actitud hacia el consumo de alcohol, Problemas causado por consumo de alcohol, Responsabilidad con las cuestiones judiciales, Conflictos interpersonales, Adaptación al contexto de residencia	Del 9 al 19
	Emocional	Expresión y control de sentimientos, Comunicación de situaciones problemáticas	Del 20 al 22
	Cognitiva	Aspectos personales a mejorar, Metas a corto y largo plazo, Petición de ayuda si es necesario, Satisfacción con el programa (área personal), Aspectos que debería tener el programa y no tenía (área personal)	Del 23 al 29
Salud	Hábitos de salud	Horas de sueño, Pautas de higiene, Dieta, Medicación, Actividad deportiva	Del 30 al 34
	Uso recursos sanitarios	Utilización servicios sanitarios, Ingreso en urgencias, Satisfacción con el programa (área de salud), Aspectos que debería tener el programa y no tenía (área de salud)	Del 35 al 38
Sociolaboral	Social	Relaciones de convivencia, Relaciones de amistad, Organización del tiempo libre,	Del 39 al 45
	Laboral	Situación laboral, Satisfacción con el trabajo, Asistencia al trabajo, Fuente de ingresos, Administración de recursos, Satisfacción con el programa (área sociolaboral), Aspectos que debería tener el programa y no tenía (área sociolaboral)	Del 46 al 54

b) Validación del primer protocolo.

Para la validación de este instrumento se utilizó la contrastación a través de expertos y se contó con la colaboración de: un experto del ámbito universitario, director/terapeuta del programa evaluado y el evaluador interno del programa. Las modificaciones propuestas por los expertos, como puede verse en la tabla 70, son las siguientes:

Tabla 70. Validación del cuestionario

EXPERTO	UNIDADES DE OBSERVACIÓN	DIMENSIONES	VARIABLES	ITEMS
Experto del ámbito universitario	Correctas	Añadir dimensión toxicológica	Cambiar la redacción de las variables referentes al “consumo de alcohol”	Ordenar la categorización de los ítems de menos a mas
Director/terapeuta	Propuesta de las unidades de observación según las área de intervención del programa	Correctas	Introducir variables referentes a la satisfacción de los residentes con las distintas áreas de intervención	Cambiar la redacción de los ítems 39, 40 y 41
Evaluador interno	Correctas	Dividir el área de salud en dos dimensiones: hábitos de salud y uso de recursos sanitarios	Introducir las categorías definitivas a las variables sociodemográficas	Correctos

²² Esta tabla corresponde a la distribución del cuestionario en su forma final, después de las modificaciones que se realizaron en los pasos que especificaremos más adelante. El motivo no es otro que evitar la duplicación de la tabla con cada modificación.

c) Elaboración del segundo protocolo y prueba piloto.

Después de introducir los cambios pertinentes en el primer protocolo siguiendo las indicaciones de los expertos, se elabora el segundo protocolo con la intención de comprobar su funcionamiento con 10 sujetos de las mismas características que los de la muestra objeto de estudio.

Una vez realizada la entrevista con los 10 sujetos mediante el protocolo diseñado siguiendo las indicaciones de los expertos, se comprueba que la estructura y forma del protocolo es la adecuada. Las modificaciones sugeridas por los expertos funcionan correctamente con los 10 sujetos de la muestra. Con respecto a la validez de constructo teórico del protocolo, es decir el contenido y redacción de los ítems propuestos sólo se hicieron las siguientes correcciones:

- Modificación de la redacción del ítem 19: “Te sientes socializado en el contexto donde resides” por “te sientes adaptado al lugar donde vives”.
- Modificación de la redacción del ítem 23: “cosas que podrías mejorar” por “aspectos personales...”
- Modificación de la redacción del ítem 24: “cosas positivas que tienes” por “aspectos más positivos que podrías potenciar”

d) Elaboración del protocolo final.

Con las modificaciones introducidas después de realizar la prueba piloto se construye el protocolo final. Éste consta, en primer lugar, del título del mismo, de las instrucciones para su realización y del código de cuestionario. A continuación comienza la redacción de los ítems del cuestionario, apareciendo en primer lugar los referentes a las variables de identificación y después los referentes a las de clasificación.

En este cuestionario no se pueden realizar pruebas métricas para comprobar la fiabilidad y validez externa del mismo, ya que no es un cuestionario psicométrico de medida, sino que tiene una orientación cualitativa y va dirigido, según Rodríguez, Gil & García (1996) tanto a recoger información descriptiva común (sexo, edad, situación jurídica, etc.) como información de carácter cualitativo (frecuencia de actividad deportiva, consumo de alcohol, etc.).

2.- Entrevista estructurada con guión de preguntas abiertas (ver anexo V).

El guión se organizó en relación a:

- Preguntas de identificación.
- Los antecedentes o estilo de vida que tenían los residentes antes de ingresar en el programa.
- Las transacciones o actividades que los residentes realizan en la C.T. que corresponden con el proceso de desarrollo del programa.

- Y los resultados, tanto esperados como logrados por los residentes después de realizar la fase de “comunidad terapéutica”.

Esta técnica, como puede verse en la tabla 71, está diseñada con la finalidad de obtener información sobre los antecedentes, los procesos y los resultados que tienen lugar en la C. T.

Tabla 71. Entrevista referente a antecedentes, transacciones y resultados

UNIDADES DE OBSERVACIÓN	TÓPICOS TEMÁTICOS	PREGUNTAS
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia del consumo de droga en: el comportamiento, expresión de sentimientos, pensamientos, salud, proceso educativo, situación laboral y relaciones de pareja - Reacción del entorno familiar y de amistades al ingresar en la comunidad terapéutica - Motivación para realizar el programa 	De la 1 a la 10
Transacciones	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades terapéuticas - Proceso de convivencia con los residentes de la comunidad - Entrevistas individuales con los terapeutas 	De la 11 a la 21
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito de la salud - Ámbito de desarrollo personal - Ámbito social - Ámbito laboral 	De la 22 a la 25

La elaboración del protocolo de la entrevista se realizó mediante una triangulación entre los terapeutas del programa y el evaluador externo, a través de una negociación consensuada hasta adquirir el formato final (ver anexo V).

3.- Revisión de registros.

Corresponde a todos aquellos documentos existentes en la C.T. que sean útiles y pertinentes para recabar información necesaria en el proceso de evaluación. Estos documentos se utilizan como complemento de las entrevistas antes mencionadas y también para conocer todo lo relativo al diseño del programa utilizado en la C.T.

4.- Observación participante y no participante.

El evaluador realiza una observación participante y no participante de todo el proceso en el que se desarrolla la C.T.: **No participante** en las actividades terapéuticas en las que se tratan temas relacionados con los sentimientos y vivencias personales. **Participante** en aquellas actividades que siendo educativas no se tratan directamente temas personales, como por ejemplo, la actividad de deporte, o las actividades de ocio y tiempo libre.

Tanto en la observación participante como la no participante se recogen los siguientes aspectos de interés:

- Realización o no de las actividades que correspondan.
- Presencia en la misma de los residentes de la C.T.
- Participación y/o intervención de los residentes en las actividades.
- Tiempo de duración de cada actividad.
- Incidencias destacadas ocurridas en cada actividad (si las hay).

Para registrar la información, tanto en la observación participante como en la no participante, utilizamos un protocolo de registro que a continuación exponemos:

Fecha en la que se observa la actividad: _____
Actividad observada: _____
Duración de la actividad: _____
Nº de participantes: _____
Temas tratados: _____
Problemas planteados por los residentes relacionados con la actividad: _____

Si tenemos en cuenta la relación entre estas técnicas e instrumentos y las audiencias implicadas en la evaluación, las podemos ordenar de acuerdo con la tabla 72.

Tabla 72. Instrumentos de recogida de información según las audiencias

AUDIENCIAS	INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
Residentes	Entrevista estructurada con cuestionario de preguntas cerradas
	Entrevista estructurada con preguntas abiertas
	Observación participante y no participante
	Registros del programa
Terapeutas	Entrevista estructurada con preguntas abiertas
	Observación no participante
Voluntarios	Entrevista estructurada con preguntas abiertas
	Observación participante y no participante
Familias	Entrevista estructurada con preguntas abiertas

3.2.3.5 Técnicas de análisis de datos

En el presente trabajo se recogen dos tipos de datos: cuantitativos y cualitativos lo que implica dos tipos de análisis de datos que a su vez tienen sus propias técnicas. Por un lado, los datos cuantitativos se organizan de tal manera que se pueda realizar un transcripción al programa de análisis de datos SPSSv14. Por otro lado, los datos cualitativos recogidos en este trabajo, son realmente importantes y forman un gran

volumen de datos. Por ello, para realizar un análisis de contenido de dicha información se organizó en tópicos temáticos de interés, para después proceder a utilizar el programa de análisis de datos cualitativos ATLAS ti 5.0, con la finalidad de sintetizar la información recogida y obtener conclusiones relevantes sobre los distintos aspectos del programa evaluado.

3.2.3.5.1 Análisis de datos cuantitativos

El análisis cuantitativo a su vez tiene dos partes claramente diferenciadas. La primera corresponde con un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio; para ello, una vez categorizadas las variables conforme al cuestionario (ver anexo IV), pasamos a realizar una transcripción informatizada para su posterior tratamiento a través del programa informático SPSSv14.

La segunda parte corresponde con un análisis diferencial. Las inferencias relacionales significativas para el coeficiente Chi-cuadrado (se utiliza cuando las variables del estudio son nominales) que en un primer momento se pretendió, no se pudieron realizar. La distribución de la frecuencia de la mayoría de las variables, de tal manera que algunas de las categorías quedan sin cubrir, hace que el análisis relacional se quede sin sustento matemático.

De todos modos a través de tablas de contingencia se buscó poner de relieve las diferencias existentes al realizar los siguientes cruces de variables:

- 1.- Sexo en relación al consumo actual de drogas ilegales.
- 2.- Sexo en relación al consumo de alcohol por semana.
- 3.- Sexo en relación al consumo de alcohol el fin de semana.
- 4.- Situación laboral en relación al consumo de drogas ilegales.
- 5.- Situación laboral en relación al consumo de alcohol por semana.
- 6.- Situación laboral en relación al consumo de alcohol el fin de semana.
- 7.- Droga principal de abuso antes de empezar el programa en relación al consumo actual de drogas ilegales.
- 8.- Droga principal de abuso antes de empezar el programa en relación al consumo de alcohol por semana.
- 9.- Droga principal de abuso antes de empezar el programa en relación al consumo de alcohol el fin de semana.

Este análisis diferencial al igual que el anterior se realizó mediante el programa de análisis estadístico SPSSv14 utilizando las tablas de contingencia y seleccionando las variables objeto de estudio, antes especificadas, con la finalidad de conocer más en profundidad las implicaciones del sexo, la situación laboral y la droga principal de abuso antes de empezar el programa, en los resultados obtenidos.

3.2.3.5.2 *Análisis de datos cualitativos*

El análisis cualitativo de este estudio evaluativo se realiza sobre las entrevistas realizadas a las audiencias implicadas en el programa objeto de evaluación. Las entrevistas utilizadas para el análisis de contenido son 46 de la muestra A, dado que estas entrevistas (ver anexo V) tenían 4 preguntas abiertas, que trataban de 4 tópicos temáticos (aspectos a mejorar en el área personal, de salud, socio-laboral y motivos de ingreso en urgencias) de los que era necesario realizar un análisis de contenido.

Por su parte, a la muestra B, se le realizarán entrevistas en dos momentos: la primera va dirigida a conocer las intenciones o pretensiones de las audiencias implicadas contando con un total de 27 sujetos. La segunda entrevista realizada, referente a las valoraciones de los resultados logrados, consta de 19 sujetos debido al abandono de 6 sujetos.

El análisis de contenido implica especificar las unidades de análisis que son los elementos de la comunicación en el que se centra el mismo. Para esta parte del trabajo tenemos tres unidades de análisis que son:

- 1.- Unidad de muestreo.- Es el marco máximo de información a analizar, en nuestro caso coincide con las **entrevistas** analizadas.
- 2.- Unidad de contexto.- Es aquella porción de la unidad de muestreo que tiene que ser examinada para caracterizar una unidad de registro, es por tanto la porción de contenido comunicativo para que tenga sentido el análisis de la unidad de registro que explicaremos a continuación. La unidad de contexto de este análisis es la **pregunta**.
- 3.- Unidad de registro.- Se corresponde con la máxima porción del contenido que el investigador aísla dentro de una unidad de muestreo que en nuestro caso es la **frase**. Las unidades de registro se deben categorizar y después definir cada categoría.

Los tópicos temáticos a tener en cuenta en este estudio son los siguientes:

A) Referente a los antecedentes:

- 1.- Comportamiento diario.- Respuestas comportamentales ofrecidas por los residentes a las demandas y estímulos que les ofrece el entorno que les rodea.
- 2.- Expresión de sentimientos y emociones.- Capacidad de expresar sensaciones propias de las diversas situaciones afectivas de la convivencia diaria.
- 3.- Pensamientos del día a día.- Apreciaciones cognitivas de los residentes en relación al desarrollo del programa de comunidad terapéutica dentro del centro.
- 4.- Problemas de salud.- Consecuencias, desde la perspectiva de la salud, relacionadas con el consumo abusivo de drogas.
- 5.- Proceso educativo.- Evolución del desarrollo escolar de los residentes debido a la incorporación en un proceso abusivo de drogas.

6.- Situación laboral.- Incidencias en la vida laboral de los residentes producidas por estar inmersos en un proceso de consumo abusivo de drogas.

7.- Repercusiones relaciones de pareja.- Consecuencias producidas por el consumo abusivo de drogas en las relaciones personales con la pareja.

8.- Entorno familiar e ingreso en el programa.- Reacción del entorno familiar próximo al conocer el ingreso del residente en el programa.

9.- Reacción al ingresar en el programa de los amigos.- Reacción de los amigos próximos al residente al conocer su ingreso en el programa.

10.- Motivos para empezar el programa.- Razones y causas de los residentes para decidir ingresar en el programa.

B) Referentes a las transacciones (desarrollo de las actividades del programa)

Todos estos tópicos están especificados en el apartado 4.1.4 de este mismo capítulo, por lo que no es pertinente volver a repetirlos.

1.- Grupos de autoayuda.

2.- Grupos temáticos.

3.- Reunión de la casa.

4.- Sectores de trabajo.

5.- Seguimiento médico.

6.- Actividad física.

7.- Taller habilidades sociales.

8.- Programación salidas de la C.T.

9.- Actividades de ocio y T.L.

10.- Proceso de convivencia.

11.- Entrevistas individuales.

C) Referentes a los resultados

Área de salud.- Comprende todos los resultados esperados y obtenidos por los residentes relativos a la medicación, hábitos de salud y estado físico general.

Área personal.- Comprende todos los resultados esperados y obtenidos por los residentes en relación a los aspectos comportamental, cognitivo y emocional.

Área social.- Comprende todos los resultados esperados y obtenidos por los residentes en todo lo relacionado con las amistades, familia y relación con el entorno próximo.

Área laboral.- Comprende todos los resultados esperados y obtenidos por los residentes, tanto en la formación orientada al ámbito laboral, como en la inserción al trabajo.

Después de categorizar las unidades de registro pasaremos a identificar en los documentos, objeto de análisis: la ausencia-presencia, el orden de aparición, las

relaciones establecidas entre unos temas y otros; es decir, análisis de contingencia, la frecuencia de aparición y la posible emergencia de categorías no establecidas “a priori” que en este caso concreto no hay ninguna, pues las entrevistas analizadas todas tienen las mismas categorías.

Por último, siguiendo la estructura propuesta a priori para las entrevistas, categorizaremos y analizaremos la información conforme a los tópicos antes expuestos. Para ello utilizamos el programa de análisis de datos cualitativos ATLAS ti 5.0, a través del cual organizaremos y representaremos, en tablas y gráficos utilizando el programa Excel 2003, las frecuencias de aparición tanto parciales como totales de cada categoría. Por último, se procede a describir los resultados obtenidos y la interpretación de los mismos.

3.2.3.6 Criterios para interpretar los resultados del trabajo evaluativo

Después de seleccionar las unidades de observación, dimensiones y variables, la muestra objeto de estudio, las técnicas e instrumentos de recogida de información y las técnicas de análisis de datos se debe realizar la interpretación de los resultados obtenidos.

Las evidencias empíricas obtenidas en este trabajo evaluativo no son de la misma naturaleza. Por un lado, tenemos datos empíricos cuantitativos y, por otro, tenemos datos empíricos cualitativos obtenidos por los procesos antes descritos, lo que garantiza su objetividad.

Para interpretar los resultados obtenidos mediante los datos cuantitativos utilizaremos los estudios anteriores de otros autores especialistas en la materia como son: Hubbard, Craddock & Anderson (2003), Gossop, Marsden, Stewart & Kidd (2002), White, et al. (2002), Morral, Belding & Iguchi (1999) y Peles, Schreiber & Adelson (2006). Las variables seleccionadas y las categorías fueron elaboradas conforme a los criterios previamente establecidos para recoger datos empíricos que puedan ser interpretados en relación a los estudios citados.

Para interpretar los resultados obtenidos a través de los datos cualitativos, utilizaremos los criterios propios de esta metodología, con la finalidad de garantizar la validez de la información recogida y son los siguientes:

- Credibilidad.- Consiste en que los datos obtenidos sean creíbles, esto se consigue a través de:

1º La observación persistente de todo el proceso desarrollado en la C.T. que sea relevante para el trabajo evaluativo. En nuestro caso, se realizará con la estancia

permanente del evaluador durante siete meses en el centro donde se implementa el programa.

2º La triangulación entre pares. Se realizará a través de la contrastación de la observación del evaluador con la de dos expertos (licenciado en pedagogía y psicología) en el campo objeto de estudio.

- Transferencia.- Consiste en la posibilidad de replicar la investigación en condiciones semejantes. En este estudio, se describirá exhaustivamente el contexto y el programa objeto de evaluación, es decir, todos los aspectos relacionados con el entorno del programa, las audiencias implicadas, las actividades terapéuticas desarrolladas y los recursos empleados por el centro para implementar dicho programa.

- Dependencia.- Este criterio hace referencia a la necesidad de garantizar la estabilidad de los datos, es decir, que estos sean repetibles. Para ello, en este estudio emplearemos la triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas comprobando que los resultados sean los mismos.

- La neutralidad.- Con este criterio se pretende conseguir la objetividad, a través del consenso de subjetividades. Nos garantiza que los resultados son fruto de lo que aportan todos los participantes y del proceso en sí mismo, e independiente del evaluador que realiza el estudio. Para conseguirlo, en este trabajo, utilizaremos:

1.- Triangulaciones diversas, como son:

a) Triangulación en el tiempo, dado que se realizará la recogida de información en varios momentos del proceso terapéutico.

b) Triangulación de observadores al incluir más de un observador en la investigación, como ya señalamos anteriormente, dos expertos.

c) Triangulación metodológica, que como ya señalamos, se utilizarán distintos métodos (cuantitativos y cualitativos) en el mismo trabajo.

2.- La reflexión profunda de la información aportada por todas las audiencias implicadas (subjetividades) para obtener los resultados definitivos.

3.- La elaboración del informe final conforme a la aprobación de todas las audiencias implicadas.

3.2.3.7 Temporalización del trabajo

La organización temporal de este trabajo atiende a cuatro fases:

1ª fase.- Esta es una fase previa que va desde el año 2000 hasta el 2003 en donde se recogió la información necesaria para valorar si el programa cumple los objetivos que se propone en función de los resultados obtenidos. En esta fase la actividad principal fue

la realización de las entrevistas, a través de un cuestionario estructurado, a los residentes que habían estado seis meses como mínimo realizando el programa.

Además, también se realizaron los análisis de datos pertinentes y el informe intermedio, para comunicar estos resultados a los responsables del programa. Estos primeros resultados se utilizaron para plantear el trabajo a desarrollar más adelante, en donde una vez cumplido el primer objetivo del trabajo: “comprobar si la C.T. alcanza los objetivos para los que fue diseñada”, queríamos conocer la valoración de los residentes del programa, del resto de las audiencias y el valor propio del programa en cuanto a diseño, implementación y evaluación del mismo.

2ª fase.- Esta fase comprende el diseño y la realización del trabajo de investigación, consistente en un estudio bibliométrico sobre informes de evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos. Las conclusiones obtenidas de este trabajo se utilizaron para fundamentar teóricamente el estudio evaluativo correspondiente al desarrollo de la tesis doctoral.

3ª fase.- Esta fase comprende el trabajo de campo y consistió en una estancia de siete meses en el campo de estudio, que coincide aproximadamente con el tiempo estimado para que un residente realice el proceso de C.T. En este periodo, comprendido desde febrero de 2006 hasta septiembre del mismo año, se llevaron a cabo:

- Las entrevistas con protocolos de preguntas abiertas.
- La observación participante y no participante de todas las actividades del programa.
- Y la revisión de los documentos del programa utilizados en el trabajo evaluativo.

4ª fase.- Después de realizar el proceso de recogida de información, se organizó la misma para realizar los análisis de datos, que como ya señalamos fueron cuantitativos y cualitativos. Una vez obtenidos los resultados y conclusiones pertinentes se procedió a realizar la redacción del informe final a presentar como documento correspondiente a la tesis doctoral.

3.2.3.8 Tipificación del diseño del estudio evaluativo

Metodológicamente se puede entender el programa desde una perspectiva interpretativa por lo que el modelo o enfoque teórico pertinente para evaluarlo debería ser cualitativo. El modelo elegido en nuestro caso es el de “Stake o respondente”, ya que nos permitirá responder a las necesidades de los usuarios de la C.T. Este modelo permite utilizar la metodología cualitativa, aunque no por ello prescindiremos de la cuantitativa para conocer aspectos determinados de la C.T.

Ante un programa de estas características el modelo que mejor se adapta para realizar una evaluación del mismo, como ya dijimos, es el de “Stake o respondente”, dada su flexibilidad para poder ser aplicado en un contexto natural. Se descartaron los modelos experimentales y cuasiexperimentales por la imposibilidad de crear un grupo de control y manipular la variable independiente, como exigen estos modelos. De acuerdo con el modelo elegido optamos por un diseño metodológico que podemos caracterizar como:

- Según el grado de planificación.- **Respondente o emergente**, pues parte de un fundamento teórico flexible en donde los criterios de evaluación para emitir los juicios de valor adoptan la perspectiva de las personas implicadas en el programa. Dado que se busca conocer el significado y valor que el programa tiene para las audiencias implicadas, el diseño no puede estar prefijado de antemano, sino que debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los diferentes procesos que se puedan dar en el desarrollo del programa. En nuestro caso, el diseño fue emergiendo según las necesidades planteadas hasta adoptar la forma final que aquí exponemos.

- Según la metodología empleada.- **Observacional**, pues se trata de una evaluación llevada a cabo en un contexto natural, donde no se puede manipular la variable independiente, en este caso la intervención y además se hace imposible observar grupos de sujetos que hayan sido elegidos aleatoriamente. Por último, los instrumentos elegidos fueron elaborados *ad hoc* para este trabajo.

- Según el sistema de control de resultados.- **No comparativo**, pues en este estudio resultó imposible establecer grupo de control, ya que no sería ético dejar a un grupo de sujetos sin realizar un programa de deshabituación a las drogas para tenerlos como grupo de control. En este caso hemos optado por realizar entrevistas a un mismo grupo (control reflexivo) y obtener la valoración de los participantes en las estrategias y actividades terapéuticas (toxicómanos y terapeutas) y no participantes (voluntarios, sólo participan en la actividad de tiempo libre y familias) del programa (control a la sombra).

A modo de resumen, podemos decir que, adaptándonos a las características del programa, hemos elegido el modelo de “Stake o Respondente”, dado que su planteamiento teórico y flexibilidad permitía aplicarlo a la realidad donde se realizó la evaluación. En función de esto, el diseño aquí planteado es “emergente” (McMillan & Schumacher, 2005), puesto que fue elaborándose según transcurría el proceso evaluativo y también “respondente”, dado que se pretende responder a las necesidades de las audiencias implicadas en el estudio. Por último, la metodología utilizada combina las técnicas cualitativas con las cuantitativas.

CAPÍTULO IV

Capítulo 4. Recogida y análisis de la información. Matriz Descriptiva

4.1 Intenciones. Lo que pretenden las audiencias

4.1.1 Situación de partida según las distintas audiencias

4.1.2 Expectativas del programa según las distintas audiencias

4.1.3 Logros a alcanzar según las distintas audiencias

4.2 Observaciones. Lo que las audiencias perciben

4.2.1 Percepciones después del programa según las distintas audiencias

4.2.2 Valoraciones de la implementación según las distintas audiencias

4.2.3 Resultados del programa según las distintas audiencias

4.3 Análisis de las contingencias y congruencias

4.3.1 Análisis de las contingencias lógicas y empíricas

4.3.2 Análisis de las congruencias entre intenciones y observaciones

4. Recogida y análisis de la información. Matriz Descriptiva

Siguiendo el modelo planteado para este trabajo evaluativo, recordemos “modelo de Stake o Respondente”, recogemos la información necesaria para realizar los juicios de valor conforme al diseño que se deriva del modelo planteado. Así pues, en un primer momento abordamos la recogida de información referente a la matriz descriptiva.

Dicha matriz implica a su vez recoger y analizar información en torno a dos aspectos generales de las audiencias implicadas. Para ello, tenemos en cuenta las “intenciones” o lo que pretenden inicialmente las personas, antes de realizar el programa del que forman parte. Y también recogemos información sobre las “observaciones” o lo que realmente sucede al realizar programa.

Además, estos dos bloques de información se dividen en tres dimensiones bien diferenciadas, tal como señala Stake (1989b) que son las siguientes:

- Los “antecedentes” que hacen referencia a las condiciones iniciales con las que parten los implicados en el programa.
- Las “transacciones” que están relacionadas con todo el proceso llevado a cabo al implementar el programa, es decir, estrategias metodológicas, actividades, técnicas, instrumentos terapéuticos, etc.
- Los “resultados” que tienen que ver con lo que esperan conseguir los participantes después de realizar el programa.

A su vez, realizar la matriz descriptiva conlleva dos tipos de análisis que son los siguientes:

- Análisis de las contingencias que trata de ver la relación contingente entre los antecedentes, las transacciones y los resultados, tanto del bloque de las “intenciones” como del de las “observaciones”.
- Análisis de las congruencias, que busca la relación de coherencia entre las “intenciones”, o lo que las audiencias pretenden conseguir y las “observaciones”, o lo que realmente se consigue al realizar el programa.

A continuación se expone la información recogida a través de la matriz descriptiva y el análisis de la misma. Por último, se realizan los análisis de las congruencias y contingencias de toda la información recogida.

4.1 Intenciones. Lo que pretenden las audiencias

Como ya hemos señalado a lo largo de este trabajo evaluativo, las audiencias implicadas son cuatro: los residentes en el programa, los terapeutas, los familiares de los residentes y los voluntarios del programa que tienen una actividad educativa. En este apartado, recogemos la información referente a los antecedentes, transacciones y resultados de las audiencias anteriormente señaladas. Toda la recogida de información se realiza de la muestra B, caracterizada en el capítulo 3, excepto en el apartado de las “observaciones”, la parte de los resultados, que se utiliza la muestra A y B, como especificaremos más adelante.

4.1.1 Situación de partida según los residentes

Las preguntas planteadas, en este apartado, se realizaron cuando los residentes llevaban dos semanas aproximadamente en la C.T. y hacen referencia a la percepción que los propios protagonistas del programa tienen acerca de su estilo de vida antes de ingresar en el programa, dado que son las mismas para las cuatro audiencias implicadas y para no repetirlas las especificamos en la tabla 73.

Tabla 73. Preguntas referidas a la situación de partida

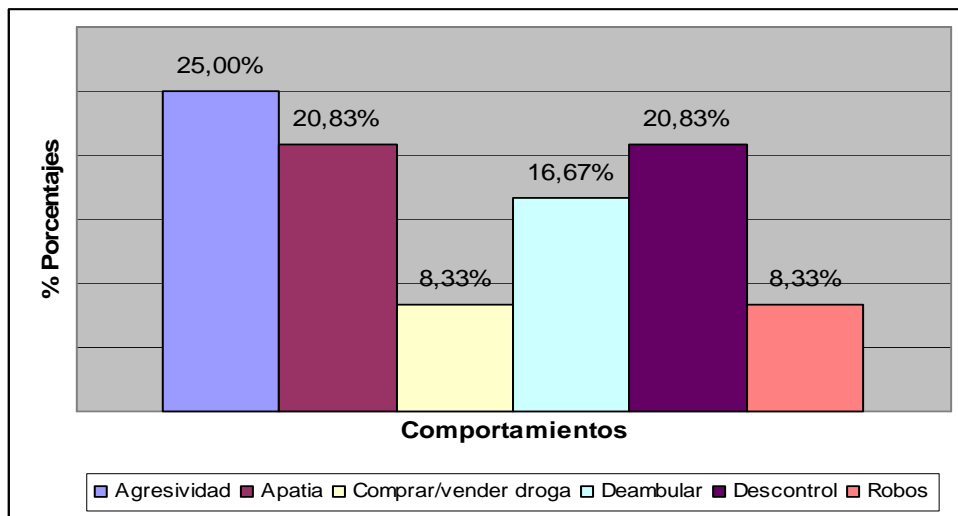
RESIDENTES, TERAPEUTAS, VOLUNTARIOS Y FAMILIAS
<ol style="list-style-type: none">1.- ¿Cómo influía en el comportamiento diario el consumo de droga?2.- ¿Cuándo consumías drogas podías expresar libremente tus emociones y sentimientos de lo que te sucedía?3.- ¿Cómo crees que te afectaba el consumo de droga a tus pensamientos sobre lo que ocurría en día a día?4.- ¿Qué problemas causó a tu salud el consumo de droga hasta la actualidad?5.- ¿Qué consecuencias crees que tuvo en tu proceso educativo el haber empezado a consumir droga?6.- ¿Cómo influyó en tu situación laboral el consumo de drogas?7.- ¿Qué repercusiones tiene el haber consumido droga en tus relaciones de pareja?8.- ¿Cuál fue la reacción de tu entorno familiar más próximo cuando decidiste ingresar en el programa?9.- ¿Cómo reaccionaron tus amigos más próximos cuando decidiste ingresar en el programa?10.- ¿Qué te motivó a empezar el programa?

Se trata de conocer cual es el estado psíquico y físico de los futuros usuarios del programa. Para ello, las preguntas que se formularán están relacionadas con cuestiones como: comportamientos, pensamientos, expresión de sentimientos, salud, proceso educativo y laboral, amistades, familia, etc. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Cómo influía en el comportamiento diario el consumo de droga?**

Como puede verse en el gráfico 4, un 25% de las respuestas hace referencia a comportamientos agresivos; mientras que un 20.83% de las respuestas referidas a “descontrol”, corresponden a comportamientos no adaptados al contexto donde se encontraban. La “apatía”, falta de ánimo, de iniciativa, desmotivación hacia cualquier actividad que no sea consumir la droga habitual es otra de las respuestas dadas.

Gráfico 4. Consumo abusivo de drogas y comportamientos. Residentes

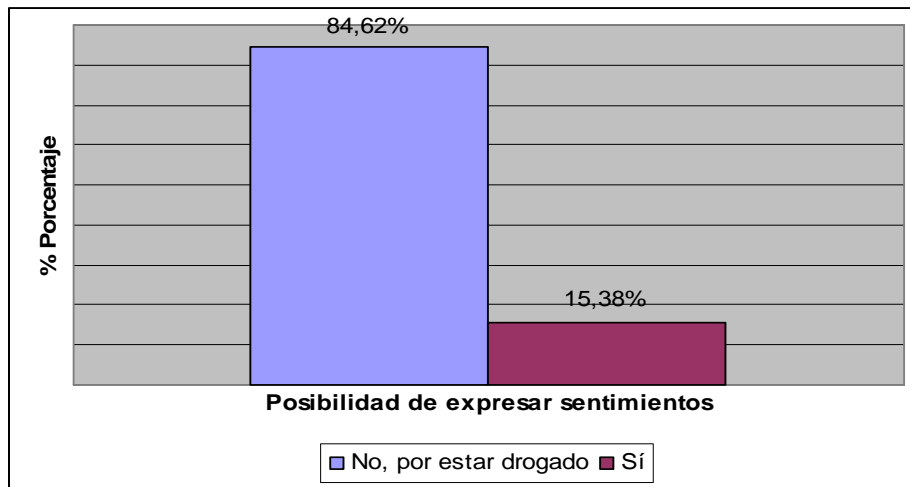


Otros comportamientos expresados son “deambular” (caminar sin rumbo fijo), “comprar y vender droga” y “robos” para conseguir dinero con el cual comprar droga.

Segunda pregunta planteada: **¿Cuándo consumías drogas podías expresar libremente tus emociones y sentimientos de lo que te sucedía?**

Solamente 2 sujetos (15.38%), como se muestra en el gráfico 5, manifiestan poder expresar los sentimientos y emociones de lo que les ocurre en el día a día. El resto de sujetos (84.62%) afirman que no pueden por estar “siempre colocados (drogados)” y normalmente a la defensiva y en tensión. Estos sujetos tienen miedo de que las personas les hagan daño, por eso nunca se muestran tal y como son.

Gráfico 5. Consumo abusivo de droga y expresión de sentimientos. Residentes

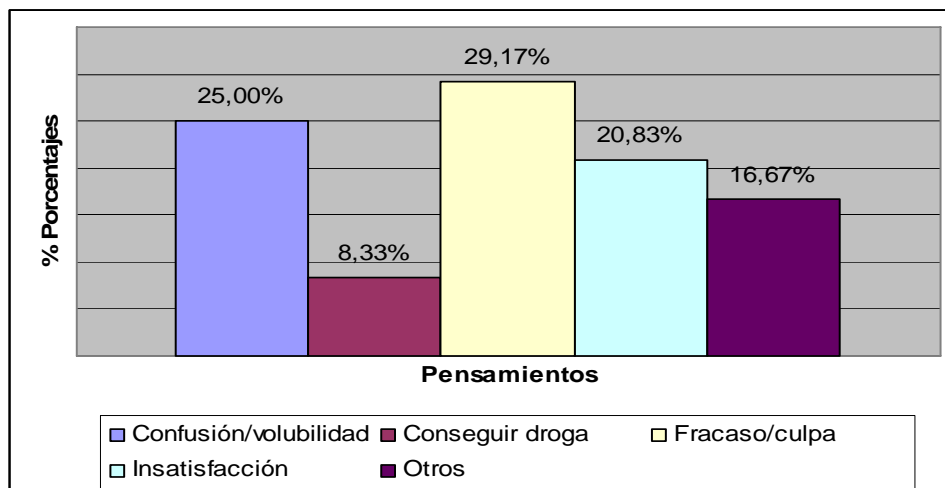


Los toxicómanos consideran hablar de sus sentimientos como un signo de debilidad.

Tercera pregunta planteada: **¿Cómo crees que te afectaba el consumo de droga a tus pensamientos sobre lo que ocurría en día a día?**

Los pensamientos que los residentes tenían antes de empezar el programa, como puede verse en el gráfico 6, eran de “fracaso/culpa” (29.17%) de las respuestas, por la situación en la que se encuentran y también por haber defraudado al círculo de personas más próximo. También se da, en un 25% de las respuestas, “confusión/volubilidad” mental, ya que muchos de los sujetos afirman no saber con certeza por qué hacen lo que hacen y por qué cambian tan rápido de pensamientos.

Gráfico 6. Consumo abusivo de drogas y pensamientos. Residentes



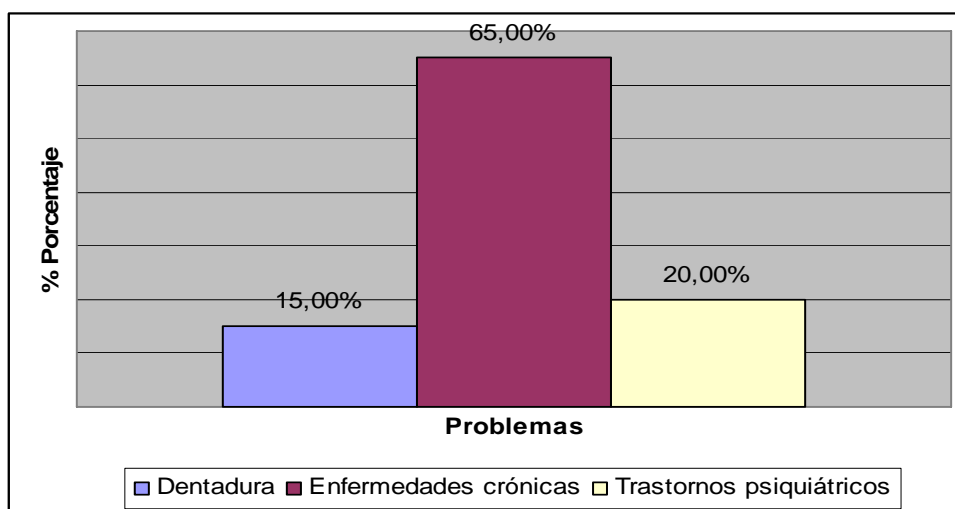
Hay un número de respuestas del 20.83% de “insatisfacción” con el estilo de vida que llevaban cuando consumían droga y un porcentaje más pequeño de pensamientos que van dirigidos a “conseguir droga”. Por último, bajo la categoría de “otros”, incluimos

las respuestas de: “miedo a que me descubriesen consumiendo en casa”, “de ninguna manera porque llevaba una vida normal”, “no sabe” y dos de “pensamientos de suicidio”.

Cuarta pregunta planteada: **¿Qué problemas causó a tu salud el consumo de droga hasta la actualidad?**

La mayoría de las respuestas dadas, como se muestra en el gráfico 7, van dirigidas a las “enfermedades crónicas” (65% del total). Estas son principalmente el V.I.H. y la hepatitis A, B o C. En menor medida dicen tener trastornos psiquiátricos (20% del total), siendo los más comunes la depresión, la ansiedad y los trastornos en el sueño.

Gráfico 7. Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Residentes

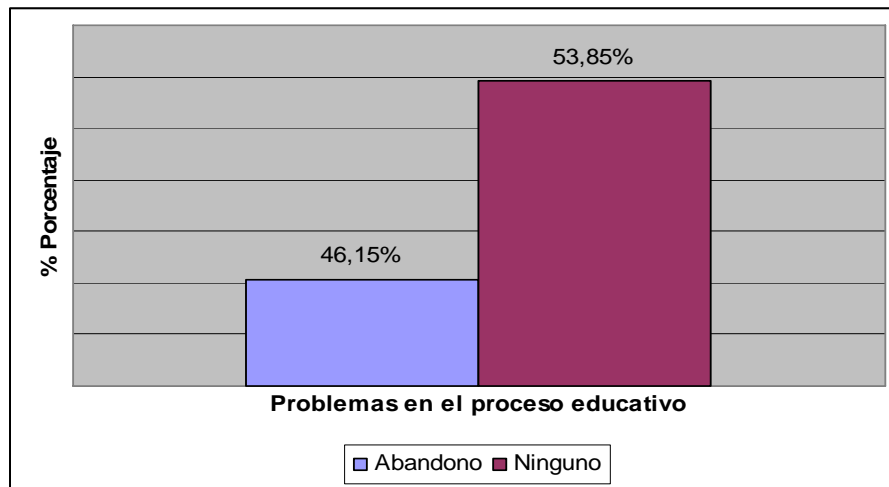


Otro problema común en esta población son los problemas en la dentadura.

Quinta pregunta planteada: **¿Qué consecuencias crees que tuvo en tu proceso educativo el haber empezado a consumir droga?**

El principal problema causado por el consumo de droga, como puede verse en el gráfico 8, es el abandono del sistema educativo, para el 46.15 % de los residentes.

Gráfico 8. Consumo abusivo de drogas y proceso educativo. Residentes

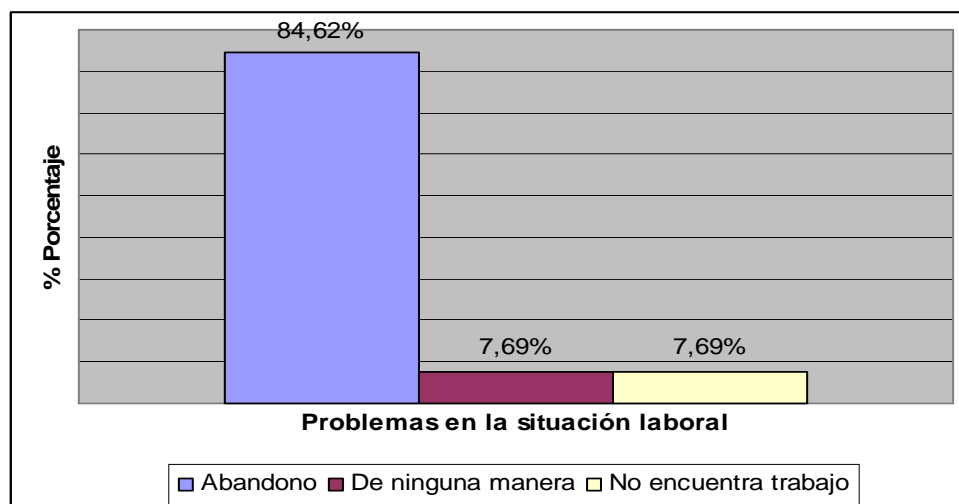


El 53.85% dicen que nos les causó ningún problema, pues son personas que ya habían abandonado el sistema educativo y no estudiaban cuando empezaron a consumir drogas ilegales.

Sexta pregunta planteada: **¿Cómo influyó en tu situación laboral el consumo de drogas?**

Si nos fijamos en el gráfico 9, un 84.62 % de los residentes abandonan el trabajo tras verse envueltos en un proceso de consumo abusivo de drogas, puesto que llega un momento que el deterioro físico y mental impide realizar cualquier actividad laboral.

Gráfico 9. Consumo abusivo de drogas y situación laboral. Residentes

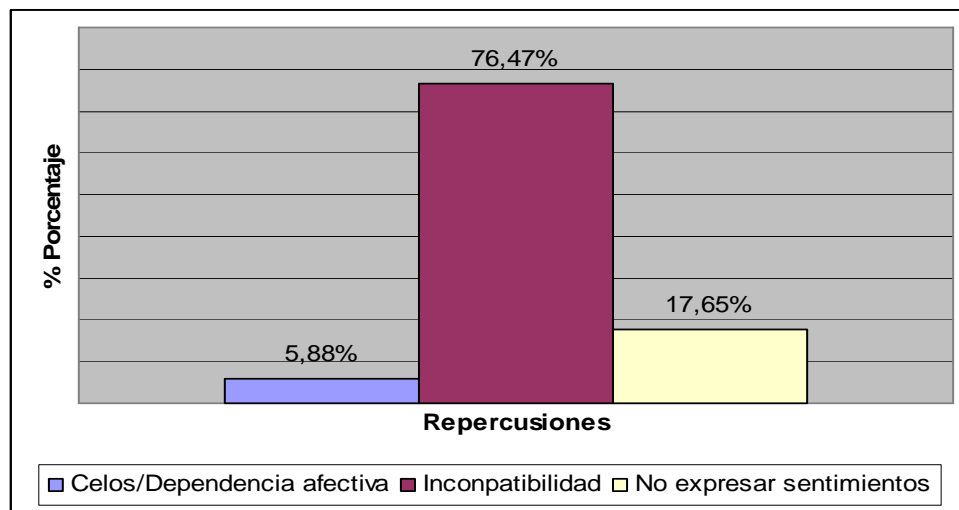


Un solo residente dice haber podido combinar el trabajo con el consumo abusivo de drogas. Y otro no pudo encontrar nunca trabajo por haberse dedicado desde muy joven a conseguir dinero, por cualquier medio, para consumir drogas.

Séptima pregunta planteada: **¿Qué repercusiones tiene el haber consumido droga en tus relaciones de pareja?**

Un alto porcentaje de respuestas (76.47%), como puede verse en el gráfico 10, va dirigido hacia la incompatibilidad del estilo de vida que supone el consumo de drogas abusivo con la relación de pareja, como sucedía con el trabajo. El deterioro físico y psicológico hace que las parejas se rompan, porque es difícil expresar sentimientos en una situación como esta.

Gráfico 10. Consumo abusivo de drogas y relaciones de pareja. Residentes

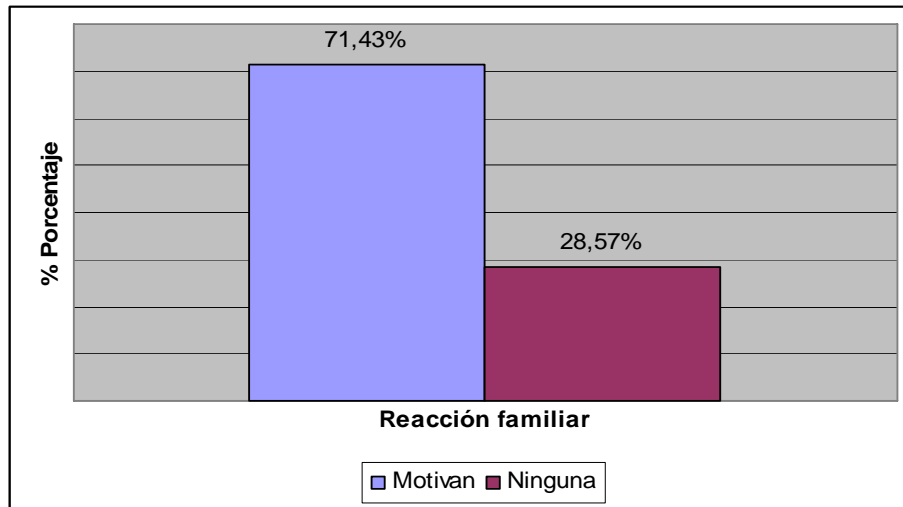


En algunas parejas se da una dependencia afectiva, generalmente del que consume (suele ser varón) hacia la otra persona de la pareja que no consume (generalmente la mujer). Cuando los dos componentes de la pareja consumen drogas de manera abusiva, ésta se acaba rompiendo por la dedicación exclusiva de los dos a conseguir dinero para drogarse.

Octava pregunta planteada: **¿Cuál fue la reacción de tu entorno familiar más próximo cuando decidiste ingresar en el programa?**

Los 13 residentes (71.43%) del programa que tienen contacto con la familia, como puede verse en el gráfico 11, dicen que la familia les “motivó” a ingresar en el programa.

Gráfico 11. Reacción del entorno familiar al ingresar en el programa. Residentes

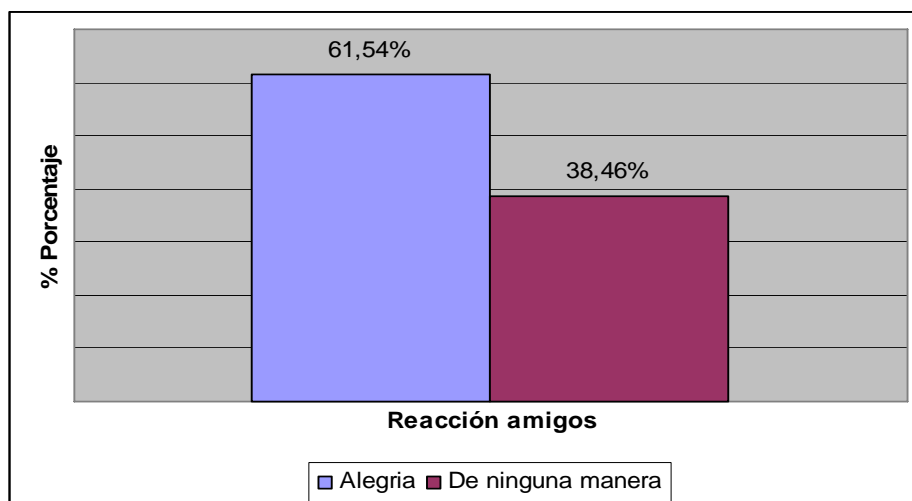


Los 3 residentes (28.57%) que no tienen contacto con la familia contestaron “ninguna” a esta pregunta.

Novena pregunta planteada: **¿Cómo reaccionaron tus amigos más próximos cuando decidiste ingresar en el programa?**

Los 8 residentes (61.54%) que tenían contacto con los amigos, como se muestra en el gráfico 12, afirman que éstos recibieron la decisión de su ingreso con alegría y les dieron ánimos para desarrollar todo el programa.

Gráfico 12. Reacción de amigos al ingresar en el programa. Residentes

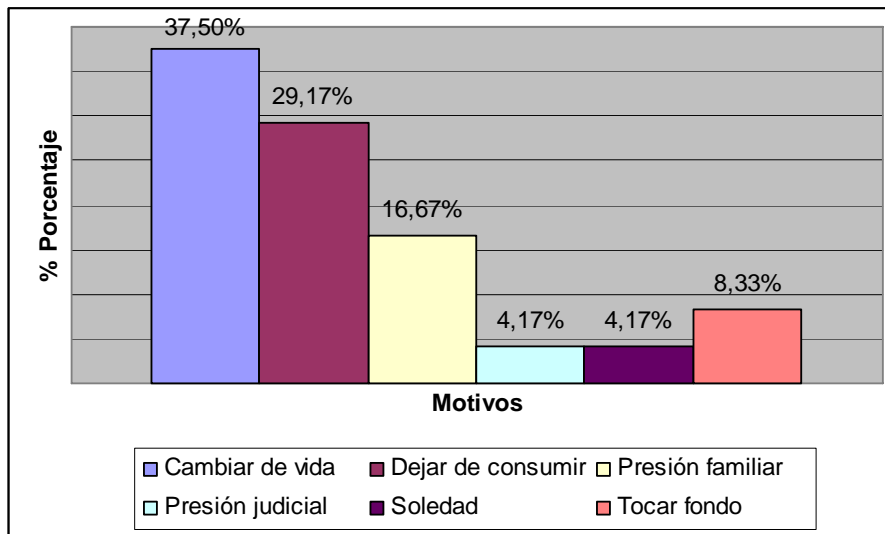


Los 5 residentes (38.46%) restantes habían perdido el contacto sus con amistades fuera del mundo de la droga, por lo que no hubo ninguna reacción al ingresar en el programa.

Décima pregunta planteada: ¿Qué te motivó a empezar el programa?

La principal causa que se argumenta para empezar el programa, como puede verse en el gráfico 13, es cambiar de vida, con un 37.50% de las respuestas, es decir, alejarse de todo lo que conlleva el mundo de la droga: comprar/vender droga, robos, discusiones familiares, etc. La segunda razón argumentada es su deseo de dejar de consumir droga (29.17%), debido al deterioro físico y psíquico que les estaba produciendo.

Gráfico 13. Motivaciones para empezar el programa. Residentes



Algunos sujetos también aluden a la presión familiar (16.67%) y empiezan el programa para evitar los conflictos familiares. Cumplir condenas realizando el programa, la “soledad” y “tocar fondo” son el resto de motivos señalados.

4.1.2 Situación de partida según los terapeutas

Las preguntas planteadas en este apartado son las mismas que en el anterior, pero dirigidas a los terapeutas. La finalidad no es otra más que conocer la percepción que los terapeutas del programa tienen de los residentes y contrastar ambas visiones. Por razones de espacio sólo se refleja el número de la pregunta, ya que el contenido es el mismo que en el apartado anterior. Tales preguntas son las siguientes:

Pregunta 1:

Las terapeutas afirman que el comportamiento producido por el consumo abusivo de droga es “apatía”, “comprar/vender droga” y “descontroles” con un 33.33% respectivamente.

Pregunta 2:

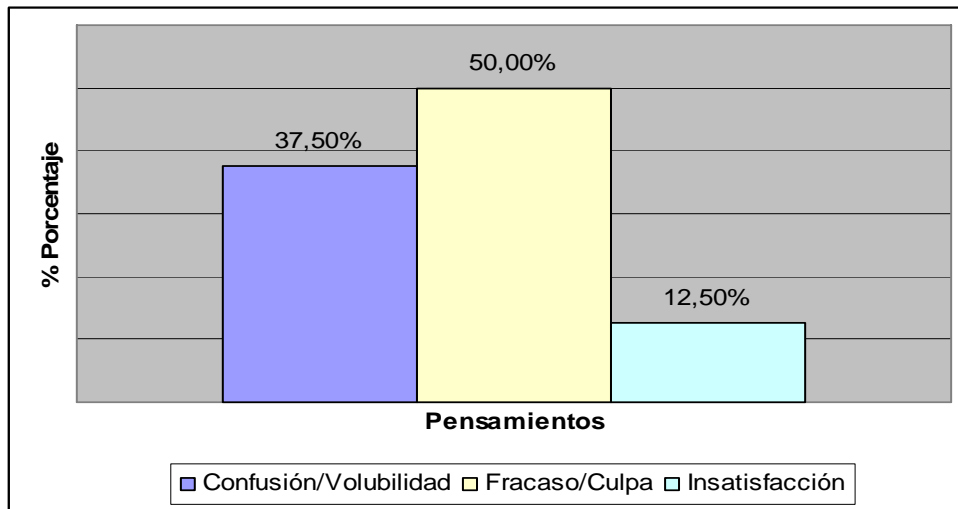
Las respuestas a esta pregunta están bastante divididas, pues hay 2 terapeutas (40%) que piensan que no pueden expresar sentimientos por “estar colocados” y 3 terapeutas

(60%) que dicen que sí pueden. Según un testimonio: “había una chica que sólo podía hablar de su vida y expresar sus sentimientos cuando venía a hablar después de haber consumido cocaína” (TER.OBP.V.38)

Pregunta 3:

Los pensamientos más comunes, como puede verse en el gráfico 14, según los terapeutas, son en primer lugar el de “fracaso/culpa” (50%), seguido de “confusión/volubilidad” (37.50%) y en menor medida el de “insatisfacción”.

Gráfico 14. Consumo abusivo de drogas y pensamientos. Terapeutas

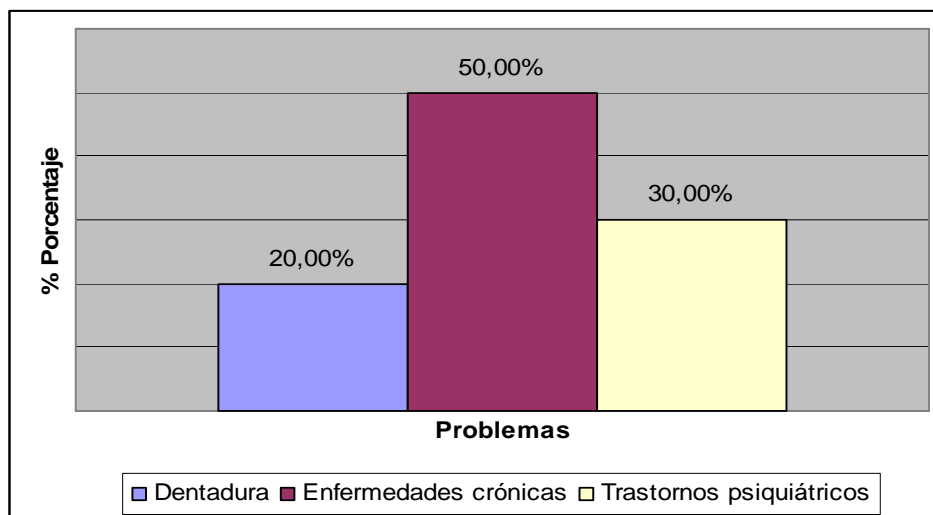


Cabe destacar que los terapeutas no señalan los pensamientos de “conseguir dinero para droga”, de “suicidio” y de “miedo a que los descubran consumiendo” que sí señalan los residentes.

Pregunta 4:

Todos los terapeutas hacen referencia a las “enfermedades crónicas” que constituyen un 50% de las respuestas dadas, como puede verse en el gráfico 15. Estas enfermedades son principalmente: hepatitis y V.I.H, aunque puede haber otras enfermedades que son menos comunes, bronquitis, neumonía, insomnio, etc. Además, 3 terapeutas (30%) responden “trastornos psiquiátricos” que normalmente son ansiedad y depresión.

Gráfico 15. Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Terapeutas



Por último, 2 respuestas (20%) hacen referencia a “problemas de dentadura” producidos por las sustancias de corte que se suelen utilizar para obtener mayor rentabilidad, al vender la heroína y la cocaína.

Pregunta 5:

En cuanto a la repercusión de haber consumido droga en el proceso educativo, la totalidad de los terapeutas señalan “el abandono” como única consecuencia, no contemplando la posibilidad de que hay sujetos que cuando empiezan a consumir ya no están en ningún proceso educativo.

Pregunta 6:

La situación laboral tiene para los terapeutas la misma percepción que el proceso educativo es decir “el abandono”. Todos los terapeutas argumentan que el consumo abusivo de drogas es incompatible con cualquier trabajo estable.

Pregunta 7:

La mayoría de las respuestas con un 60% de los casos, van dirigidas a la “incompatibilidad” del consumo de drogas y la relación de pareja. También señalan el problema de los “celos/dependencia” (40%). Un porcentaje muy elevado de respuestas aluden a la situación de dependencia afectiva de la persona que consume hacia la que no consume, “*relación de padre o madre de la persona que no consume con la persona que consume*” (TER.ENT.V.40). O “*se rompe la relación*” (TER.ENT.M.43).

Pregunta 8:

Las respuestas dadas se reparten en igual medida entre: “alegría”, “delegación” y “desconfianza” en un 33.33%. “Alegría” porque están felices de que el familiar deje de

consumir drogas ilegales. “Delegación” porque trasladan la responsabilidad de cuidar al familiar, al programa. Por último, “desconfianza” porque los familiares no creen que ningún programa contribuya a que su familiar deje de consumir drogas. Como se puede apreciar, estas respuestas no se corresponden con las que ofrecieron los residentes, pues ningún terapeuta considera que los familiares motiven a los residentes. Lo habitual es que se mantengan indiferentes.

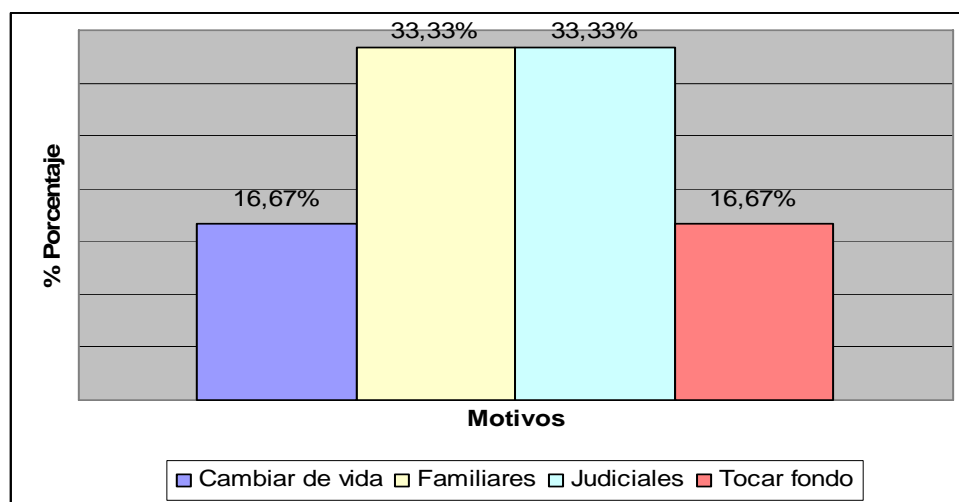
Pregunta 9:

La respuesta más repetida es “de ninguna manera” (60%), como puede verse en el gráfico 20, ya que “no suelen tener amigos o no están cerca de él cuando está en un proceso de consumo muy abusivo” (TER.ENT.V.38). Otra de las respuestas dadas es de “alegría” (40%) cuando el sujeto todavía conserva alguna amistad fuera del mundo de la droga.

Pregunta 10:

Según los terapeutas, los motivos más comunes para realizar el programa son “familiares” (33.33%), por presión de la familia y “judiciales” (33.33%) para evitar cumplir condenas en la cárcel, como se muestra en el gráfico 16. Otras respuestas dadas son: “cambiar de vida” y “tocar fondo” que hace referencia a esa sensación que tienen los toxicómanos cuando están tan deteriorados que solo les queda morir o dejar de consumir todo tipo de drogas ilegales.

Gráfico 16. Motivaciones para realizar el programa. Terapeutas



Cabe destacar que los terapeutas no creen que los residentes comiencen el programa con la motivación de “dejar de consumir droga”, sino que ésta se adquiere después de un tiempo de estar en el programa, al reflexionar sobre las posibilidades que perdieron por entrar en un proceso de consumo abusivo de drogas.

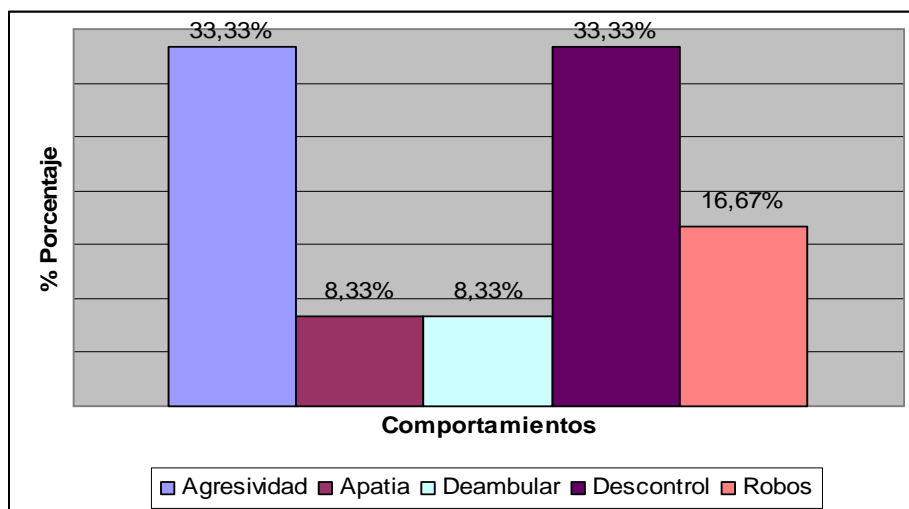
4.1.3 Situación de partida según las familias

Las preguntas planteadas a las familias son las mismas que las planteadas a los residentes y a los terapeutas. Por razones de espacio no se repetirá el contenido sino que sólo se especificará el número de la pregunta. Se trata de conocer la percepción que tienen las familias de los residentes cuando están consumiendo drogas. Las preguntas propuestas son las siguientes:

Pregunta 1:

En esta pregunta, las respuestas de las familias coinciden en buena medida con las de residentes y terapeutas, como se muestra en el gráfico 17. Los comportamientos que más notan las familias son “agresividad” y “descontroles” (33.33%) en ambos comportamientos.

Gráfico 17. Comportamiento y consumo abusivo de drogas. Familias



Sin embargo, las familias no señalan “comprar/vender droga” como comportamiento en su familiar, pues éstos siempre evitan ser vistos e intentan que sus familiares no descubran sus negocios con drogas ilegales. Tanto terapeutas y familias están de acuerdo en la “apatía”, y las familias también señalan los “robos” y “deambular” (8.33%).

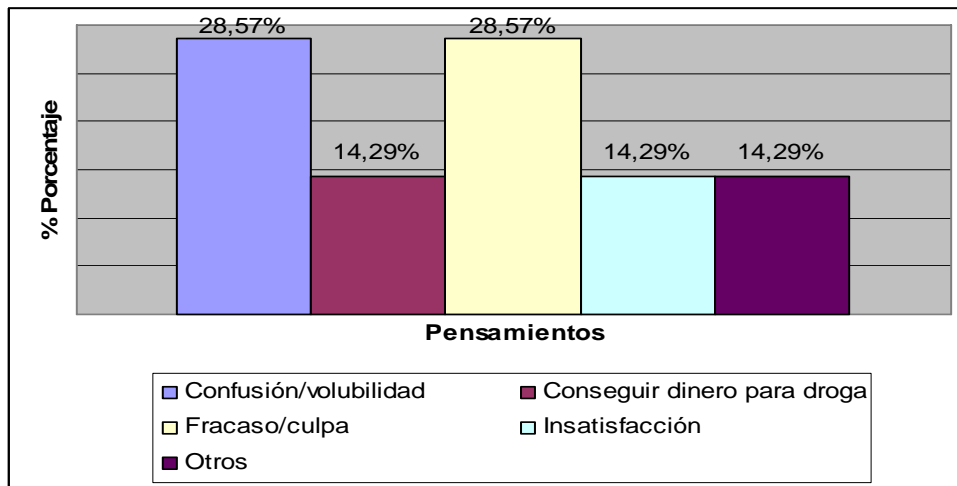
Pregunta 2:

Las respuestas de las familias son que no pueden expresar sentimientos “por estar drogado” en un 60% de los casos y que sí pueden en un 40%. En este sentido, las familias son más optimistas que los propios residentes. Solamente dos creen que sí pueden expresar sus emociones y sentimientos, tal y como opinaban muchos de los terapeutas. En este aspecto se puede comprobar como los residentes tienen peor autoconcepto de sí mismos que las personas que los rodean.

Pregunta 3:

Las respuestas aquí están bastante polarizadas, como puede verse en el gráfico 18. La mayoría hacen referencia a la “confusión/volubilidad” y “fracaso culpa” (28.57%) en ambos casos. El resto de respuestas se agrupan en las siguientes categorías: “conseguir dinero para droga”, “insatisfacción” y “otros” con un 14.29% en cada categoría.

Gráfico 18. Consumo abusivo de drogas y pensamientos. Familias

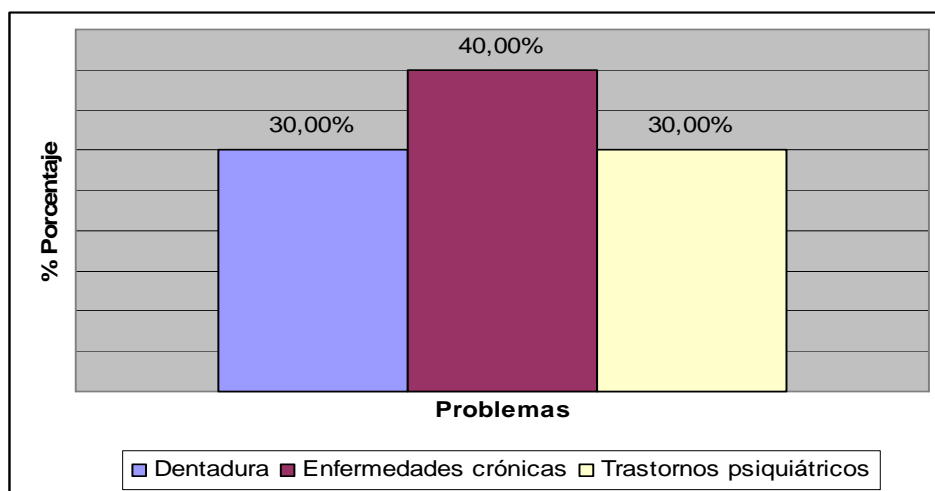


Cabe destacar, que en la categoría de “otros” incluimos la respuesta dada por un familiar que no sabía en qué podía pensar un sujeto cuando estaba en un proceso de consumo abusivo de drogas.

Pregunta 4:

Las familias, en esta pregunta y como se muestra en el gráfico 19, coinciden con los residentes y los terapeutas en los problemas de salud que causa la droga.

Gráfico 19. Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Familias



Esta audiencia señala en primer lugar las “enfermedades crónicas”, en un 40% de los casos, y en segundo lugar los “trastornos psiquiátricos” y “la dentadura” los dos en un 30% de los casos. Sólo se diferencian de las audiencias anteriores en la proporción de las respuestas.

Pregunta 5:

Todos los familiares están de acuerdo en señalar que la consecuencia de haber consumido droga, en el proceso educativo es el “abandono”, coincidiendo en esta pregunta con los terapeutas.

Pregunta 6:

En cuanto a la situación laboral, las familias opinan que sucede algo similar a lo que pasa en el proceso educativo, pues todas las respuestas, excepto una, fueron “abandono”. Sólo un familiar atestigua que el consumo de droga abusivo no afectó de ninguna manera en la situación laboral de su familiar.

Pregunta 7:

Las familias solamente dan una respuesta a las consecuencias del consumo abusivo de droga y la relación de pareja, la “incompatibilidad”. Las relaciones son *“muy malas porque existe mucha desconfianza entre los miembros de la pareja, se genera mucha tensión y se rompe la pareja”* (FAM.ENT.M.19).

Pregunta 8:

Las respuestas aportadas por los familiares son de “alegría” en un 83.33% de los casos y en menor medida de “desconfianza” (16.67). Cabe destacar que ningún familiar ofrece la respuesta de “delegación” que sí comentan los terapeutas, es decir, que ningún familiar reconoce que delega la responsabilidad del residente al programa.

Pregunta 9:

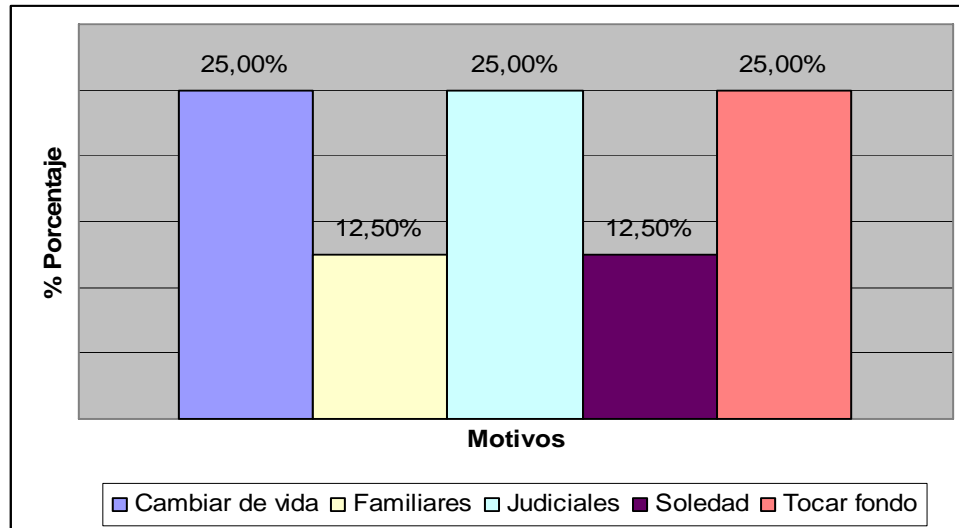
La reacción de los amigos, si los tienen, es de “alegría”. Esto sólo se da en un 40% de los casos debido a que normalmente los residentes no suelen tener amigos. Lo más frecuente es que las personas que conocen sean del ambiente de la droga y en este caso no pueden ser considerados “verdaderos amigos”, sino que se unen para tener mayor facilidad para conseguir la droga que necesitan, por lo que la reacción habitual es “de ninguna manera” (60%).

Pregunta 10:

Las respuestas más comunes de los motivos por los que se deciden los residentes a empezar el programa, como se muestra en el gráfico 20, son: “cambiar de vida”, “judiciales” y “tocar fondo” con un 25% en cada categoría, según un familiar, *“se ven en*

la calle solos, no tienen a dónde ir porque han perdido a la familia y no tienen amigos que les puedan ayudar. La droga ya no les aporta nada y saben que de un momento a otro se pueden morir, incluso llegan a pensar en suicidarse”. (FAM.OBP.M.67).

Gráfico 20. Motivaciones para realizar el programa. Familias



Otras respuestas son la “presión familiar”, la “soledad” y no tener a donde ir. Los familiares tampoco dan la respuesta de “dejar de consumir” coincidiendo en esto con los terapeutas y diferenciándose de los propios residentes.

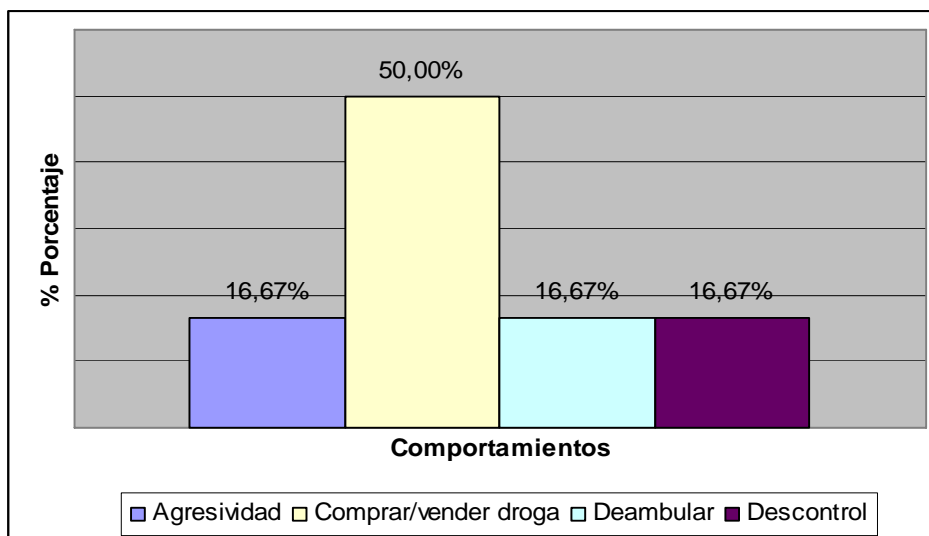
4.1.4 Situación de partida según los voluntarios

Las preguntas planteadas a los voluntarios coinciden con las planteadas al resto de las audiencias, por lo que evitaremos repetirlas, procediendo como en los casos anteriores. Los voluntarios entrevistados son los que tienen actividades reeducativas en el programa, como especificamos en el capítulo 4. Estas personas van a realizar todo el proceso de C.T. con los residentes, por eso nos interesa conocer qué percepción tienen de los mismos. Las preguntas propuestas son las siguientes:

Pregunta 1:

Los voluntarios, como puede verse en el gráfico 21, piensan que el comportamiento que más realizan los residentes es “comprar/vender droga”, con un 50% de las respuestas.

Gráfico 21. Comportamiento y consumo abusivo de drogas. Voluntarios



Después, y con menor frecuencia, “agresividad”, “deambular” y “descontroles” en la misma medida. Cabe destacar que los voluntarios no señalan “la apatía” y los “robos” como comportamientos propios de los residentes.

Pregunta 2:

Todos los voluntarios respondieron que los residentes no pueden expresar sus emociones y sentimientos “por estar drogados”, por lo que no coinciden con el resto de audiencias que en mayor o medida daban respuestas afirmativas sobre si podían o no expresar emociones y sentimientos.

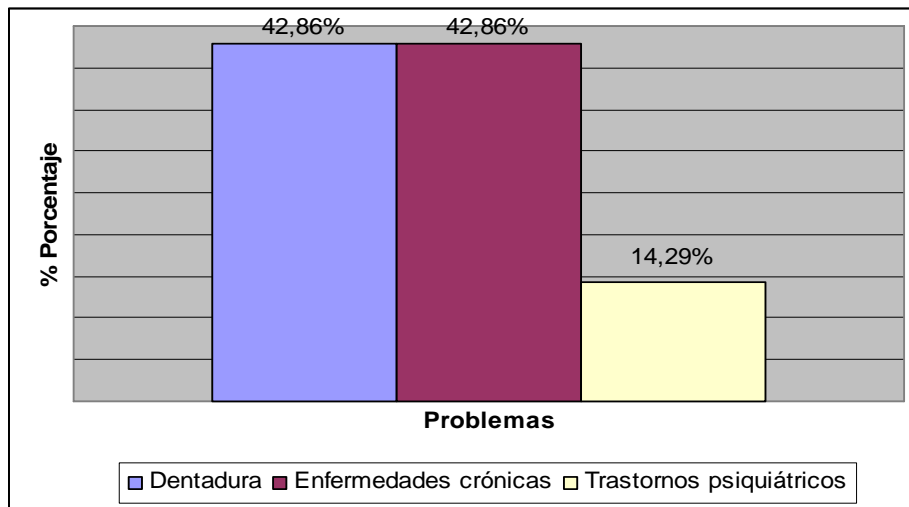
Pregunta 3:

Las respuestas acerca de los pensamientos de los residentes se reparten entre “confusión/volubilidad” (66.67%) y un 33.33% “fracaso/culpa”. Cabe destacar que esta audiencia no señala el “conseguir dinero para adquirir droga” y la “insatisfacción” como pensamientos de los residentes.

Pregunta 4:

Las repuestas dadas por los voluntarios, como se ve en el gráfico 22, coinciden con el resto de las audiencias: “dentadura”, “enfermedades crónicas” con un 42.86% en ambos casos y “trastornos psiquiátricos” (14.29%).

Gráfico 22. Consumo abusivo de drogas y problemas de salud. Voluntarios



La diferencia estriba en que los voluntarios dan menor importancia a los “trastornos psiquiátricos” que el resto de las audiencias.

Pregunta 5:

Respecto al proceso educativo, todos los voluntarios afirman que la consecuencia del consumo abusivo de drogas es el “abandono”. Estas respuestas coinciden con las de los terapeutas y las familias, siendo diferentes las de los propios residentes que como ya especificamos, señalan la posibilidad de no estar estudiando cuando empezaron a consumir drogas.

Pregunta 6:

Con la situación laboral ocurre lo mismo que con la situación educativa, pues todas las respuestas van dirigidas al “abandono”, aunque en este caso, todas las audiencias coinciden en que el verse inmerso en un proceso de consumo abusivo de drogas es incompatible con cualquier actividad laboral.

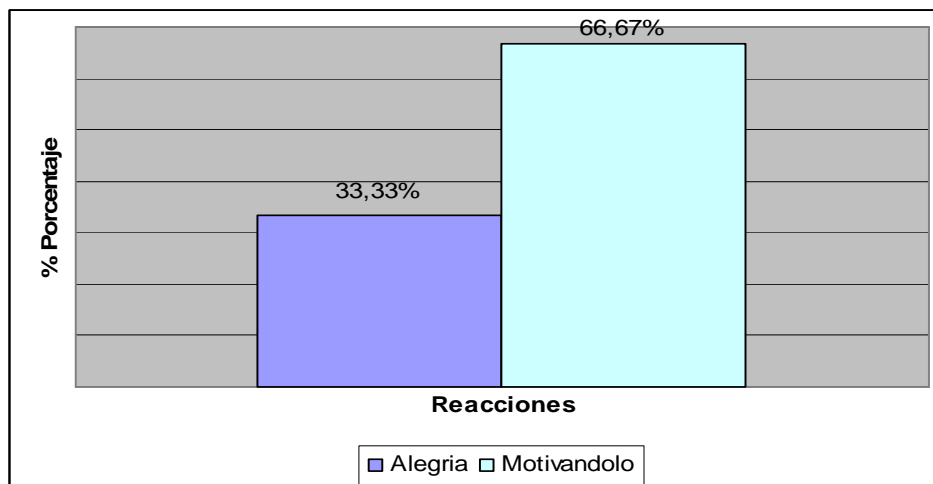
Pregunta 7:

Los voluntarios coinciden con las familias en cuanto al consumo abusivo de drogas y las relaciones de pareja y todos dan la respuesta de “incompatibilidad”. Uno de los testimonios es: “*se pierden las relaciones, se aíslan y se hacen daño*” (VOL.ENT.V.71).

Pregunta 8:

La principal respuesta de los voluntarios, como puede verse en el gráfico 23, a esta pregunta es “motivándolo” (66.67%), coincidiendo aproximadamente con lo que dicen los residentes, pero en total desacuerdo con las propias familias que responden “alegría” y “desconfianza” y con los terapeutas que responden “alegría”, “delegación” y “desconfianza”.

Gráfico 23. Reacción del entorno familiar al ingresar en el programa. Voluntarios



Los voluntarios tienen una percepción idealista de las familias que no siempre coincide con la realidad.

Pregunta 9:

La reacción de los amigos, según los voluntarios, es de “alegría” en el 100% de los casos. Aunque hay testimonios de voluntarios que especifican: “*si no tienen relación con el mundo de la droga se alegran, si tienen relación con el mundo de la droga lo sienten como una pérdida*” (VOL.ENT.M.72). Los voluntarios en este aspecto no tienen en cuenta la reacción de indiferencia que muchos de los toxicómanos manifiestan ante las situaciones que ocurren en su entorno próximo.

Pregunta 10:

Los motivos para realizar el programa, según los voluntarios, son dos: “dejar de consumir drogas” y “tocar fondo”, ambas en un 50%. Estas respuestas no coinciden con las de los terapeutas y las familias que no creen que el “dejar de consumir drogas” y “tocar fondo” sean los únicos motivos para realizar el programa. Sin embargo, los residentes si señalan “dejar de consumir drogas” (ver gráfico 13) en un 29.17% y “tocar fondo” (8.33%).

4.1.5 Principales observaciones recogidas sobre los antecedentes

En este apartado recogemos una síntesis de las observaciones realizadas por las audiencias implicadas (residentes, terapeutas, familias y voluntarios) destacando los aspectos comunes y los matices diferenciadores entre cada audiencia. De este modo tenemos una población de residentes (ex –toxicómanos) que van a intentar realizar el programa y tienen las siguientes características:

- Todas las audiencias están de acuerdo en que los residentes tienen un comportamiento agresivo y descontrolado cuando no tienen su dosis de droga. Su actividad principal es deambular sin rumbo fijo, ya que manifiestan una apatía general a cualquier actividad que no esté relacionada con comprar/vender droga o conseguir dinero para la misma. En cuanto a la expresión de emociones y sentimientos existen discrepancias entre las audiencias. Los residentes y terapeutas afirman que aunque es difícil que los sujetos toxicómanos expresen emociones y sentimientos alguna vez lo hacen. Sin embargo, tanto las familias como los voluntarios piensan que los toxicómanos no pueden expresar sus emociones y sentimientos.

- Los pensamientos más comunes de los residentes, según todas las audiencias son los de: “confusión/ volubilidad”, “fracaso/culpa” e “insatisfacción” con la situación personal que tienen. Los residentes, a diferencia del resto de audiencias, afirman que el “cómo conseguir droga” es otro pensamiento que les ocupa parte del día.

- Los problemas de salud más comunes de los residentes, como así lo afirman todas las audiencias, son: deterioro de la dentadura, enfermedades crónicas, (V.I.H. y hepatitis, principalmente) y trastornos psiquiátricos.

- El proceso educativo y la actividad laboral son incompatibles con el consumo abusivo de drogas como así lo afirman todas las audiencias. La relación de pareja también es incompatible con el estilo de vida de los toxicómanos. Los terapeutas, a diferencia del resto de audiencias, señalan la dependencia afectiva y los celos en las relaciones de pareja que mantienen los sujetos toxicómanos.

- La reacción de la familia ante el ingreso del sujeto toxicómano a la C.T. es, según todas las audiencias, de alegría y desconfianza, puesto que algunas personas piensan que es muy difícil que los toxicómanos dejen de consumir droga. Los terapeutas, añaden, que hay familias que reaccionan “delegando” la responsabilidad del sujeto a la C.T. Todas las audiencias están de acuerdo en que los amigos del sujeto toxicómano, si es que tiene, se alegran y lo motivan para que realice el proceso de rehabilitación.

- Los motivos más decisivos para ingresar en el programa son: cambiar de vida y dejar de consumir drogas ilegales. No obstante, existen matices para cada audiencia, así tenemos que los residentes señalan la presión familiar como el tercer motivo. Sin embargo, para los terapeutas la presión familiar y judicial son los principales motivos para ingresar en el programa. Las familias apuntan también “tocar fondo” como una causa para empezar el programa y los voluntarios opinan que solo existen dos razones “dejar de consumir” y “tocar fondo”.

4.1.6 Expectativas del programa según los residentes

Las expectativas del programa hacen referencia a lo que esperan conseguir los residentes a través las estrategias metodológicas y actividades terapéuticas que se implementan en la C.T., para facilitar el proceso reeducativo. Las preguntas, las mismas para residentes y terapeutas, como puede verse en la tabla 74, sobre las expectativas del programa se realizaron a los residentes que llevaban aproximadamente un mes en el programa, para darles la posibilidad de que conociesen todas las actividades sobre las que se les preguntaba. Tales preguntas son las siguientes:

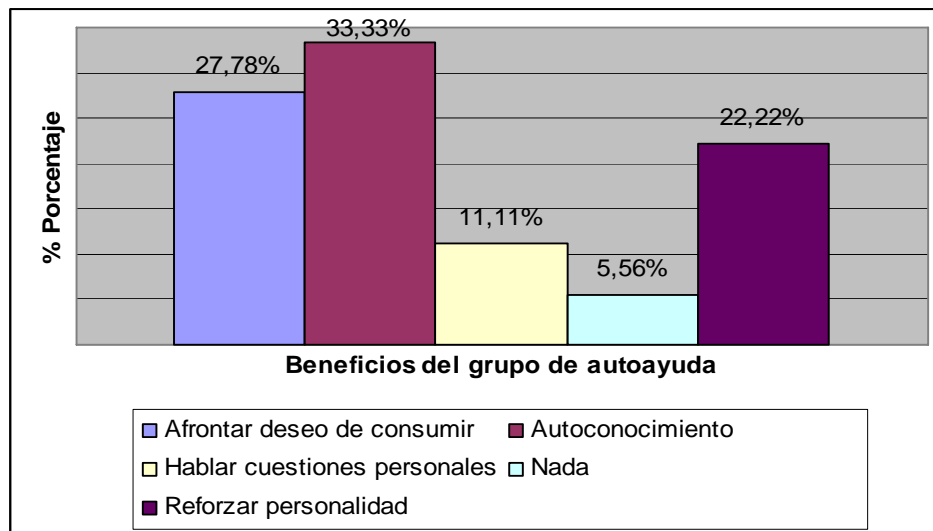
Tabla 74. Preguntas referidas a las expectativas del programa

RESIDENTES Y TERAPEUTAS
<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Qué te gustaría conseguir con los grupos de autoayuda? 2.- ¿Qué te gustaría conseguir con los grupos temáticos? 3.- ¿Qué te gustaría conseguir con la actividad realizada en la reunión de la casa? 4.- ¿Qué te gustaría conseguir con la actividad realizada en los sectores de trabajo? 5.- ¿Qué te gustaría conseguir con el seguimiento médico? 6.- ¿Qué te gustaría conseguir con las actividades físicas? 7.- ¿Qué te gustaría conseguir con los talleres de habilidades sociales? 8.- ¿Qué te gustaría conseguir con la actividad de programar las salidas de la C.T.? 9.- ¿Qué te gustaría conseguir con las actividades de ocio y tiempo libre? 10.- ¿Qué te gustaría conseguir del proceso de convivencia con el resto de residentes del programa? 11.- ¿Qué te gustaría conseguir con las entrevistas personales con los terapeutas?

Primera pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con los grupos de autoayuda?**

Las respuestas dadas a esta pregunta, como puede verse en el gráfico 24, están repartidas en varios aspectos, el que más se repite es el de “autoconocimiento” (33.33%). Los residentes pretenden conocerse para iniciar un proceso de cambio de actitudes. Otro aspecto que también se repite es el de “afrentar el deseo de consumir” (27.78%), pues al empezar el programa es muy fuerte. “Reforzar la personalidad” (22.22%) es otra de las respuestas dadas, ya que los residentes se perciben a si mismos como débiles de personalidad.

Gráfico 24. Grupos de autoayuda. Residentes



Por último, cabe destacar que un residente dice que estos grupos no le aportan nada porque no se siente integrado en el grupo.

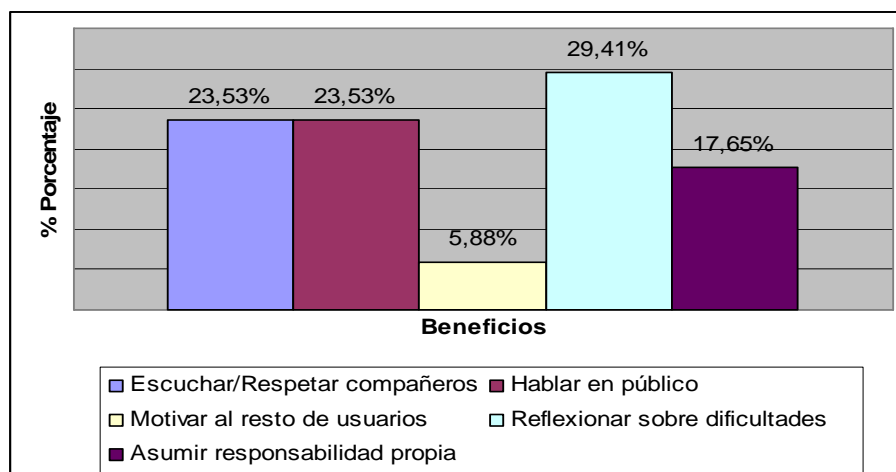
Segunda pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con los grupos temáticos?**

Todos los residentes pretenden adquirir los conocimientos de los temas que se exponen en los grupos, cada semana. Los contenidos hacen referencia a aspectos relacionados con las toxicomanías, principalmente enfermedades y medicamentos que habitualmente toman los residentes de la comunidad.

Tercera pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con la actividad realizada en la reunión de la casa?**

Los residentes, como se muestra en el gráfico 25, quieren que la reunión de la casa les sea útil para adquirir una serie de habilidades que a continuación detallaremos.

Gráfico 25. Reunión de la casa. Residentes

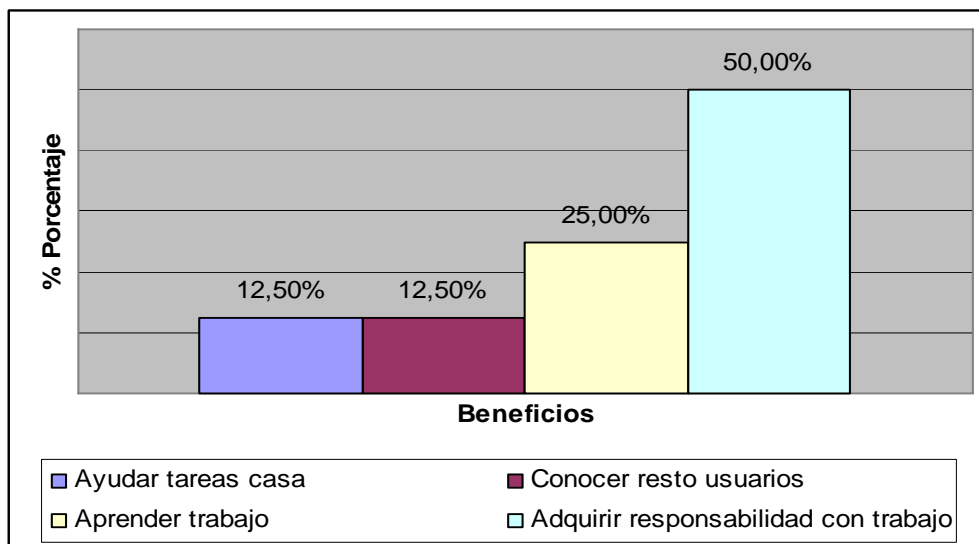


Los residentes desean reflexionar sobre sus propias dificultades (29.41% de las respuestas), aprender a respetar y escuchar a sus compañeros (23.53% de las respuestas), y con la misma cantidad de respuestas “hablar en público” que generalmente nunca lo hacían. En menor medida encontramos respuestas como: “asumir la propia responsabilidad” y “motivar al resto de residentes” de la C. T.

Cuarta pregunta planteada: ¿Qué te gustaría conseguir con la actividad realizada en los sectores de trabajo?

La mitad de las respuestas de los residentes, como puede verse en el gráfico 26, van dirigidas a adquirir responsabilidad con el trabajo realizado en los sectores. Hay que tener en cuenta que no tienen ningún hábito de trabajar regularmente.

Gráfico 26. Sectores de trabajo. Residentes

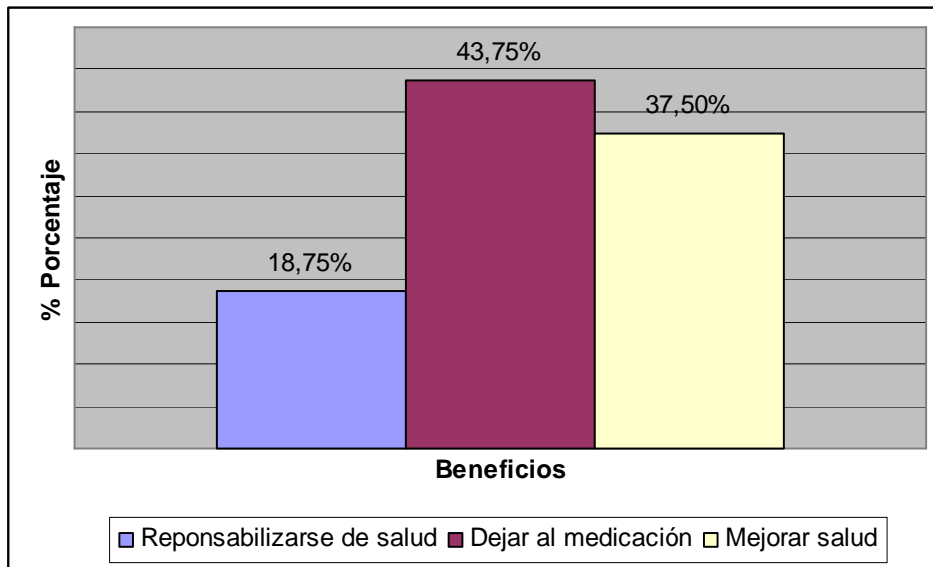


El resto de respuestas se dividen entre: “aprender un trabajo”, “conocer mejor al resto de usuarios” y “ayudar a las tareas de casa”.

Quinta pregunta planteada: ¿Qué te gustaría conseguir con el seguimiento médico?

La mayoría de los residentes (43.75%), como puede verse en el gráfico 27, pretenden llegar a prescindir de la medicación (metadona, medicación psiquiátrica, etc.) en un futuro. También esperan del seguimiento médico que les ayude a mejorar la salud (37.50%), sobre todo para poder llegar a dormir y descansar siete u ocho horas diarias sin interrupciones. Un testimonio dijo: “*los primeros días duermes poco y muchas veces te despiertas soñando con las drogas y lo pasas mal, te levantas por la mañana cansado, como si no hubieses dormido*” (RES.OBP.V.44).

Gráfico 27. Seguimiento médico. Residentes

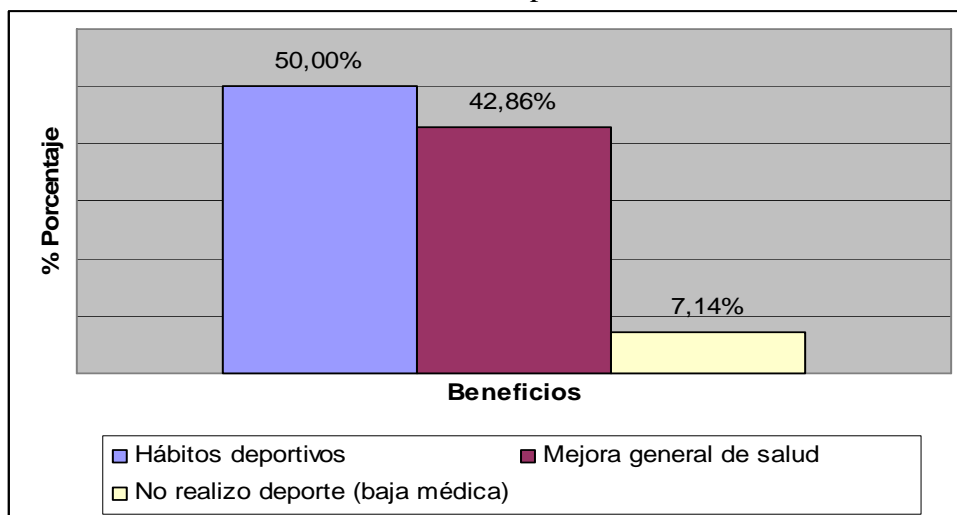


Por último, hay un porcentaje menor de residentes que dicen que les gustaría llegar a reponsabilizarse de la propia salud.

Sexta pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con las actividades físicas?**

La mayoría de las respuestas, como se muestra en el gráfico 28, van dirigidas a “adquirir hábitos deportivos” (50%) y “mejora de la salud en general” (43.86%). Dos personas contestaron que no realizan deporte por estar de baja médica.

Gráfico 28. Actividad deportiva. Residentes

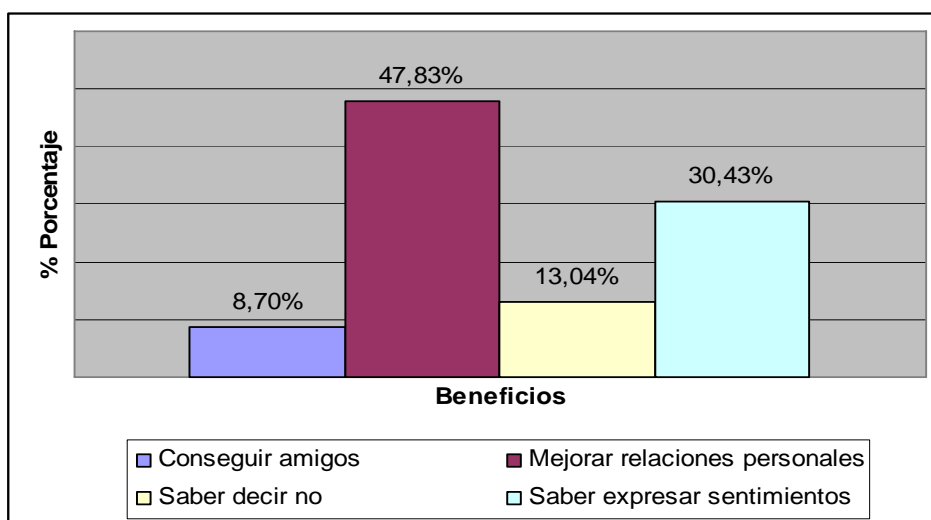


Los residentes le conceden gran importancia a la actividad física y en un principio todos quieren mejorar mucho y muy rápido en este aspecto. *“Yo quiero ponerme bien físicamente, adelgazar los kilos que me sobran para poder hacer excursiones por la montaña”* (RES.OBP.M.40).

Séptima pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con los talleres de habilidades sociales?**

Los residentes, con esta actividad, pretenden principalmente “mejorar las relaciones con las personas que habitualmente tratan” en un 47.83% de los casos, como se muestra en el gráfico 29. También les gustaría poder llegar a “expresar los sentimientos correctamente” ya que ahora no lo pueden hacer. Otra respuesta dada fue “saber decir no a situaciones de riesgo”, como, por ejemplo, ir a lugares donde se fume hachís, o se consuma cocaína, etc.

Gráfico 29. Talleres de habilidades sociales. Residentes

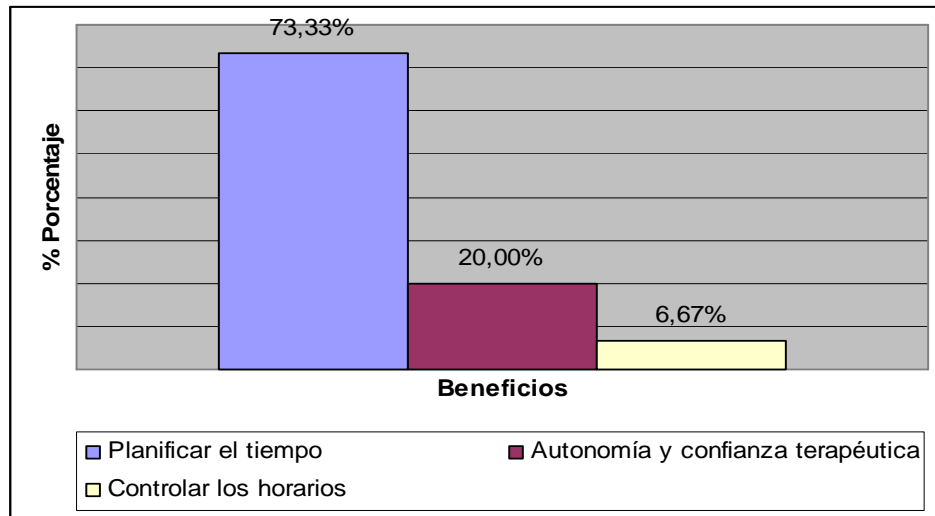


Por último, esta actividad debería ser útil para “conseguir amigos que no consuman ningún tipo de drogas de manera abusiva” (8.70%).

Octava pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con la actividad de programar las salidas de la C.T.?**

La respuesta que más se repite es “aprender a planificar el tiempo” (73.33%), como puede comprobarse en el gráfico 30. Para los residentes, gestionar el tiempo es uno de principales problemas a los que se enfrentan, al proceder de un entorno (la calle) totalmente desestructurado.

Gráfico 30. Programación salidas de la C.T. Residentes

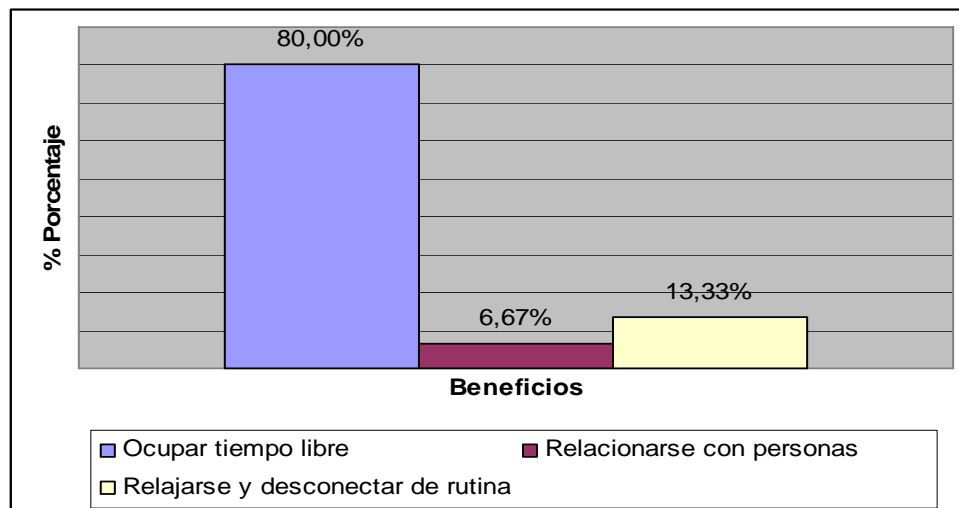


Los residentes pretenden adquirir autonomía para poder salir fuera de la C.T. solos²³, ganando poco a poco la confianza de los terapeutas (confianza terapéutica).

Novena pregunta planteada: **¿Qué te gustaría conseguir con las actividades de ocio y tiempo libre?**

La mayoría de las respuestas, como se muestra en el gráfico 31, van dirigidas a “ocupar el tiempo libre” (80%).

Gráfico 31. Ocio y Tiempo libre. Residentes



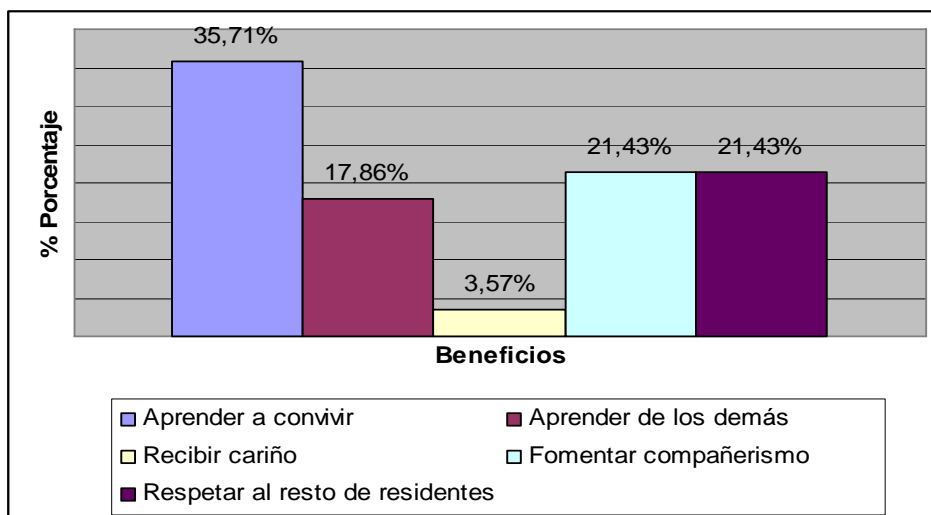
²³Los residentes, durante los primeros meses de estancia en el programa, no pueden salir solos a la calle, sino que tienen que ir acompañados de una persona que no consuma drogas ilegales y que sea conocida por los terapeutas del programa.

La ocupación del tiempo libre es un aspecto muy importante y difícil para los residentes pues lo que hacían habitualmente, antes de ingresar en el programa, era buscar dinero para comprar droga y por eso no tienen muchos recursos para utilizar el tiempo libre de forma positiva. En menor medida también contestan: “relajarse y desconectar de la rutina diaria” (13.33%) y relacionarse con el resto de personas que participan en las actividades de ocio y tiempo libre programadas.

Décima pregunta planteada: ¿Qué te gustaría conseguir del proceso de convivencia con el resto de residentes del programa?

Los residentes, como puede verse en el gráfico 32, están interesados en “aprender a convivir” (35.71%) puesto que llegan de un contexto donde viven solos (generalmente en la calle) y no tienen adquirido ningún hábito relacionado con la convivencia con personas.

Gráfico 32. Proceso de convivencia. Residentes

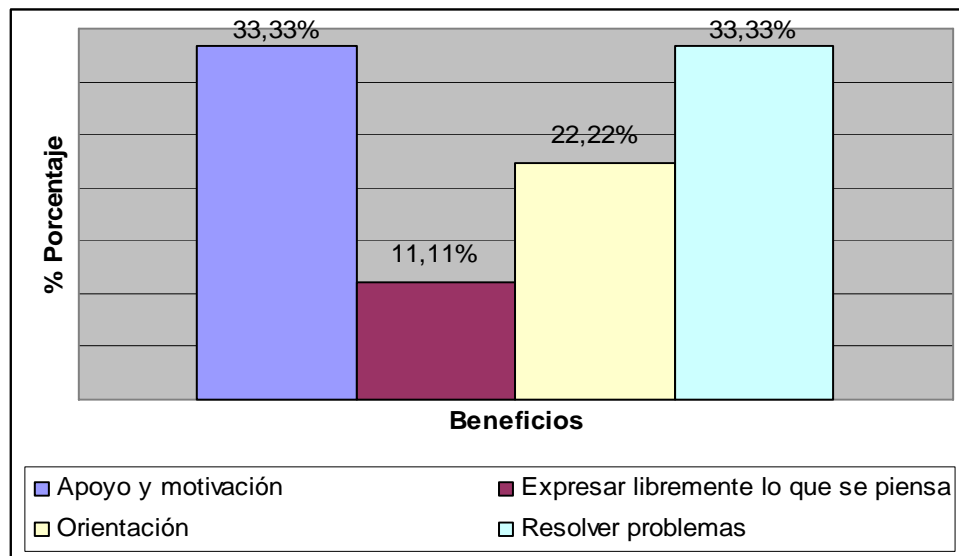


El “respeto a los demás residentes” y “fomentar el compañerismo”, con un 21.43% en ambos casos, también lo señalan como aspectos importantes que les gustaría conseguir. Algunas respuestas, pero en menor medida, son “aprender de los demás” para no cometer los mismos errores y “recibir cariño” de otras personas que casi nunca recibían.

Undécima pregunta planteada: ¿Qué te gustaría conseguir con las entrevistas personales con los terapeutas?

Los residentes esperan ante todo obtener “apoyo y motivación” y “resolver problemas”, con un 33.33% en ambos casos, apoyándose en los terapeutas, cuando tengan momentos de crisis, como se muestra en el gráfico 33.

Gráfico 33. Entrevistas individuales con terapeutas. Residentes



Relacionado con lo anterior aparece la respuesta “orientación” (22.22%) cuando por cualquier circunstancia están perdidos en su proceso terapéutico. Por último, aparece “expresar libremente lo que se piensa” ya que algunos residentes se sienten cohibidos para expresar lo que piensan en público y creen que las entrevistas son una buena oportunidad para: *“expresar libremente al terapeuta las situaciones más comprometidas que me suceden en el programa y cómo me siento”* (RES.ENT.M.40).

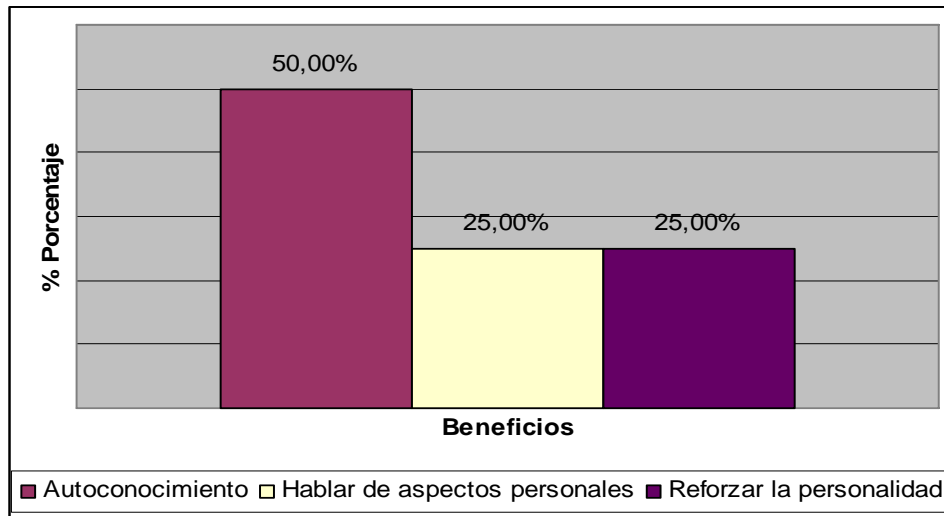
4.1.7 Expectativas del programa según los terapeutas

Las preguntas realizadas a los terapeutas son las mismas que las realizadas a los residentes, por lo que sólo se pondrá el número de la pregunta. Los terapeutas seleccionados para esta muestra son todos los que trabajan en el centro, además realizan las estrategias y actividades terapéuticas implementadas en el mismo. Las preguntas propuestas son las siguientes:

Pregunta 1:

Los terapeutas, como puede verse en el gráfico 34, quieren que los grupos de autoayuda proporcionen, principalmente, “autoconocimiento” (50%) a los residentes, ya que esta actividad fue diseñada para ello.

Gráfico 34. Grupos de autoayuda. Terapeutas



Aunque también ofrecen otras respuestas como: “hablar de aspectos personales” y “reforzar la personalidad”, con un 25% en ambos casos. Esta actividad debería fomentar el conocimiento de los residentes a sí mismos y a los demás.

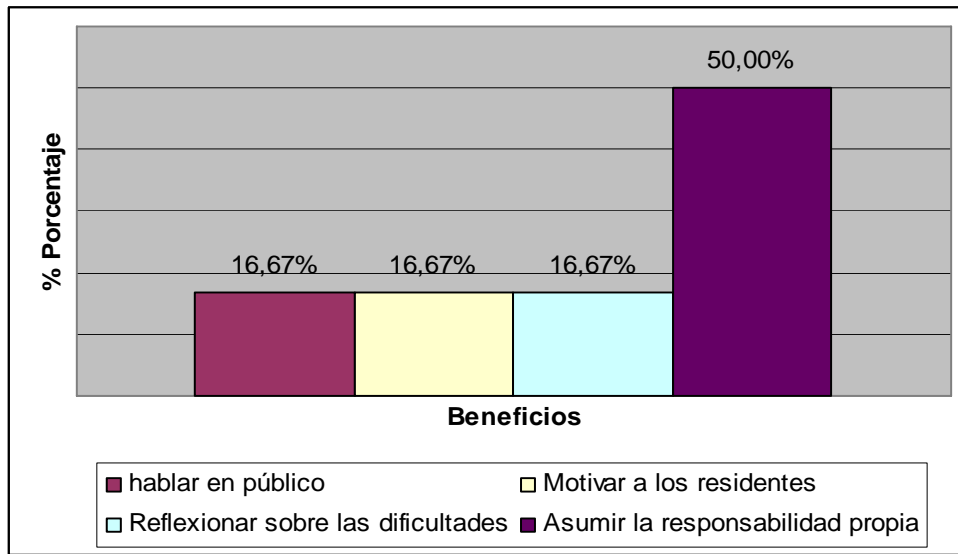
Pregunta 2:

Las respuestas dadas por los terapeutas a esta pregunta, relacionada con los grupos temáticos, hacen referencia al aprendizaje sobre aspectos relacionados con la toxicomanía y al conocimiento de la propia persona, con un 50% en ambos casos. Con esta estrategia terapéutica se pretende que, a través del aprendizaje, los residentes sean más conscientes de su realidad.

Pregunta 3:

Los terapeutas, como se muestra en el gráfico 35, pretenden que “la reunión de la casa” proporcione a los residentes un instrumento para que asuman su propia responsabilidad (50%), a través del autoconocimiento.

Gráfico 35. Reunión de la casa. Terapeutas

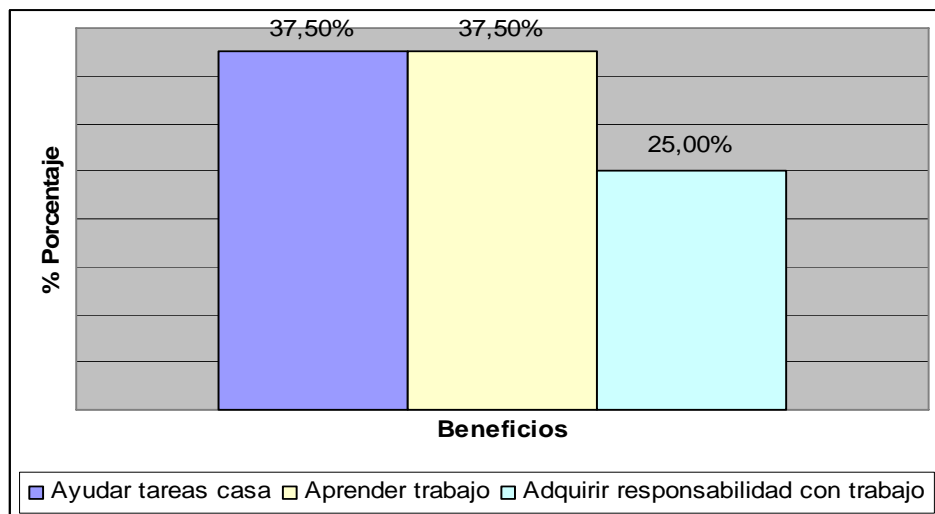


También creen que es útil para que los residentes aprendan a hablar en público (16.67%), para reflexionar sobre las propias dificultades y para motivarlos en su proceso terapéutico. Los terapeutas no señalan el “aprender y escuchar a los demás” como un aspecto a conseguir, en cambio los residentes sí lo hacen.

Pregunta 4:

Las respuestas a esta pregunta, como se muestra en el gráfico 36, se distribuyen, entre: “ayudar a las tareas de la casa”, para poder tener autonomía de gestión y “aprender a realizar un trabajo”, ocupando así el tiempo libre en el que no hay actividades terapéuticas, con un 37.50% de las respuestas en ambos casos.

Gráfico 36. Sectores de trabajo. Terapeutas



Además, los residentes, también destacan como logro a conseguir el “asumir la responsabilidad con el trabajo”, reforzando así la constancia en los residentes, ya que cuando ingresan en el programa no tienen adquirido el hábito de asumir ninguna tarea con constancia.

Pregunta 5:

El seguimiento médico debería de servir, según los terapeutas, para que los residentes asuman la propia responsabilidad con su salud (80%), ya que se encuentran muy deteriorados física y psíquicamente, no estando habituados a cuidarse a ellos mismos. También aparece la respuesta “mejorar la salud” (20%) que estaría relacionada con la anterior. Cabe destacar que los terapeutas no dan la respuesta “dejar la medicación” como sí hicieron los residentes.

Pregunta 6:

Las respuestas ofrecidas por los terapeutas coinciden con las aportadas por los residentes y son: “adquirir hábitos deportivos” (60%), es decir, realizar alguna actividad deportiva de manera continuada y como consecuencia de esto conseguir una “mejora general de salud” (40%) que proporcione calidad de vida a los residentes.

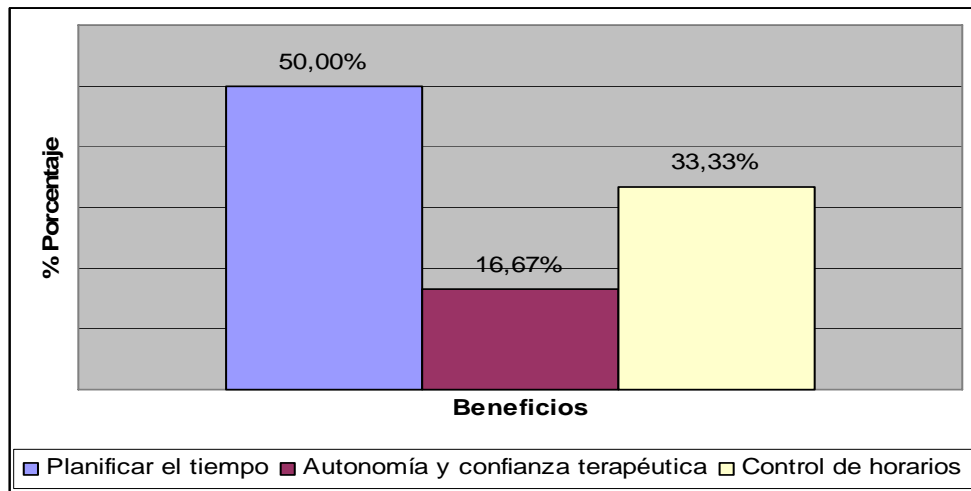
Pregunta 7:

Todos los terapeutas esperan que la estrategia metodológica de “habilidades sociales” sea útil, a los residentes, para mejorar las relaciones personales con las personas que habitualmente se relacionan. Los terapeutas, a diferencia de los residentes, no señalan “conseguir amigos”, “saber decir no a situaciones de riesgo” y “saber expresar los sentimientos correctamente” como beneficios a conseguir con esta actividad.

Pregunta 8:

Los terapeutas esperan de esta estrategia terapéutica que los residentes aprendan a planificar su propio tiempo (50%), actividad que antes no hacían, como puede verse en el gráfico 37.

Gráfico 37. Programación de salidas de la C.T. Terapeutas



También les parece importante que sepan controlar los horarios (33.33%), faceta esta, a la que los residentes no están acostumbrados, la cual permitirá tener autonomía para poder salir de la comunidad y ganar la confianza de los terapeutas.

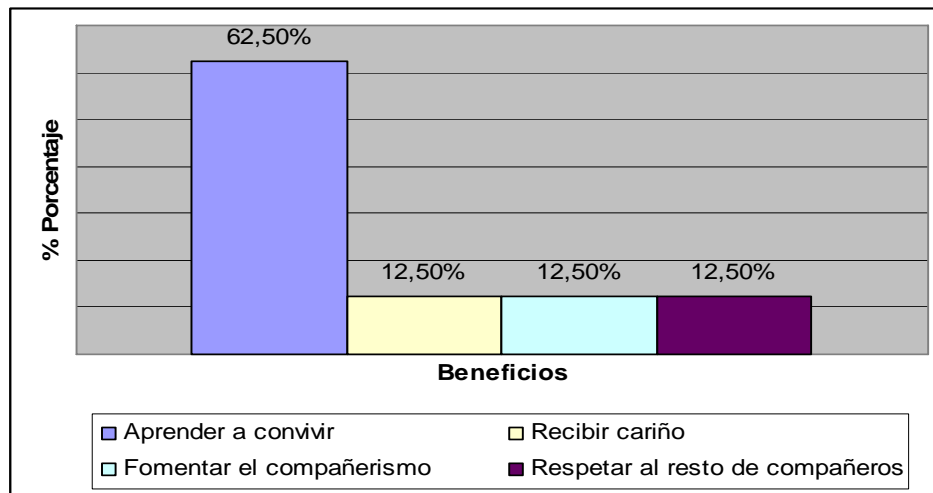
Pregunta 9:

Las actividades de ocio y tiempo libre deben de facilitar a los residentes, según los terapeutas, el ocupar el tiempo libre (80%) de una forma positiva, es decir, sin tener que recurrir a consumir drogas. Además también deben de servir para relajarse y desconectar de la rutina diaria (20%). Los terapeutas, a diferencia de los residentes, no señalan “el conocer a otras personas” como posible beneficio de esta actividad.

Pregunta 10:

El proceso de convivencia, según los terapeutas, debería servir para que los residentes aprendiesen a convivir (62.50%) y a compartir experiencias, como se muestra en el gráfico 38.

Gráfico 38. Proceso de convivencia. Terapeutas

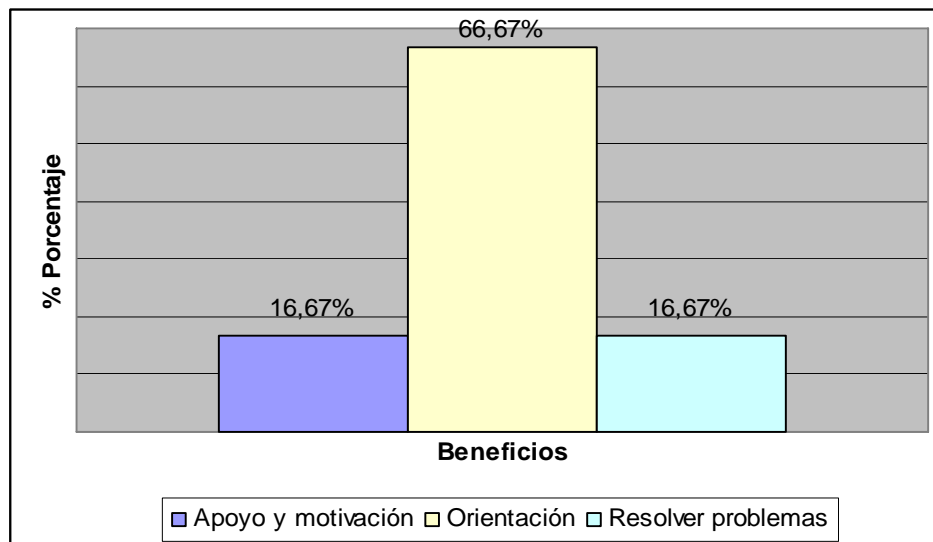


Además, señalan el recibir cariño de los compañeros, el respetar a todos los componentes de la C.T. y fomentar el compañerismo, con un 12.50% en cada caso, como aspectos a conseguir durante el mismo. Los terapeutas no señalan “aprender de los demás”, a diferencia de los residentes, como logro a conseguir.

Pregunta 11:

La mayoría de las respuestas, como puede comprobarse en el gráfico 39, van dirigidas a la “orientación” en un 66.67% de los casos, es decir, los residentes deberían confiar en el terapeuta y seguir los consejos que les dan, para realizar mejor el proceso terapéutico.

Gráfico 39. Entrevistas individuales. Terapeutas



También se señalan: “el apoyo y motivación” en momentos de desmotivación y el “resolver problemas concretos” como posibles logros que pueden obtener los residentes de las entrevistas individuales.

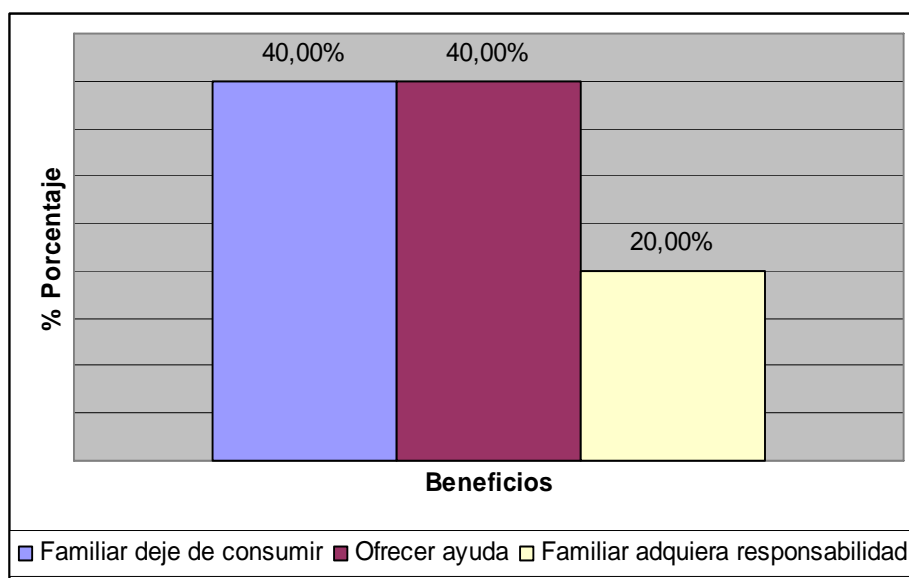
4.1.8 Expectativas del programa según las familias

Las familias no están presentes en las estrategias y actividades terapéuticas, por lo que las preguntas que se realizaron a los residentes y terapeutas no tenían sentido para esta audiencia. Las dos preguntas que se realizaron iban dirigidas a conocer que esperaban con sus visitas al centro y que esperaban del proceso de convivencia de su familiar con el resto de componentes de la C.T. Tales preguntas podían ser respondidas por las familias, dada su presencia en el centro en visitas puntuales y son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Qué te gustaría aportar a la C.T. con las visitas al centro y el seguimiento del residente?**

Los familiares, como se muestra en el gráfico 40, quieren en su mayor parte que los residentes: “dejen de consumir drogas” y “ofrecer ayuda”, 40% en ambos casos, precisamente para que los residentes lo consigan.

Gráfico 40. Visitas al centro y seguimiento. Familias



Algunas respuestas hacían referencia a que los residentes adquieran responsabilidad y logren alcanzar suficiente autonomía para no tener que depender de ningún familiar.

Segunda pregunta planteada: **¿Qué te gustaría que los residentes consiguiesen con el proceso de convivencia?**

Las respuestas van dirigidas a dos aspectos. Estos aspectos son, por un lado, “aprender a convivir” (60%) con el resto de componentes de la C.T., ya que los familiares saben

que los residentes tienen muchas dificultades para llevar una vida organizada con más personas. Y, por otro lado, que “aprendan de los demás” (40%), las familias intentan dar el mensaje, a los residentes de: “si otros pueden tú también”.

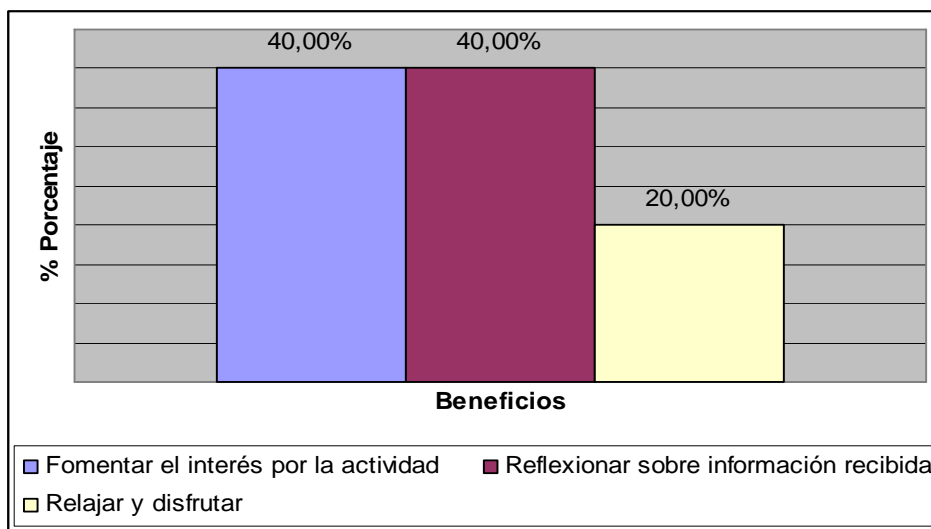
4.1.9 Expectativas del programa según los voluntarios

Los voluntarios no están presentes en las estrategias y actividades terapéuticas, excepto en las que ellos mismos realizan en el programa. Las dos preguntas planteadas a esta audiencia fueron dirigidas a conocer lo que les gustaría conseguir con la actividad que realizan y con el proceso de convivencia de los residentes en el centro. El resto de preguntas planteadas a terapeutas y residentes no tendrían sentido para esta audiencia. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Qué te gustaría aportar a la C.T. con la actividad que realizas en el centro?**

Los voluntarios, como puede verse en el gráfico 41, pretenden, en primer lugar, que los residentes adquieran interés por la actividad que realizan (40%), ya que ésta puede ser una buena alternativa para ocupar el tiempo libre. En segundo lugar, están interesados en que reflexionen sobre la información recibida (40%), pues esto les posibilita tener la mente ocupada en algo positivo.

Gráfico 41. Actividad realizada en centro. Voluntarios

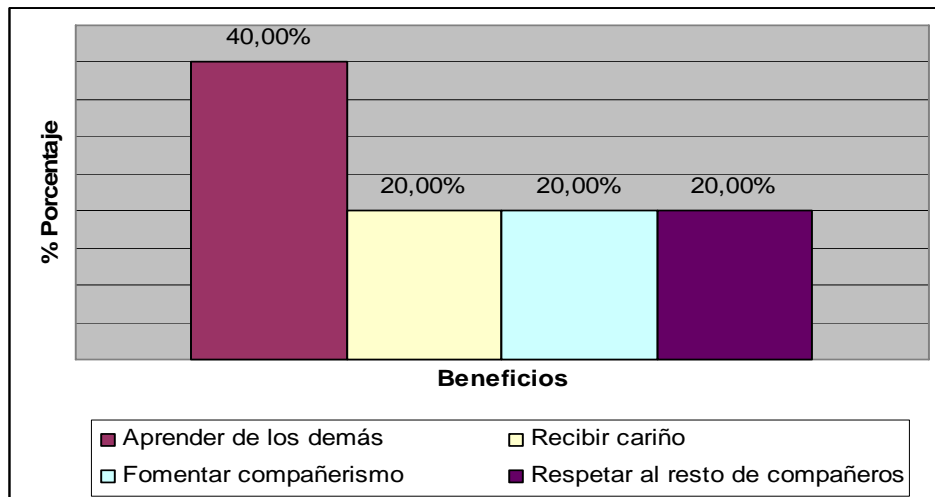


Por último, algunas respuestas que apuntaron fueron “relajarse y disfrutar” de la propia actividad, para poder desconectar de la rutina diaria.

Segunda pregunta planteada: **¿Qué te gustaría que los residentes consiguiesen con el proceso de convivencia?**

Los voluntarios esperan que los residentes utilicen el proceso de convivencia para aprender de los demás (40%), dado que es la respuesta más repetida, como se muestra en el gráfico 42, no señalando, a diferencia del resto de audiencias, el “aprender a convivir”.

Gráfico 42. Proceso de convivencia. Voluntarios



Otras respuestas ofrecidas, aunque en menor medida, son: “recibir cariño”, “fomentar el compañerismo” y “respetar al resto de compañeros”.

4.1.10 Principales expectativas acerca de la implementación del programa

En este apartado se ofrece una síntesis de las expectativas que tienen las audiencias implicadas acerca de las estrategias metodológicas y actividades terapéuticas que se llevan a cabo en el programa. Además destacamos los aspectos que tienen en común y las diferencias entre las opiniones de los residentes, terapeutas, familias y voluntarios.

En primer lugar especificaremos las expectativas que tienen los residentes y terapeutas puesto que son las únicas audiencias que asisten a todas las actividades terapéuticas. En segundo lugar destacamos lo que esperan conseguir las familias y los voluntarios con la actividad que desarrollan en la C.T.

Los residentes y terapeutas esperan que el proceso terapéutico sea útil en los siguientes aspectos:

- Que los residentes se conozcan así mismos y puedan iniciar un proceso de cambio que les permita afrontar los deseos de consumir drogas abusivamente. Para ello necesitan reforzar la propia personalidad y hablar de problemas personales sin miedo a ser

juzgados. Todos los residentes desean asimismo conocer aspectos relacionados con las toxicomanías para facilitar su autoconocimiento. Los terapeutas matizan que el diálogo sobre problemas personales con el resto de miembros de la C.T. es el instrumento que tienen los residentes para llegar al autoconocimiento.

- Que los residentes puedan reflexionar públicamente sobre sus propias dificultades con el resto de compañeros, de tal manera que puedan asumir su propia responsabilidad. Para ello, los terapeutas afirman que los residentes deben apoyarse en el resto de compañeros y afrontar las dificultades de forma positiva.

- Que los residentes adquieran hábitos de trabajo y aprendan a realizar una tarea relacionada con el mantenimiento del centro donde residen, además de poder conocer al resto de compañeros mientras desempeñan la tarea asignada. Los terapeutas destacan la necesidad de que los residentes sean responsables con su trabajo y que aprendan una actividad que les sea útil para la vida diaria.

- Que los residentes puedan llegar a prescindir de la medicación y adquirir hábitos de vida saludables, por ejemplo, realizar deporte habitualmente.

- Que los residentes lleguen a adquirir las habilidades sociales necesarias para: mejorar las relaciones personales, saber expresar correctamente los sentimientos y “aprender a decir no”, puesto que les cuesta mucho esfuerzo evitar las relaciones con personas vinculadas al mundo de la droga, con las que no les interesa relacionarse. Los terapeutas destacan la importancia de que los residentes adquieran habilidades sociales para relacionarse con las personas de su entorno próximo que no consuman drogas ilegales.

- Que los residentes sean capaces de organizar y gestionar su propio tiempo libre realizando actividades que les sirvan para desconectar de la rutina diaria y así no tener que recurrir al consumo de drogas. Los terapeutas destacan que la planificación del tiempo libre debe ser útil a los residentes como entrenamiento para planificar su vida fuera del centro y lograr adquirir autonomía personal.

- Que los residentes puedan llegar a convivir en armonía con el resto de componentes de la C.T., fomentando el compañerismo y aprendiendo de los demás. Para ello podrían recurrir al apoyo de los terapeutas, de los cuales esperan recibir orientación en el proceso terapéutico, motivación, ayuda para resolver problemas concretos y poder expresar libremente sus pensamientos. Los terapeutas añaden, a lo dicho anteriormente, el respeto mutuo entre los componentes de la C.T. y el dar y recibir cariño.

Por su parte las familias esperan que sus visitas al centro y el seguimiento que realizan a los residentes sean útiles para que estos dejen de consumir drogas ilegales. Además les gustaría que los residentes a través del proceso de convivencia aprendan del resto de compañeros, tanto de los aciertos como de los errores.

Por último, los voluntarios esperan fomentar interés en los residentes por la actividad que realizan, para que reflexionen sobre la misma, tengan la mente ocupada en pensamientos ajenos al mundo de la droga y se relajen disfrutando del día a día. Además a los voluntarios les gustaría que el proceso de convivencia, con el resto de componentes de la C.T. les fuese útil en su cambio de estilo de vida.

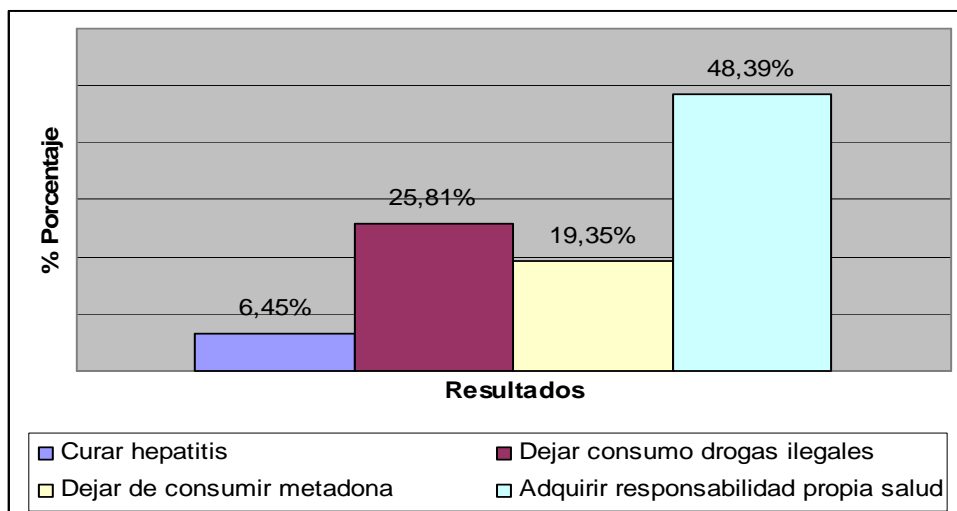
4.1.11 Logros a alcanzar según los residentes

Siguiendo las pautas marcadas por el modelo evaluativo elegido, en esta recogida de información sobre las “intenciones” de las audiencias, debemos recoger y analizar la información referente a los “resultados” que pretenden conseguir las mismas. Por eso, en este apartado realizamos, a las distintas audiencias implicadas, las preguntas referentes a los resultados esperados de cuatro áreas fundamentales, tal y como están organizados los objetivos del programa, que son las siguientes: área de salud, personal, social y laboral. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Qué resultados te gustaría conseguir en el Área de Salud?**

Los residentes, como se muestra en el gráfico 43, esperan llegar a adquirir la responsabilidad suficiente para hacerse cargo de su propia salud (48.39%), aunque esto es difícil ya que suelen tener trastornos psiquiátricos asociados a la toxicomanía.

Gráfico 43. Resultados esperados en el Área de Salud. Residentes

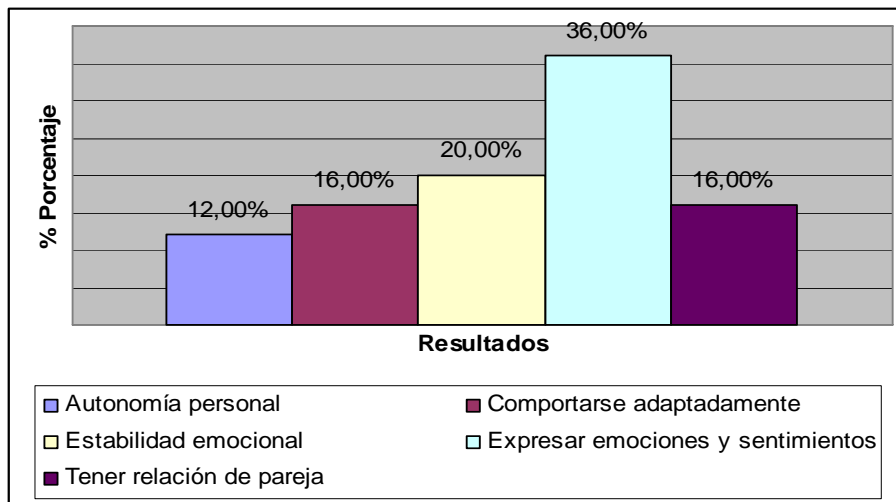


Otro aspecto importante por el que también realizan el programa es para dejar de consumir drogas ilegales (25.81%), algunos incluso se plantean llegar a prescindir de la metadona. Además el que tiene hepatitis también quiere seguir un tratamiento para curarla.

Segunda pregunta planteada: **¿Qué resultados te gustaría conseguir en el Área Personal?**

La respuesta más repetida, como puede verse en el gráfico 44, es “poder expresar emociones y sentimientos” (36%) ya que hasta ahora nunca pudieron hacerlo libremente.

Gráfico 44. Resultados esperados en el Área Personal. Residentes

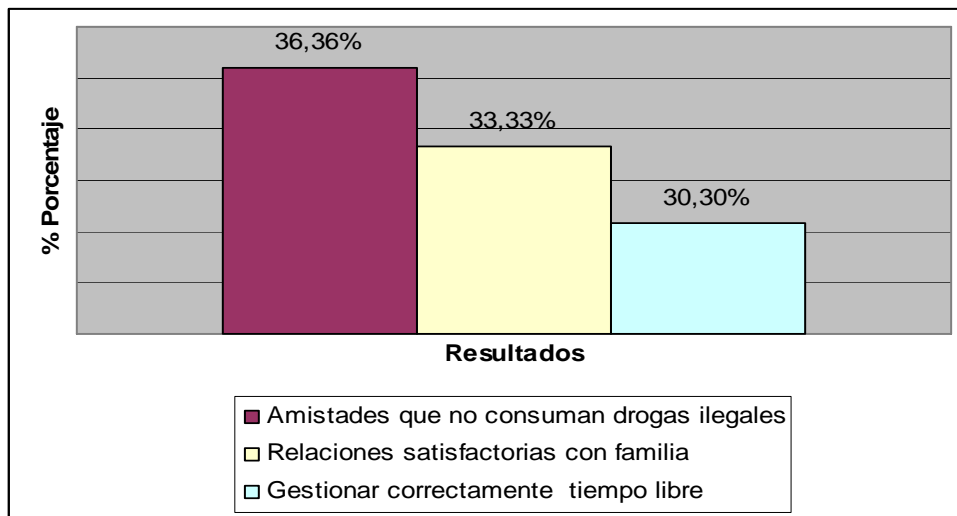


Otros aspectos a lograr serían: “estabilidad emocional”, es decir, poder controlarse emocionalmente para no tener tantos altibajos emocionales, llegar a tener una “relación de pareja”, “comportarse adaptadamente” al contexto donde habitualmente se reside y tener “autonomía personal”, lo que supondría no depender emocionalmente de nadie.

Tercera pregunta planteada fue: **¿Qué resultados te gustaría conseguir en el Área Social?**

El tema que más preocupa a los residentes, como puede verse en el gráfico 45, es llegar a tener amistades que no consuman drogas ilegales (36.36%), pues las personas con las que se relacionaban habitualmente eran consumidoras de drogas ilegales.

Gráfico 45. Resultados esperados en el Área Social. Residentes

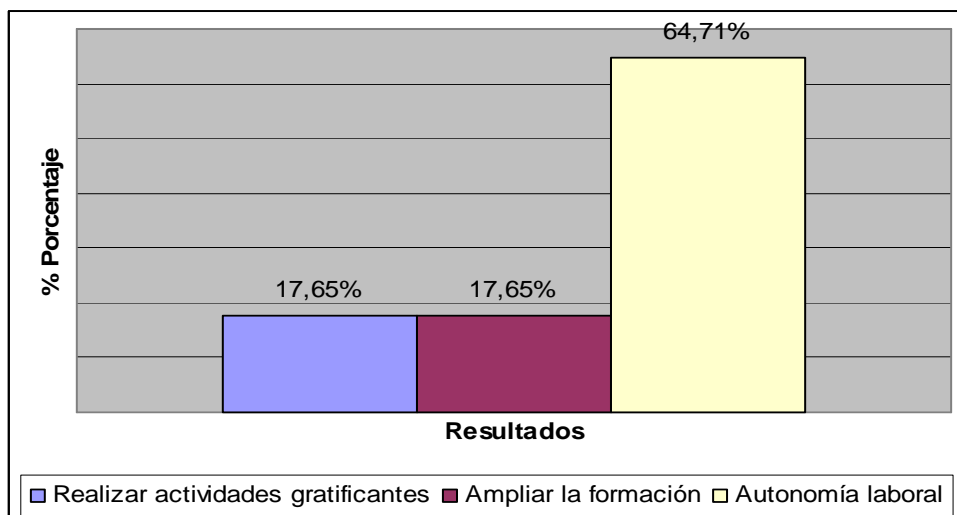


Las relaciones familiares satisfactorias es otro resultado esperado debido a que la familia generalmente tiene perdida la confianza en el residente y la relación suele estar muy deteriorada. Por último, la organización y gestión del tiempo en opciones no vinculadas con el consumo de drogas es deseado por muchos residentes.

Cuarta pregunta planteada: **¿Qué resultados te gustaría conseguir en el Área Laboral?**

El mayor logro que quieren conseguir los residentes, en esta área, como se muestra en el gráfico 46 es la autonomía laboral (64.71%).

Gráfico 46. Resultados esperados en el Área Laboral. Residentes



No obstante, hay residentes que están prejubilados y lo que les interesa es realizar actividades que les sean gratificantes y se sientan útiles, según decía un testimonio *“a mí lo que me interesa es ocupar mi tiempo libre en actividades que me hagan sentirme útil, pues yo*

no necesito encontrar trabajo, estoy jubilado de la mina y con esa paga me alcanza” (RES. OBP.V.40). Además, también hay residentes que pretenden ampliar la formación para tener más oportunidades en el campo laboral.

4.1.12 Logros a alcanzar según los terapeutas

Las preguntas realizadas a los terapeutas son las mismas que las realizadas a los residentes y al resto de audiencias, por tanto, no volveremos a repetir la pregunta y sólo especificaremos el número de la misma. Las preguntas van dirigidas a recoger información sobre los resultados que deberían alcanzar los residentes según la perspectiva de los terapeutas. Tales preguntas son las siguientes:

Pregunta 1:

Todos los terapeutas responden que el principal resultado a lograr por los residentes en el Área de Salud es “adquirir la responsabilidad necesaria para llevar una vida saludable”. Cabe destacar que los terapeutas no señalan el dejar de consumir drogas ilegales, dejar la metadona o curar la hepatitis como resultados a conseguir, si bien el adquirir responsabilidad con la propia salud debería abarcar estas cuestiones.

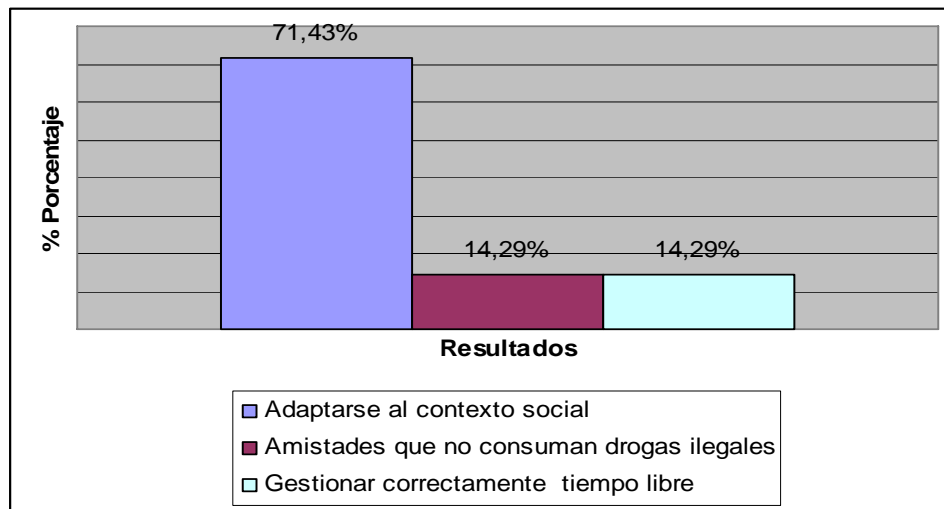
Pregunta 2:

Al igual que en la pregunta anterior, todos los terapeutas están de acuerdo que el principal resultado, en el Área Personal, es llegar a tener “autonomía personal”. Esto queda bien expresado en el siguiente testimonio: *“el principal logro que deberían alcanzar los residentes en esta área es llegar a aprender a resolver sus problemas personales sin tener que depender de ninguna persona en concreto”* (TER.ENT.V.40).

Pregunta 3:

La mayoría de las respuestas, como puede verse en el gráfico 47, van dirigidas a “adaptarse al contexto social donde se reside” (71.43%). Los terapeutas quieren conseguir que los residentes lleguen a tener una vida normalizada e integrada en un contexto.

Gráfico 47. Resultados esperados en el Área Social. Terapeutas



Además también creen importante el relacionarse con personas que no consuman drogas ilegales y que aprendan a gestionar el tiempo libre y lo utilicen en actividades positivas, es decir, no vinculadas al mundo de la droga.

Pregunta 4:

En cuanto al Área Laboral, las respuestas de los terapeutas fueron todas dirigidas a la “autonomía laboral”. Al finalizar el programa los residentes deben de ser capaces de poder reinsertarse en el mercado laboral, esto les facilitaría tener independencia económica. Según un testimonio, “los residentes deberían lograr obtener la formación adecuada al puesto de trabajo que quieran desempeñar, para poder integrarse en el mercado laboral” (TER.ENT.V.38).

4.1.13 Logros a alcanzar según las familias

Las familias de los residentes realizan todo el proceso que conlleva el tratamiento de C.T., por eso después de ingresar el familiar en el programa esperan que logre resultados satisfactorios. A continuación, se especifican los resultados esperados desde el punto de vista de los familiares. Las preguntas propuestas coinciden con las del resto de las audiencias y son las siguientes:

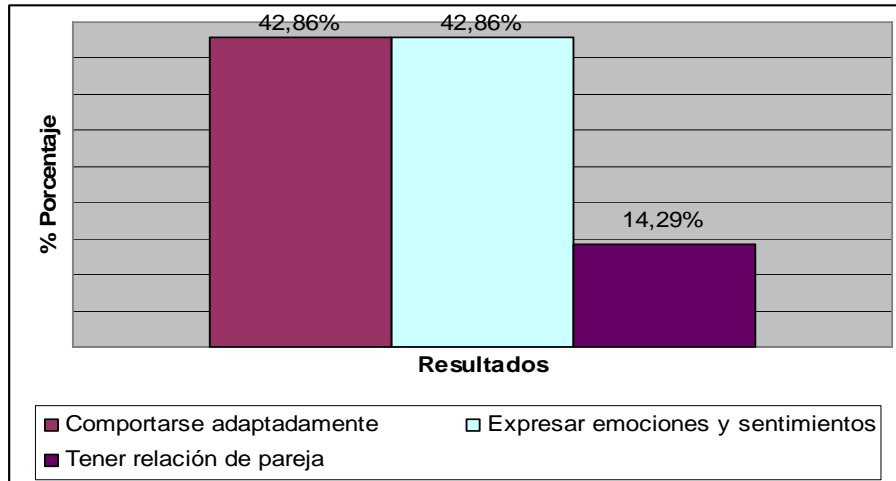
Pregunta 1:

Las familias, en el Área de Salud, al igual que los terapeutas, también esperan que los residentes adquieran la responsabilidad suficiente para llevar una vida saludable. La mitad de las respuestas van dirigidas en este sentido, pues muchas veces, son ellos los que se encargan de su salud. Además, la otra mitad de las respuestas van dirigidas a que les gustaría que dejaran de consumir drogas ilegales, pues para ellos es el principal problema a solucionar.

Pregunta 2:

Las respuestas de las familias respecto a los resultados esperados en el Área Personal, como se muestra en el gráfico 48, van dirigidas a que los residentes lleguen a tener un comportamiento adaptado al contexto donde residen y también a que puedan llegar a expresar emociones y sentimientos correctamente, ya que anteriormente no podían compartir ninguna experiencia en este sentido.

Gráfico 48. Resultados esperados Área Personal. Familias

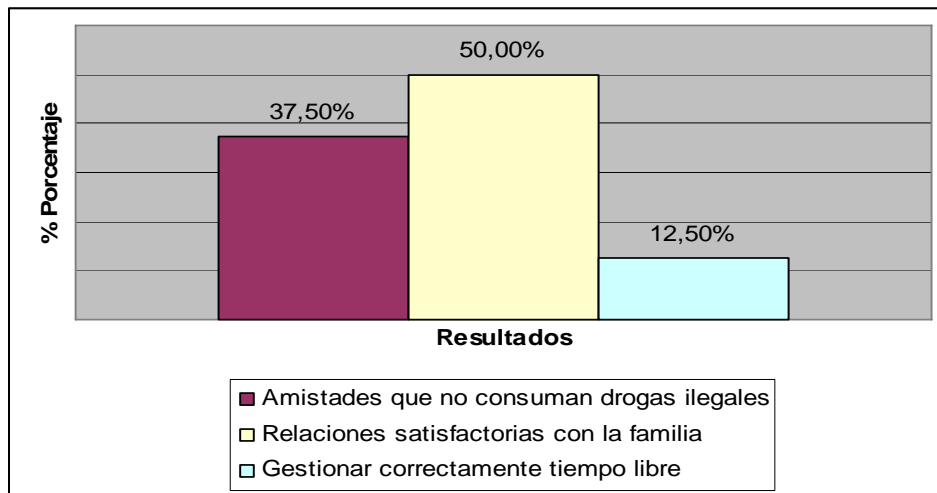


Además, a algunos familiares también les gustaría que tuviesen una relación de pareja estable.

Pregunta 3:

Las familias, en primer lugar, dan mayor importancia a las relaciones familiares (50%), como puede verse en el gráfico 49. Esto es debido a que son ellos mismos los beneficiarios. Por eso responden en su mayoría que esperan que los residentes tengan una relación satisfactoria con la familia. En segundo lugar, esperan que se relacionen con amistades que no estén vinculadas al mundo de la droga (37.50%).

Gráfico 49. Resultados esperados Área Social. Familias



Por último, en menor medida, esperan que aprendan a utilizar el tiempo libre en actividades positivas que les reporten satisfacción.

Pregunta 4:

Las respuestas de las familias en relación al Área Laboral van todas dirigidas a que los residentes encuentren un trabajo para que puedan tener autonomía económica. Según un testimonio, “*espero que encuentre un trabajo que le de independencia y estabilidad económica, para que no tenga que depender de nadie*” (FAM.ENT.M.19).

4.1.14 Logros a alcanzar según los voluntarios

Los voluntarios seleccionados para esta investigación, como ya se señaló anteriormente, realizan actividades reeducativas en el centro de manera habitual, por eso conocen a los residentes y esperan de ellos que logren los resultados que a continuación se especifican. Las preguntas planteadas coinciden con el resto de audiencias y son las siguientes:

Pregunta 1:

Los voluntarios coinciden, en sus respuestas dadas en relación al Área de Salud, con las familias y esperan en igual medida que dejen de consumir drogas ilegales y que logren adquirir la responsabilidad suficiente para hacerse cargo de todo lo relativo a su salud.

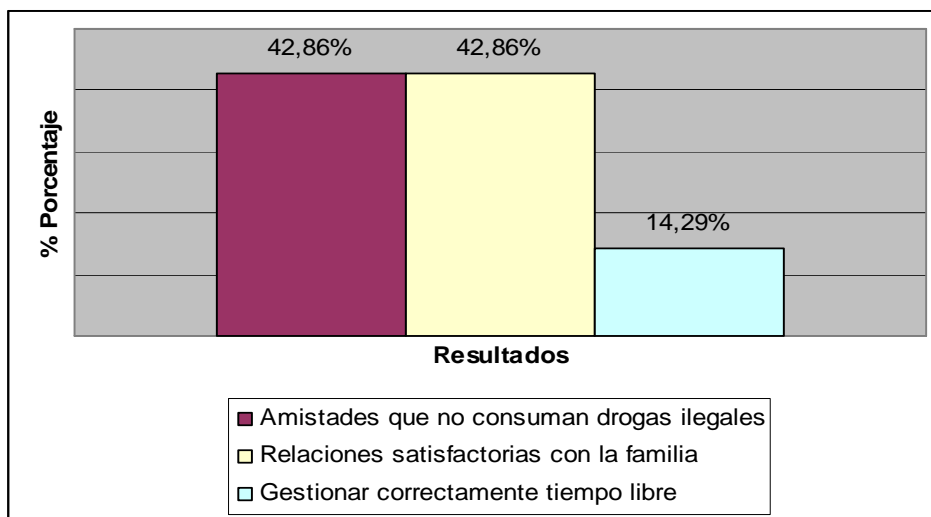
Pregunta 2:

Las respuestas de los voluntarios se distribuyen en igual medida y son las siguientes: lograr adquirir la autonomía personal necesaria para no depender emocionalmente de ninguna persona (33.33%), comportarse adaptadamente al lugar donde habitualmente residen (33.33%) y por último, poder llegar a tener una relación de pareja estable (33.33%).

Pregunta 3:

Los voluntarios, como se muestra en el gráfico 50, coinciden con el resto de audiencias al señalar que los residentes puedan llegar a tener amistades que no consuman drogas ilegales. También le dan importancia a las relaciones familiares, como resultado a conseguir, ya que saben que están muy deterioradas en el caso de que no estén rotas.

Gráfico 50. Resultados esperados Área Social. Voluntarios



Por último, en menor medida, señalan la organización adecuada del tiempo libre realizando actividades satisfactorias sin tener que recurrir a las drogas.

Pregunta 4:

En cuanto al Área Laboral, las respuestas de los voluntarios coinciden con el resto de audiencias y señalan en primer lugar el conseguir un trabajo para tener autonomía económica como el principal resultado a conseguir. También hay una respuesta que hace referencia a “ampliar la formación” que tenían cuando empiezan en el programa, con la finalidad de mejorar el acceso al mercado laboral.

4.1.15 Principales logros a alcanzar

Las audiencias implicadas en el programa, una vez que conocen las estrategias y actividades terapéuticas que se implementan en él esperan conseguir una serie de resultados en las Áreas Personal, de Salud, Social y Laboral, como a continuación detallamos.

Respecto al Área de salud, todas las audiencias están de acuerdo en que los residentes deberían llegar a ser responsables de su propia salud, esto implica seguir las pautas de medicación que tienen, controlar cualquier enfermedad crónica y tratar a tiempo cualquier nueva enfermedad que pueda surgir. Los residentes, en particular, les gustaría

mucho poder llegar a prescindir de la metadona. Las familias y voluntarios hacen hincapié en que los residentes dejen de consumir drogas ilegales definitivamente. Por último, los terapeutas desean que los residentes no deleguen las cuestiones referentes a la salud en otras personas.

En cuanto al Área Personal a todas las audiencias les gustaría que los residentes se comportasen adaptadamente al contexto donde residen. Los residentes afirman que les gustaría poder llegar a expresar sus emociones y sentimientos de forma correcta. Las familias, al igual que los residentes también les gustaría que estos últimos pudiesen expresar sus emociones y sentimientos, además señalan que deberían de poder llegar a tener pareja estable. Por su parte, tanto los terapeutas como los voluntarios señalan la autonomía personal como el principal logro a conseguir por los residentes para que no tengan que depender afectivamente de otras personas.

En lo relacionado con Área Social, a todas las audiencias les gustaría que los residentes lleguen a tener amigos que no consuman drogas ilegales para que puedan compartir experiencias ajenas al mundo de la droga y no tengan los sentimientos de soledad que tantas veces ocurre. Las familias y los voluntarios también destacan la relación estable con la familia como un logro a alcanzar por los residentes.

En el área laboral, el principal logro a conseguir, según todas las audiencias es la incorporación al mundo laboral para lograr adquirir la autonomía económica excepto las personas que están jubiladas y disfrutan de una pensión. No obstante, a los terapeutas les gustaría que los residentes mejorasen su formación laboral para tener más oportunidades de trabajar en un campo relacionado con su formación. A los residentes también les gustaría mejorar su formación a lo largo de su estancia en la C.T.

4.2 Observaciones. Lo que las audiencias perciben

Este apartado de “observaciones” va dirigido a conocer lo que realmente sucede en el programa. El proceso de recogida de esta información se realiza, por tanto, durante el transcurso del programa de C.T., mediante la observación participante y no participante recogiendo testimonios concretos de cada una de las audiencias implicadas.

Además, se realiza una entrevista con cada componente de la C.T. que aún permanece en la misma, cuando se termina el proceso, aproximadamente a los seis o siete meses de empezar. Esta entrevista consta de las mismas preguntas que la que se realizó en el apartado de las “intenciones”, como puede verse en la tabla 75, pero haciendo referencia a lo conseguido después de realizar el proceso de C.T.

Tabla 75. Preguntas referidas a lo que las audiencias perciben

RESIDENTES, TERAPEUTAS, VOLUNTARIOS Y FAMILIAS
<p>1.- ¿Cómo valoras tu comportamiento en la actualidad?</p> <p>2.- ¿Crees que puedes expresar libremente emociones y sentimientos sobre lo que te sucede?</p> <p>3.- ¿Qué pensamientos tienes acerca de ti mismo, en la actualidad, de lo que te ocurre en el día a día?</p> <p>4.- ¿Mejoró tu estado de salud desde que empezaste el programa?</p> <p>5.- ¿Crees que has aprendido cosas nuevas que han mejorado tu proceso educativo?</p> <p>6.- ¿Crees que ha mejorado tu relación de pareja desde que ingresaste en la C.T.?</p> <p>7.- ¿Crees que ha mejorado tu situación laboral desde que ingresaste en la C.T.?</p> <p>8.- ¿Qué opina tu familia de tu situación actual, en la C.T.?</p> <p>9.- ¿Qué opinan tus amigos de tu situación actual?</p> <p>10.- ¿Qué te motiva, en la actualidad, para estar en la C.T.?</p>

De las audiencias implicadas los terapeutas y los voluntarios siguen siendo los mismos que al iniciar el programa. De los residentes quedan seis, pues hubo siete abandonos y de las familias quedan cuatro, una dejó el programa al abandonar el familiar al que le hacían el seguimiento.

A continuación exponemos los resultados obtenidos del análisis de la información de las entrevistas realizadas a las distintas audiencias implicadas. También destacamos algún testimonio obtenido de la observación participante y no participante que ayuda a comprender como ha sido la vivencia de los distintos implicados en la C.T.

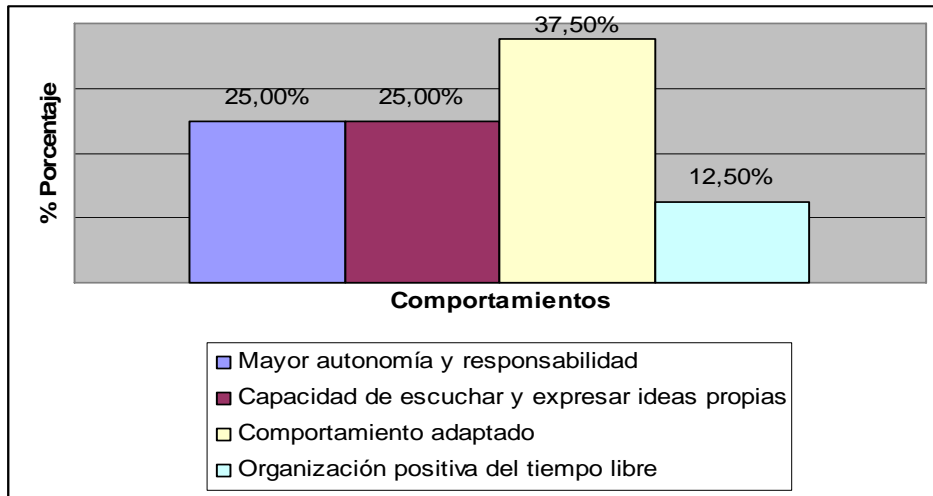
4.2.1 Percepciones después del programa según los residentes

Las preguntas planteadas en este apartado, como ya comentamos son las mismas que las planteadas en el apartado de “intenciones”, pero hacen referencia a cómo se sienten y a la percepción que tienen de sí mismos los residentes, en cuanto a aspectos como: comportamiento, expresión de sentimientos, pensamientos, salud, relaciones familiares, de pareja, amistades y motivaciones para seguir en el programa. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Cómo valoras tu comportamiento en la actualidad?**

Los residentes, como se muestra en el gráfico 51, valoran su propio comportamiento como “adaptado” (37.50%) al entorno que les rodea. Además, consideran que adquirieron mayor responsabilidad y autonomía (25%) para tomar decisiones por su cuenta. Otro de los aspectos que creen que ha mejorado es la capacidad de escuchar a los demás, para poder expresar sus propias ideas con tranquilidad.

Gráfico 51. Comportamiento en la actualidad. Residentes

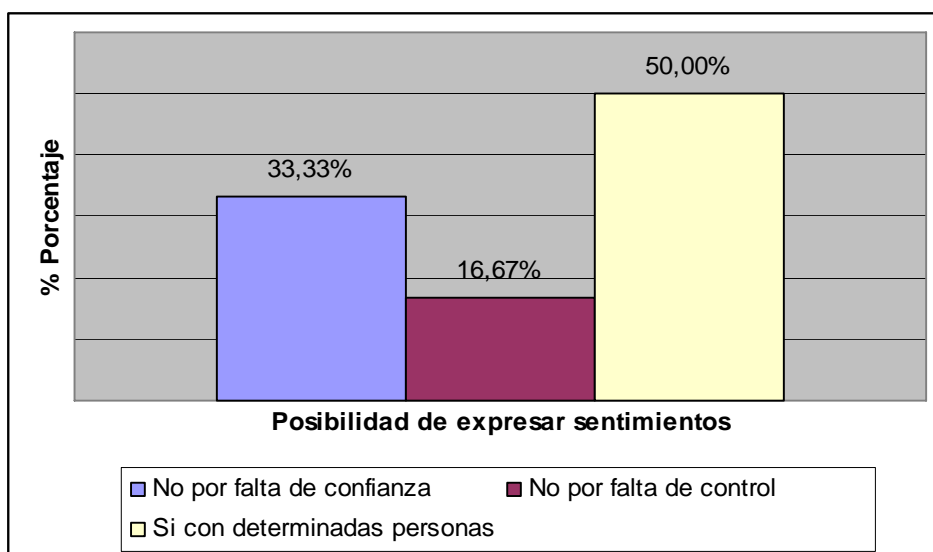


La mejor organización del tiempo libre, es otra habilidad que creen que han adquirido durante el proceso de C.T. No obstante, un testimonio ha realizado una afirmación que muestra lo qué les queda por mejorar: “*ser mas claros al expresar las ideas, la relación con los amigos, la forma de decir y expresar las propias ideas y tener más estabilidad de ánimo*” (VOL.OBP.V.33).

Segunda preguntada planteada: **¿Crees qué puedes expresar libremente emociones y sentimientos sobre lo que te sucede?**

Como puede verse en el gráfico 52, un 33.33% de los residentes no pueden expresar sus emociones y sentimientos por falta de confianza en las personas del programa.

Gráfico 52. Expresión de sentimientos y emociones en la actualidad. Residentes

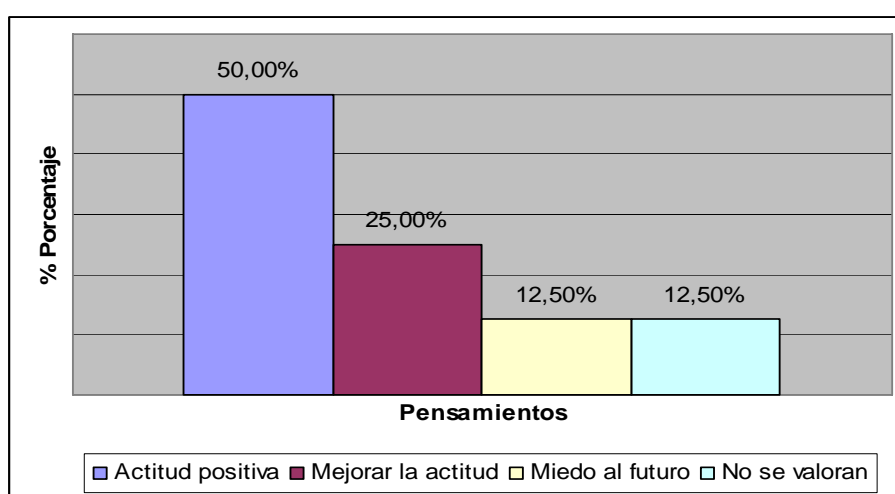


Un 16.67% de los residentes tampoco lo pueden hacer por falta de control y gestión de sus propios sentimientos y la mitad de los residentes dicen poder expresar sentimientos sólo con determinadas personas que tienen confianza.

Tercera pregunta planteada: **¿Qué pensamientos tienes acerca de ti mismo, en la actualidad, de lo que te ocurre en el día a día?**

Los residentes (50%), como puede verse en el gráfico 53, dicen haber mejorado su actitud y que ahora son más positivos con lo que les ocurre en el día a día. No obstante también creen que deben mejorar la actitud para ser más optimistas (25%).

Gráfico 53. Pensamientos de los residentes sobre su situación actual. Residentes

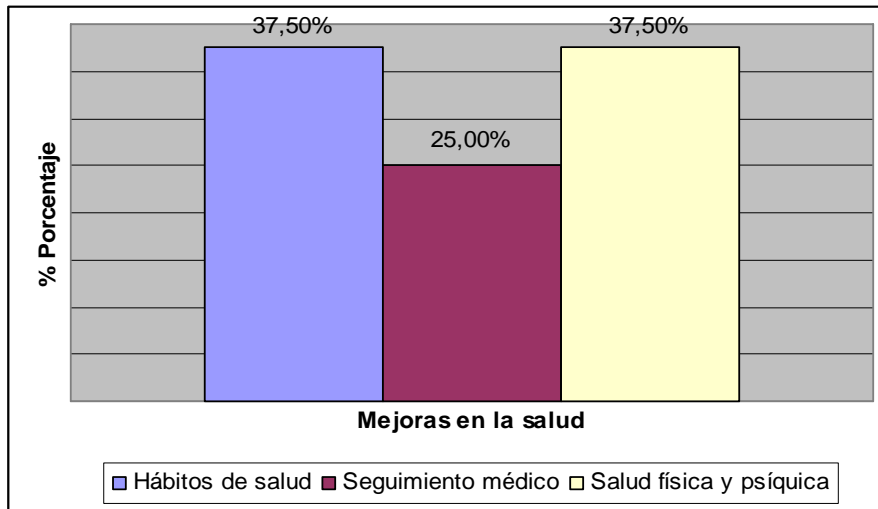


Otras respuestas han puesto de relieve el miedo que tienen los residentes al futuro, cuando tengan que salir definitivamente de la C.T. Por otra parte, algunos dicen que no se valoran mucho a sí mismos, por los logros conseguidos.

Cuarta pregunta planteada: **¿Mejoró tu estado de salud desde que empezaste el programa?**

La salud de los residentes, según su propia percepción, mejoró considerablemente, como puede verse en el gráfico 54, y dicen haber adquirido hábitos de salud (37.50%) como, por ejemplo, pautas de sueño y de alimentación, higiene personal y cuidado al lugar donde residen. También son conscientes de una mejoría tanto física como psíquica como consecuencia de dejar de consumir drogas ilegales habitualmente.

Gráfico 54. Estado de salud actual. Residentes

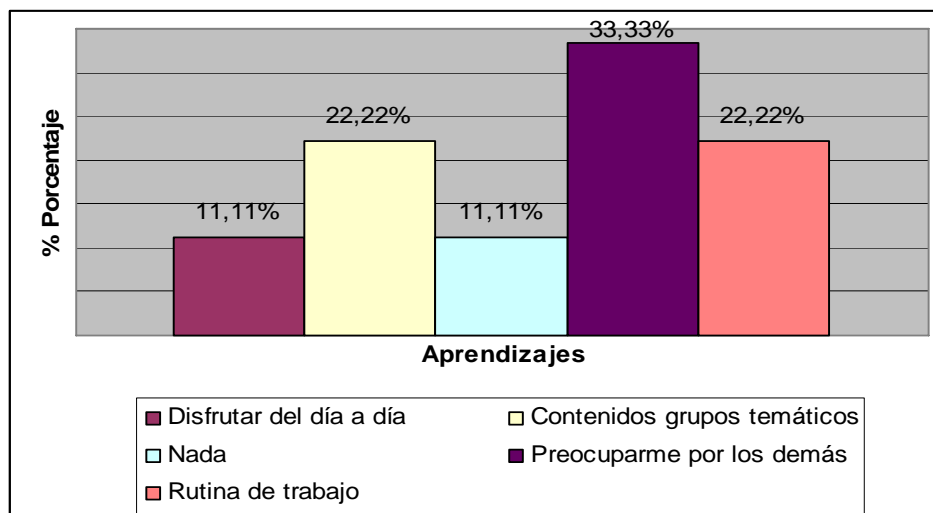


Por último, el seguir las pautas de la medicación (metadona y tratamiento psiquiátrico, los que lo tienen) correctamente, es otro factor que les ha mejorado el estado de salud.

Quinta pregunta planteada: **¿Crees que has aprendido cosas nuevas que han mejorado tu proceso educativo?**

Los residentes destacan que sus principales aprendizajes, como se muestra en el gráfico 55, en el programa son: “preocuparse por los demás” (33.33%) y “comportarse correctamente con las personas del programa” (22.22%).

Gráfico 55. Proceso educativo. Residentes



La capacidad de asumir una rutina de trabajo es otro de aspectos que dicen haber aprendido en el programa, además de los contenidos abordados en los grupos de salud, donde se exponían temas relacionados con las toxicomanías. Alguna respuesta hace referencia a “disfrutar del día a día”, pues antes todo era negativo. Por último solo un

residente dice no haber aprendido nada, según su testimonio: “No aprendí nada porque lo que podía aprender en el programa ya lo sabía” (RES.ENT.V.48).

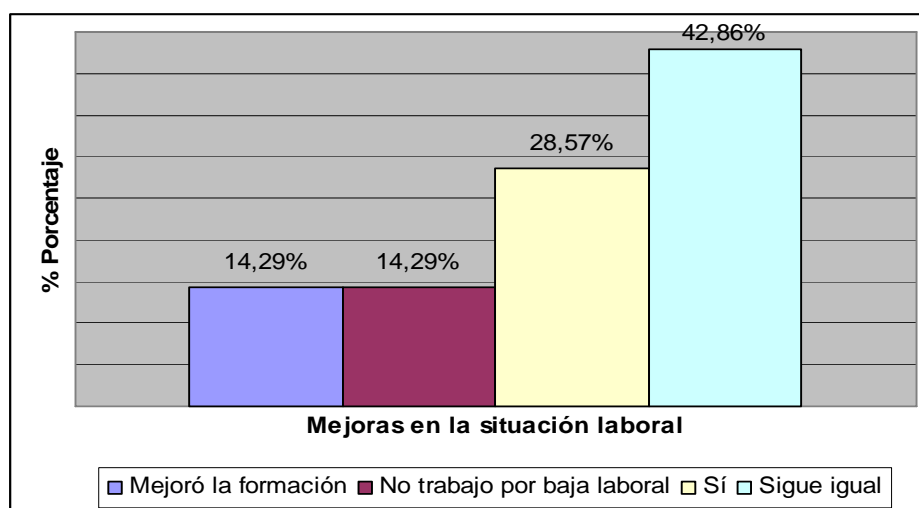
Sexta pregunta planteada: **¿Crees qué ha mejorado tu relación de pareja desde que ingresaste en la C.T.?**

El 83.33% de los residentes no tienen pareja, por eso afirman que su relación ni mejoró, ni empeoró. Los residentes que tienen pareja (16.67%) afirman que su relación de pareja mejoró, especialmente en el aspecto de la comunicación.

Séptima pregunta planteada: **¿Crees qué ha mejorado tu situación laboral desde que ingresaste en la C.T.?**

La mayoría de los residentes (42.86%) tienen la misma situación laboral que tenían antes de comenzar el programa, como puede comprobarse en el gráfico 56, ya que todavía no dispusieron del tiempo necesario para encontrar oportunidades laborales, por estar centrados sobre todo en las cuestiones terapéuticas del programa.

Gráfico 56. Situación actual laboral. Residentes

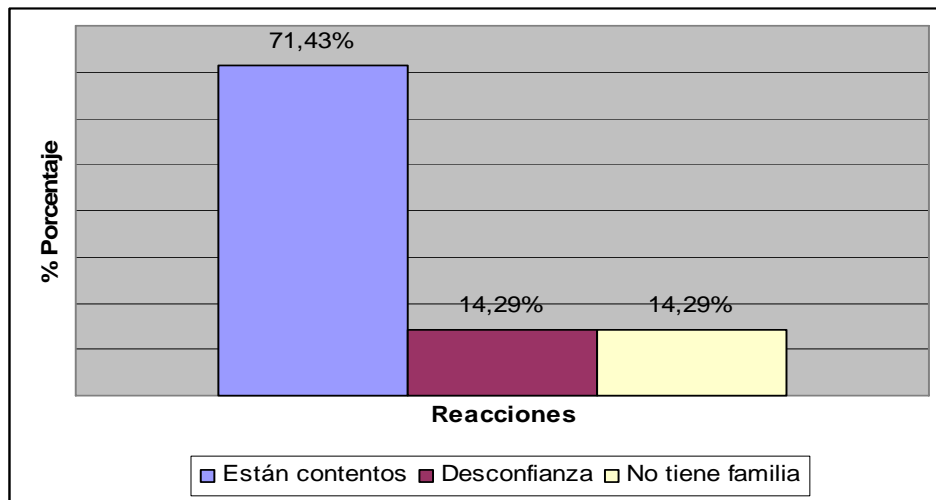


Para algunos residentes (28.57%) sí mejoró su situación laboral. Un testimonio ha manifestado: “ahora voy a trabajar siempre por mi propia voluntad en trabajos esporádicos, pero antes nunca había trabajado, me dedicaba a traficar con droga” (RES.OBP.V.48). Además hay residentes que mejoraron su formación, y por tanto sus posibilidades de incorporarse al mercado laboral. Por último, hay un residente que está jubilado y no trabaja porque puede vivir con su pensión.

Octava pregunta planteada: **¿Qué opina tu familia de tu situación actual, en la C.T.?**

Los residentes, como se muestra en el gráfico 57, piensan que las familias están contentas con su situación actual, pues así lo afirma la mayoría (71.43%).

Gráfico 57. Situación actual en la C.T. y familia. Residentes



Sin embargo, hay algunos residentes que piensan que la familia tiene cierta “desconfianza”, porque el residente ya intentó en más ocasiones dejar de consumir drogas ilegales y nunca lo consiguió definitivamente. Por último, hay residentes que no mantienen contactos con la familia.

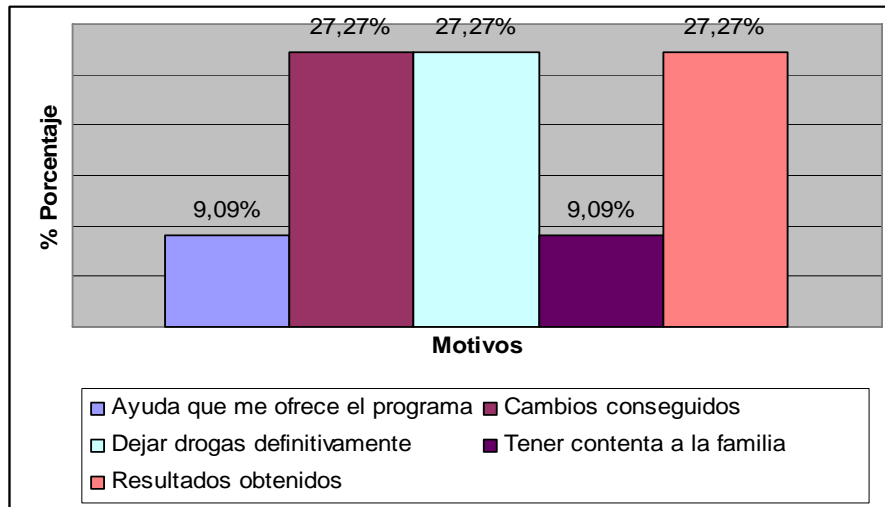
Novena pregunta planteada: ¿Qué opinan tus amigos de tu situación actual?

Los residentes, en general, se muestran optimistas en cuanto a lo que piensan sus amigos de la situación actual. Las respuestas van dirigidas a “me dan ánimos” (57.14%) y “me valoran por lo que estoy haciendo” (42.86%). Aunque un testimonio ha afirmado: “los amigos los apoyan y se alegran pero tampoco hacen realmente nada por ellos, es decir prefieren que el residente esté así, pero no suelen implicarse en su proceso y las salidas fuera de la C.T. las siguen haciendo con los familiares, principalmente” (TER.OBP.V.38).

Décima pregunta planteada: ¿Qué te motiva, en la actualidad, para estar en la C.T.?

Las motivaciones de los residentes, como puede verse en el gráfico 58, para continuar en la C.T. son, principalmente: los cambios y los resultados obtenidos en las cuatro áreas trabajadas (personal, de salud, social y laboral) y dejar definitivamente de consumir drogas ilegales, con un 27.27% cada una.

Gráfico 58. Motivaciones para seguir en la C.T. Residentes



Por ello, los residentes prefieren realizar la reinserción social desde la C.T. excepcionalmente, hay residentes que aseguran continuar en la C.T. para tener contenta a la familia.

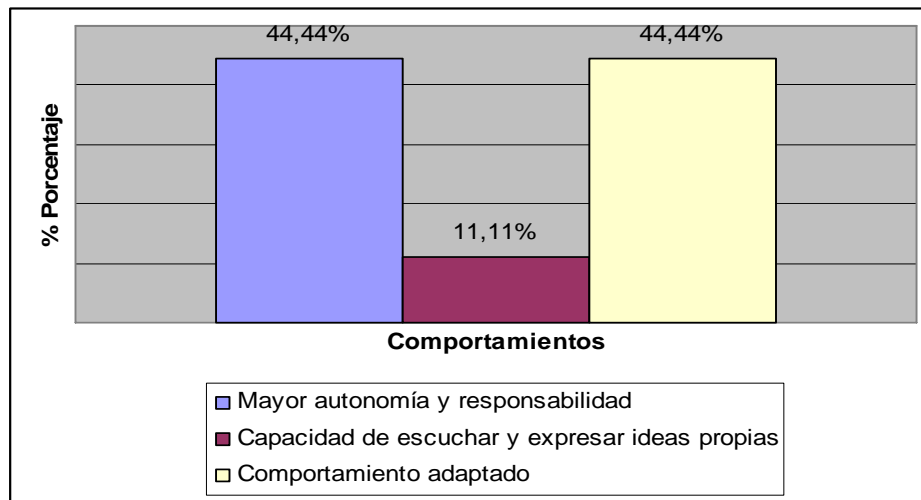
4.2.2 Percepciones después del programa según los terapeutas

Las preguntas realizadas a los terapeutas en este apartado coinciden con las realizadas a los residentes. Para no repetir de nuevo todas las preguntas se especifica solamente el número de la pregunta. A continuación se expone la percepción que tienen los terapeutas sobre el estado de los residentes una vez terminado el proceso de C.T. Las preguntas planteadas son las siguientes:

Pregunta 1:

Los terapeutas (44.44%), como puede verse en el gráfico 59, coinciden en cierta medida con los residentes en que son más autónomos y responsables para tomar sus propias decisiones.

Gráfico 59. Comportamiento en la actualidad. Terapeutas



Además, consideran que los residentes tienen un comportamiento más adaptado al contexto donde habitualmente residen y en menor medida también reconocen haber mejorado en la capacidad de escuchar y expresar sus propias ideas.

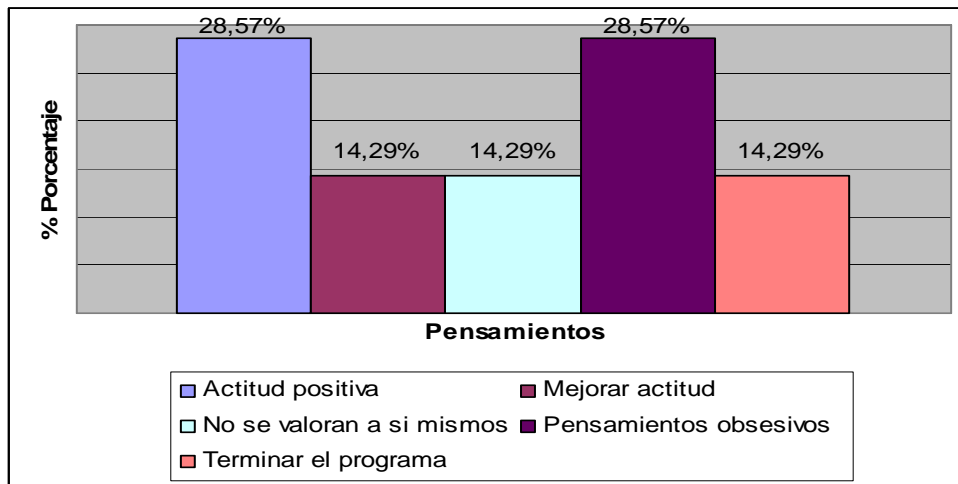
Pregunta 2:

En cuanto a la capacidad de expresar sentimientos y emociones, el 33.33% de los terapeutas afirman que los residentes no pueden expresarlos por falta de control y gestión de los propios sentimientos y las emociones. Un 66.67% dicen que con determinadas personas los residentes sí son capaces de expresar sentimientos y emociones.

Pregunta 3:

Los terapeutas, como se muestra en el gráfico 60, afirman que los residentes tienen una actitud más positiva (28.57%) de lo que les ocurre en el día a día, pero también argumentan que: *“tienen pensamientos obsesivos que oscilan entre los más optimistas y crisis de autoestima que creen que nunca van a dejar de consumir drogas ilegales”* (TER.ENT.M.37).

Gráfico 60. Pensamientos de los residentes sobre situación actual. Terapeutas

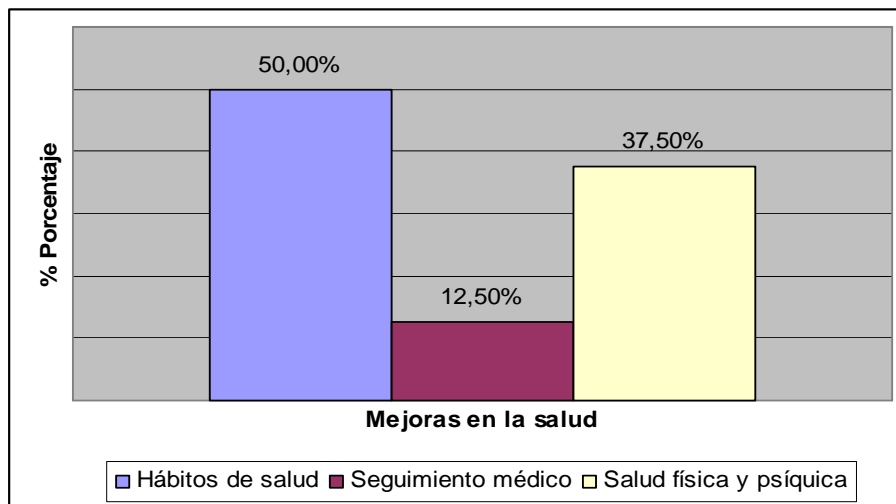


Otras respuestas dadas son: “mejora de la actitud”, “no valorarse a sí mismos” y “terminar el programa”.

Pregunta 4:

Los terapeutas, como puede verse en el gráfico 61, creen que los residentes han obtenido mejoras en todo lo relacionado con los hábitos de vida saludable (pauta de descanso, higiene diaria, alimentación y medicación) (50%), y también piensan que mejoraron su salud física (37.50%), principalmente, ganando peso y la salud psíquica, al estar más tranquilos.

Gráfico 61. Estado de salud actual. Terapeutas

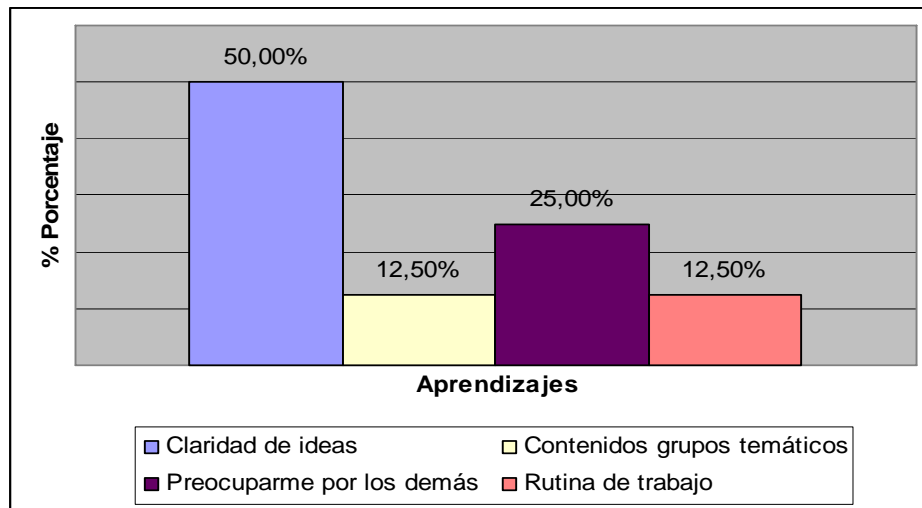


Algunas respuestas también señalan el seguimiento médico como un buen indicador de mejora de salud.

Pregunta 5:

La mayoría de las respuestas a esta pregunta, como se muestra en el gráfico 62, hacen referencia a “la claridad de ideas” (50%) que van adquiriendo los residentes, puesto que van siendo cada vez más conscientes de su propia realidad. También aprenden a relacionarse positivamente con otras personas y a preocuparse por el resto de compañeros (25%) que están en su misma situación.

Gráfico 62. Proceso educativo. Terapeutas



Por último, los terapeutas consideran que los residentes solamente adquieren parte de los contenidos trabajados en los “grupos temáticos” (12.50%), en los que se tratan temas relacionados con las toxicomanías y adquieren la rutina de trabajo que implican los “sectores de trabajo”.

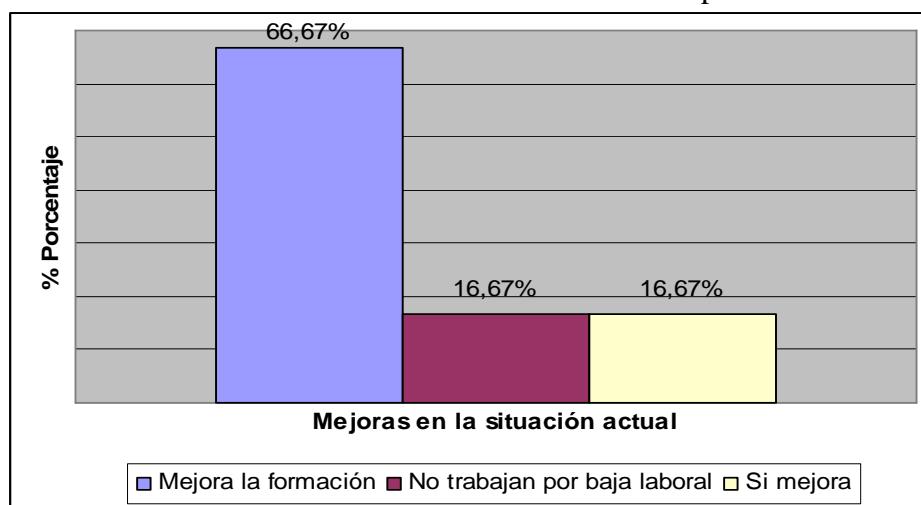
Pregunta 6:

Los terapeutas se muestran escépticos en cuanto a la mejora en la relación de pareja. Así pues, un 40% responden que depende de cada pareja si se mejora o no. Un 60% responden que mejora la comunicación, según un testimonio: “*si tienen relación de pareja, ésta mejora, porque ahora saben escuchar y tener más en cuenta a la otra persona*” (TER.ENT.M.37).

Pregunta 7:

La mayoría de los terapeutas, como se muestra en el gráfico 63, creen que respecto a la situación laboral actual, mejora sobre todo la formación (66.76%), más que la situación laboral en sí misma. Por lo dicho anteriormente, las posibilidades de acceso al mercado laboral se incrementan en gran medida. Los terapeutas (16.67%), sin embargo, piensan que algunos residentes no pueden llegar a trabajar por estar de baja.

Gráfico 63. Situación laboral actual. Terapeutas

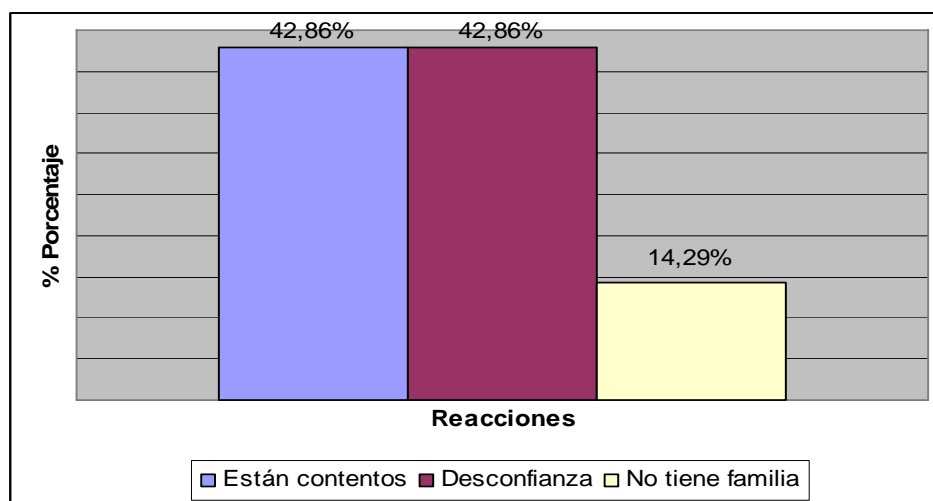


Por último, sólo un terapeuta piensa que sí mejora la situación laboral, porque hay residentes que antes no trabajaban y después de realizar el proceso de C.T. logran incorporarse al mundo laboral.

Pregunta 8:

Los terapeutas piensan que las familias están contentas y desconfían en la misma medida (42.86%), como se muestra en el gráfico 64. Esto es así porque los residentes suelen tener una trayectoria de fracasos bastante larga, ya que normalmente no es el primer programa de desintoxicación que realizan y vuelven a recaer. Sin embargo, las familias están contentas por ver al residente con buen aspecto y sin consumir drogas ilegales.

Gráfico 64. Situación actual en la C.T. y familia. Terapeutas

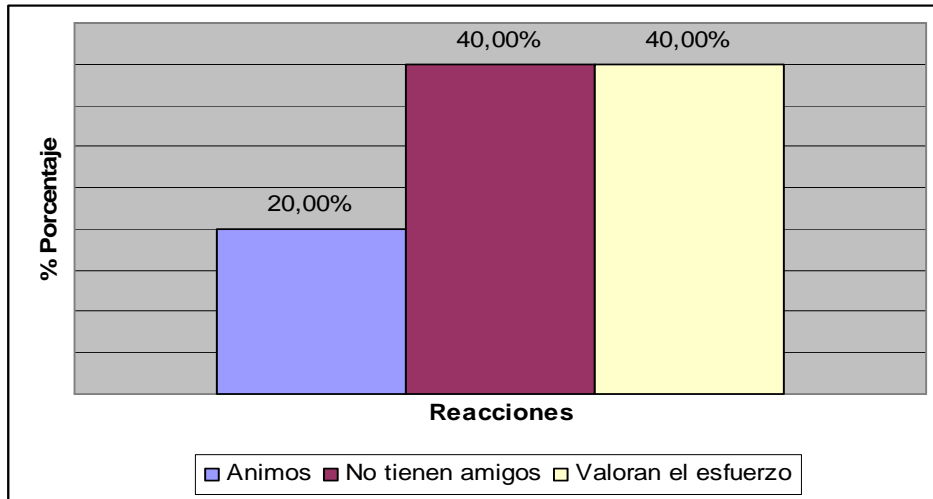


Los terapeutas también saben que hay residentes que no mantienen contactos con la familia.

Pregunta 9:

Los terapeutas, como se muestra en el gráfico 65, responden que los amigos “valoran el esfuerzo” (40%) de los residentes para realizar el proceso de C.T., pero también responden, en igual medida, que normalmente no suelen tener amigos fuera del mundo de la droga.

Gráfico 65. Situación actual en la C.T. y amigos. Terapeutas

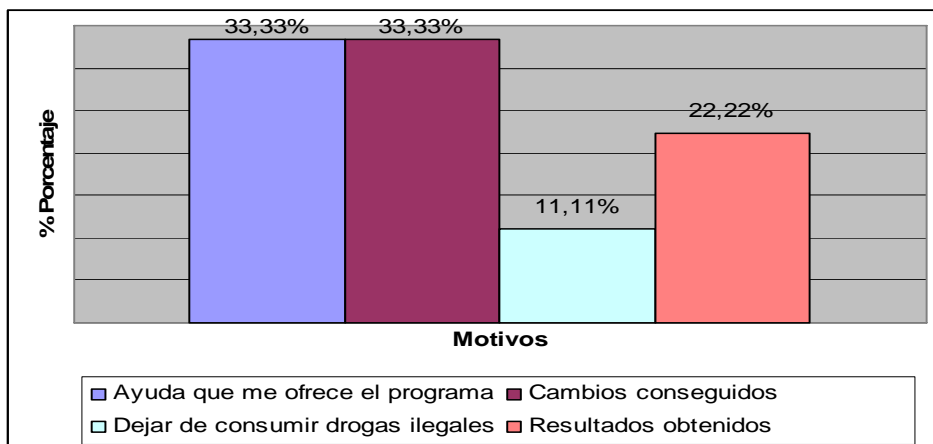


Los residentes en menor medida piensan que los amigos les dan ánimos para que sigan con su proceso de deshabituación y para que no consuman drogas ilegales en el futuro.

Pregunta 10:

Según los terapeutas, como puede verse el gráfico 66, los residentes siguen en la C.T., principalmente, por la ayuda que les ofrece el programa para saber afrontar las situaciones del día a día y también por los cambios conseguidos en las cuatro áreas: personal, de salud, socio y laboral, en un 33.33% ambas razones.

Gráfico 66. Motivaciones para seguir en la C.T. Terapeutas



Otras razones que también argumentan para que los residentes continúen en la C.T. serían: los resultados obtenidos en la propia C.T. (22.22%), en cuanto a las tareas que desempeñan y de las que se sienten responsables y el deseo de dejar de consumir drogas ilegales, definitivamente.

4.2.3 Percepciones después del programa según las familias

Inicialmente eran cinco familias, pero al abandonar un residente el programa sólo participan cuatro. Después de realizar el proceso de C.T. tienen una percepción diferente de los residentes si se compara con el comienzo del proceso, como a continuación se expone. Las preguntas planteadas coinciden con el resto de audiencias y son las siguientes:

Pregunta 1:

Las familias, en un 80% de los casos, opinan que los residentes tienen un comportamiento “adaptado”, dentro del ámbito familiar que es donde más tiempo pasan con ellos. Por último, dicen, aunque solamente en un 20% de los casos, que son más responsables y tienen mayor autonomía para tomar sus propias decisiones.

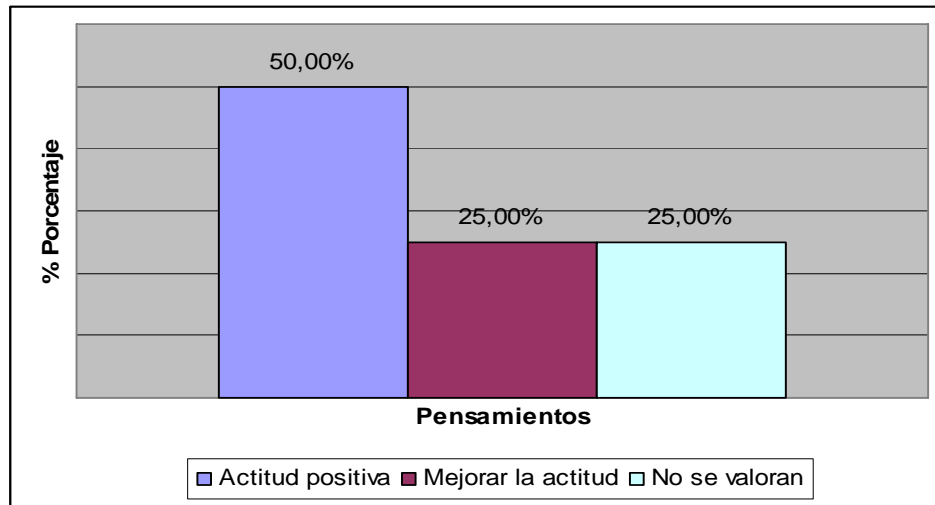
Pregunta 2:

El 75% de las familias afirman que los residentes no pueden expresar sus emociones y sentimientos por falta de confianza con la mayoría de las personas. Sin embargo, el 25% dicen que sí pueden expresar emociones y sentimientos con determinadas personas. Las familias, en esta pregunta, coinciden tanto con los terapeutas como con los propios residentes, en que es difícil que este colectivo exprese sus sentimientos y emociones.

Pregunta 3:

Las familias, como puede verse en el gráfico 67, responden, en un 50%, que los residentes tienen una actitud positiva ante lo que les ocurre en el día a día.

Gráfico 67. Pensamientos de los residentes sobre situación actual. Familias

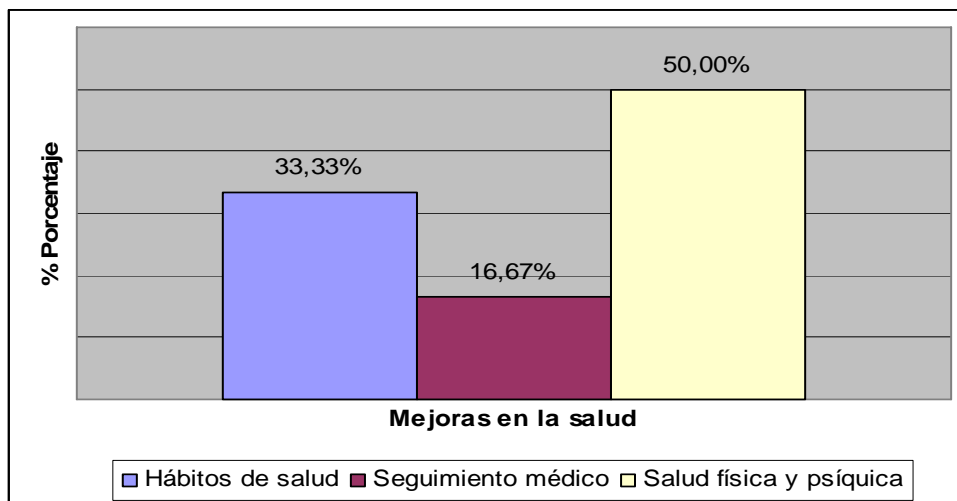


Las familias también piensan que aún deben mejorar más dicha actitud (25%) porque, en general, no se valoran lo suficiente por el proceso desarrollado en la C.T.

Pregunta 4:

Las familias coinciden, en sus respuestas con el resto de audiencias, como puede verse en el gráfico 68, y también opinan (50%) que los residentes mejoraron en la salud física y psíquica principalmente. Además afirman que han adquirido hábitos de salud (33.33%) de los que carecían ante de comenzar el programa.

Gráfico 68. Estado de salud actual. Familias

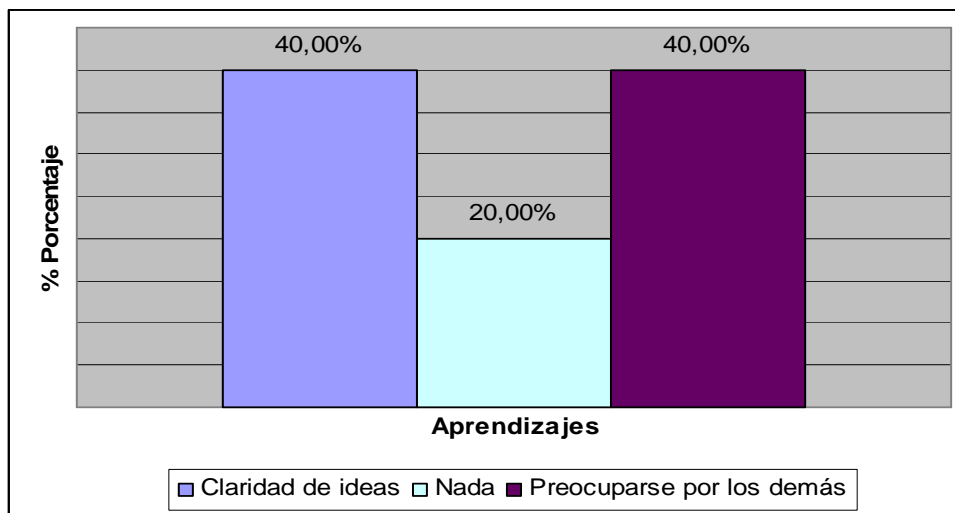


Por último, las familias señalan que el seguimiento médico (16.67%), es otro de los aspectos en que mejoraron los residentes.

Pregunta 5:

Las familias, como se muestra en el gráfico 69, piensan que los avances más importantes de los residentes, ambos en un 40%, son: la “claridad de ideas”, porque ahora son más conscientes de la realidad que están viviendo y “la preocupación por los demás”, ya que pueden ponerse más fácilmente en la posición de otras personas, para comprender por qué piensan de diferentes maneras.

Gráfico 69. Proceso educativo. Familias



No obstante, una familia piensa que los residentes no han aprendido nada nuevo.

Pregunta 6:

En cuanto a la relación de pareja, las familias saben que los residentes no tienen pareja por eso no pueden opinar si mejora o empeora la relación, excepto uno. En este caso el familiar cree que la relación mejoró en todo lo relativo a la comunicación. Un testimonio ha afirmado que: “la relación mejoró, porque ahora nos comunicamos mejor y podemos comprendernos uno al otro más fácilmente” (FAM.ENT.M.21).

Pregunta 7:

Las familias, en su mayoría (75%), responden que la situación laboral es mejor que cuando empezaron el programa. Además coinciden con los terapeutas en que mejoró la formación (25%) y por tanto las posibilidades de acceder al mercado laboral.

Pregunta 8:

Todas las familias están contentas con la situación actual del familiar que está realizando el programa, principalmente porque saben que mientras esté en la C.T. no está consumiendo drogas ilegales y también porque ahora los residentes son más

familiares, según un testimonio: *“estamos muy contentos porque ahora pasamos más tiempo juntos, ya que tiene una vida más familiar que antes”* (FAM.ENT.M.67).

Pregunta 9:

El 75% de las familias creen que los residentes no tienen amigos, no vinculados al mundo de la droga, por eso desconocen cual puede ser la opinión de los mismos, respecto a la situación actual de los residentes. El 25% de las familias que saben que los residentes tienen amigos piensan que estarán contentos con la situación actual de los residentes.

Pregunta 10:

Las respuestas de las familias están distribuidas equitativamente en torno a cuatro motivos, con un 25% cada uno, por los cuales los residentes siguen en el programa, a saber: los cambios conseguidos que mejoran su calidad de vida, las causas judiciales que les obligan a seguir en la C.T. o ingresar en prisión, el dejar de consumir drogas ilegales y, por último, los resultados logrados en el desempeño de las tareas, de las que son responsables, como componentes de la C.T.

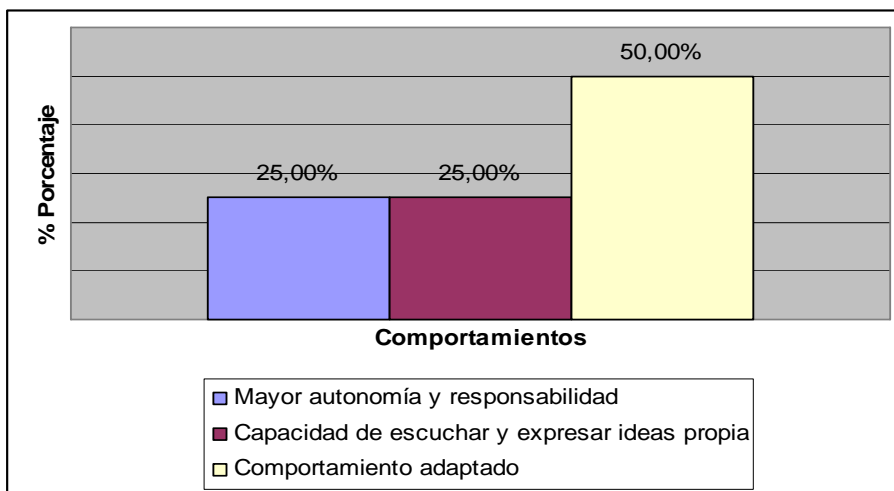
4.2.4 Percepciones después del programa según los voluntarios

La última audiencia a la que se le preguntó por el estado actual de los residentes han sido los voluntarios que, como ya señalamos anteriormente, realizan actividades reeducativas y siguen todo el proceso de C.T. de los residentes. Las preguntas realizadas a esta audiencia son las mismas que al resto, pero para evitar repetirlas únicamente se indica el número de la pregunta. Tales preguntas son las siguientes:

Pregunta 1:

La mitad de los voluntarios, como puede comprobarse en el gráfico 70, dicen que el comportamiento de los residentes es adaptado a la situación en la que se encuentran.

Gráfico 70. Comportamiento en la actualidad. Voluntarios

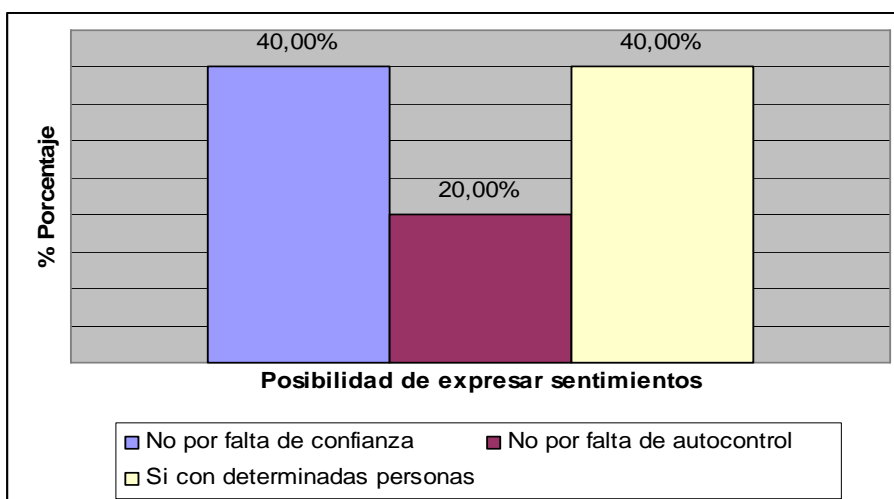


Además, opinan que tienen mayor autonomía y responsabilidad y que han mejorado su capacidad de escuchar y expresar ideas propias, ambas en un 25%.

Pregunta 2:

Los voluntarios (40%), como puede verse en el gráfico 71, opinan que los residentes no pueden expresar sus sentimientos y emociones porque no confían entre ellos. También afirman que tienen problemas de falta de autocontrol y de recursos, para poder expresarlos, según un testimonio: *“Algunos no pueden porque tienen pocos recursos lingüísticos y no son capaces de expresarse correctamente. Además se habla poco de estos aspectos tan importantes”* (VOL.ENT.M.72).

Gráfico 71. Expresión de sentimientos y emociones en la actualidad. Voluntarios

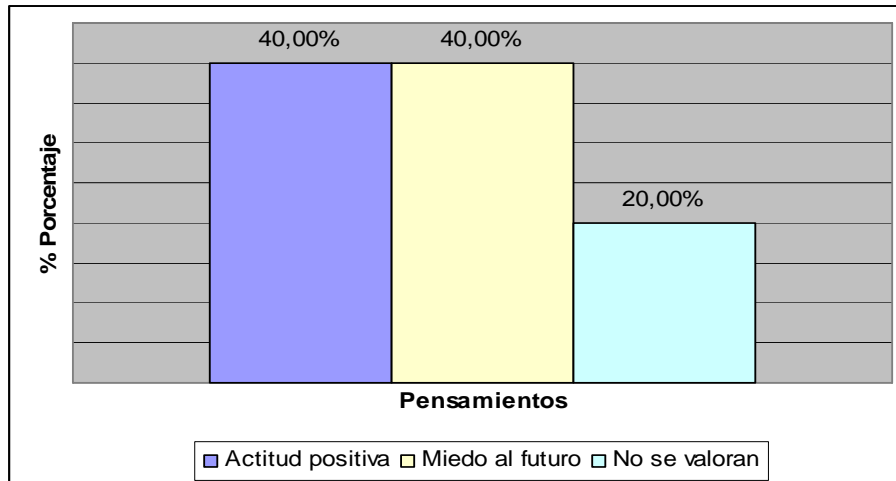


Algunos voluntarios (40%) piensan que sí pueden expresar sus sentimientos y emociones con la persona adecuada.

Pregunta 3:

Los voluntarios (40%), como se muestra el gráfico 72, creen que los residentes tienen una actitud positiva ante lo que le ocurre en el día a día, la cual ha mejorado en comparación con el momento de la entrada en la C.T.

Gráfico 72. Pensamientos de los residentes sobre situación actual. Voluntarios



Los voluntarios creen que los residentes tienen miedo a no saber como afrontar determinadas situaciones en el futuro (40%) y tener que recurrir a las drogas ilegales. Por todo lo dicho anteriormente, piensan que no se valoran mucho a ellos mismos.

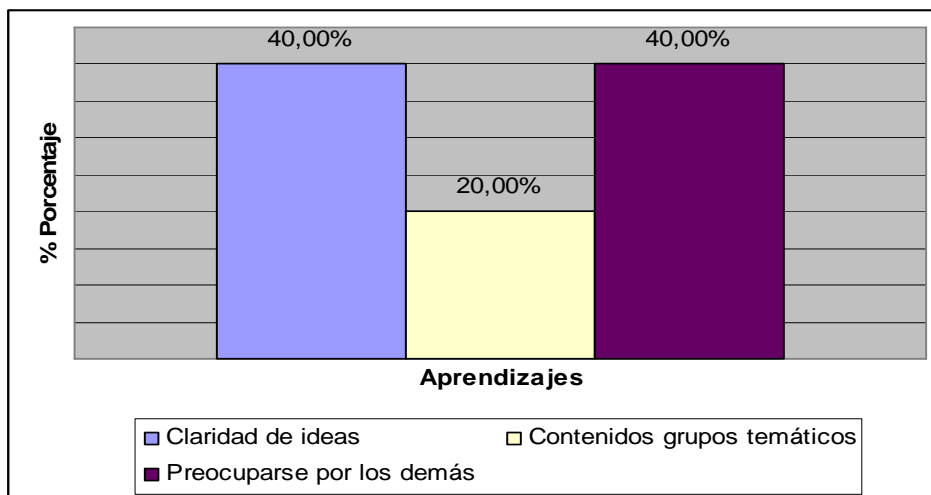
Pregunta 4:

En lo referente al estado de salud actual, las respuestas de los voluntarios van dirigidas a una mejora de la salud física y psíquica, en el 66.67% de los casos. También señalan la adquisición de hábitos de salud, en el 33.33% de los casos, los cuales mejoran la calidad de vida de los residentes. Los voluntarios no hacen referencia al seguimiento médico, pues desconocen los protocolos de medicación de cada usuario.

Pregunta 5:

Para los voluntarios, como se muestra en el gráfico 73, el proceso educativo fue útil a los residentes para tener “claridad de ideas” (40%), según un testimonio: “Si han aprendido la importancia de las relaciones humanas, a salir de uno mismo para darse a conocer a los demás y conocerse a uno mismo, facilitándose el proceso de aprender de los demás” (VOL.ENT.V.71).

Gráfico 73. Proceso educativo. Voluntarios



Los voluntarios afirman que los residentes aprendieron a comportarse correctamente y preocuparse por los demás (40%). Por último, los aprendizajes obtenidos de los grupos temáticos también es otro aspecto a tener en cuenta.

Pregunta 6:

En cuanto a la relación de pareja, en la actualidad, los voluntarios opinan que mejora la comunicación en el 66.67% de los casos, puesto que los residentes fueron adquiriendo en el programa recursos para expresar mejor sus ideas y pensamientos. El 33.33% de los voluntarios piensan que la mejora depende de cada pareja.

Pregunta 7:

Los voluntarios, en el 75% de los casos, creen que la situación laboral mejora, pero no están muy seguros de qué, según un testimonio: *“La situación laboral sí mejora, pero les cuesta mucho tomar iniciativas y empezar a trabajar, porque se acomodan mucho al programa”* (VOL.ENT.V.61). El resto de voluntarios, o sea el 25%, opinan que mejora la formación y con ello las posibilidades de encontrar trabajo.

Pregunta 8:

Según el 60% de los voluntarios, las familias están contentas de que su familiar esté en la C.T., principalmente porque saben que así no consumen drogas ilegales. Sin embargo, el restante 40% de los voluntarios creen que las familias desconfían de la situación actual, porque los residentes ya intentaron otras veces dejar de consumir drogas ilegales y nunca lo consiguieron.

Pregunta 9:

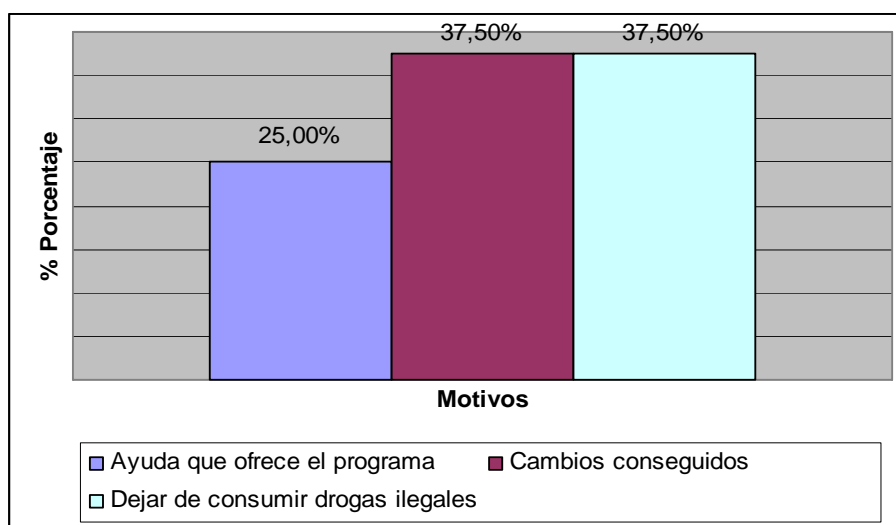
Los voluntarios, en el 75% de los casos, piensan que los residentes tienen amigos y estos estarán contentos. En el 25% restante de los casos, les darán ánimos. No obstante

hay un testimonio que señala, “los que no consumen drogas ilegales estarán contentos, los que consumen tendrán una sensación de abandono pues pierden a un compañero” (VOL.ENT.M.72).

Pregunta 10:

Según los voluntarios, como puede verse en el gráfico 74, los motivos de los residentes, para continuar en el programa, son los siguientes: dejar de consumir definitivamente drogas ilegales y los cambios conseguidos en las tres áreas (de salud, personal y socio-laboral) que se trabajan en la C.T., ambos con un 37.50%.

Gráfico 74. Motivaciones para seguir en la C.T. Voluntarios



Los voluntarios señalan la ayuda que les ofrece el programa como motivo suficiente para seguir adelante.

4.2.5 Síntesis de las percepciones después de realizar el programa

Una vez que los residentes, terapeutas, familias y voluntarios realizan el proceso de C.T. que dura aproximadamente siete meses, la percepción de la situación de los residentes no es la misma que al empezar el programa, como a continuación se expone.

- Todas las audiencias afirman que los residentes se comportan adaptadamente al lugar donde residen, con personas responsables y autónomas. Los propios residentes opinan que tienen una actitud más positiva de lo que les ocurre en el día a día, las familias añaden que no se valoran mucho y los voluntarios matizan que tienen miedo al futuro. Los terapeutas afirman que los residentes tienen pensamientos obsesivo-compulsivos que van desde “estoy muy bien” hasta “no valgo para nada”. En donde mayor dificultades tienen los residentes, según todas las audiencias, es en la expresión de emociones y sentimientos, ya que solamente lo pueden hacer muy pocas veces y con

personas concretas. Según un testimonio, *“yo sólo cuento lo que siento con el terapeuta X, con el resto de personas de la C.T. no tengo confianza para hacerlo, pues están a la defensiva”* (VOL.OBP.V.33).

- La salud de los residentes mejoró notablemente, como así lo afirman todas las audiencias, estos adquirieron hábitos de sueño, alimentación, higiene y siguen la medicación pautada por la U.T.T. a la que pertenecen. Los residentes afirman que el proceso reeducativo les fue útil para conocer aspectos relacionados con las toxicomanías, preocuparse por el resto de compañeros y disfrutar del día a día. Los terapeutas, familias y voluntarios añaden que el proceso educativo les fue útil para tener más claras las ideas sobre su situación actual.

- Los residentes afirman que se pueden comunicar mejor y por eso mejoró la relación de pareja de los que la tienen, el resto de audiencias también opina lo mismo.

- La situación laboral sigue igual en la mayoría de los casos, pero mejora notablemente la formación de los residentes y por tanto las posibilidades de acceder al mercado laboral.

- Los residentes piensan que las familias y los amigos valoran el esfuerzo que realizan y están contentos por ello. Las familias satisfacen lo dicho por los residentes. Sin embargo, tanto los terapeutas como los voluntarios afirman que las familias muestran un sentimiento de ambivalencia: están contentos y esperan que su familiar deje de consumir drogas ilegales definitivamente, pero asimismo desconfían de que lo logre algún día.

- Las principales motivaciones para seguir en el programa, según los residentes son: los resultados y cambios conseguidos y dejar de consumir drogas definitivamente. Los terapeutas y voluntarios afirman que los residentes siguen en el programa por la ayuda que este les ofrece. Las familias añaden la presión judicial como motivo para que los residentes continúen en el programa.

4.2.6 Valoraciones de la implementación según los residentes

Una vez analizada la información referente a los “antecedentes”, de la situación actual de las audiencias, pasamos a analizar la información relacionada con las “transacciones” o estrategias y actividades implementadas en el programa. Se trata de conocer lo que realmente se consiguió al implementar las estrategias y actividades terapéuticas. Las preguntas realizadas a los residentes coinciden con las de los terapeutas, como se muestra en la tabla 76. Siguiendo el orden establecido, se comienza exponiendo los

análisis de la información recogida de los residentes. Por último, la valoración que se realiza para cada estrategia y actividad terapéutica, en este apartado, será la media de 0 a 10 de las valoraciones realizadas por los residentes. Las preguntas planteadas son las siguientes:

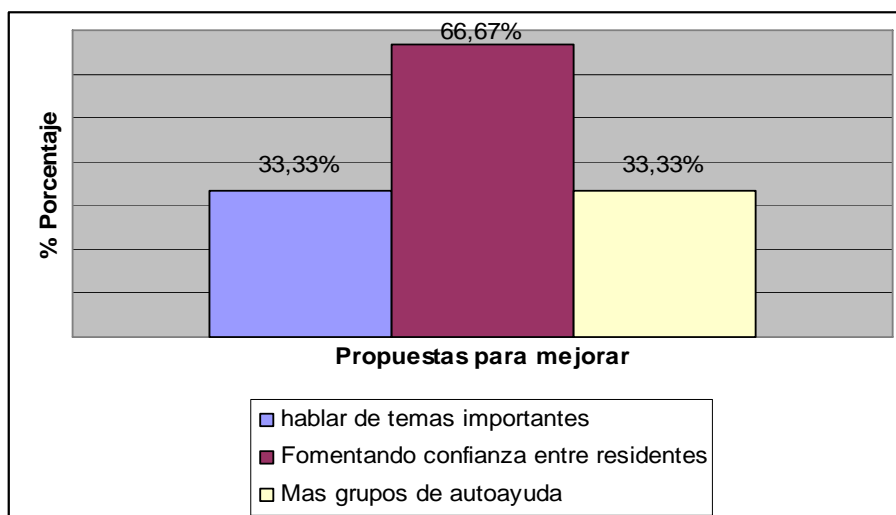
Tabla 76. Preguntas referidas a las condiciones de la implementación

RESIDENTES Y TERAPEUTAS
1.- ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los grupos de autoayuda?
2.- ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los grupos temáticos?
3.- ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en la reunión de la casa?
4.- ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los sectores de trabajo?
5.- ¿Qué valoración realizas del seguimiento médico realizado en la C.T.?
6.- ¿Qué valoración realizas de las actividades físicas realizadas en la C.T.?
7.- ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los talleres de habilidades sociales?
8.- ¿Qué valoración realizas de la actividad de programar salidas de la C.T.?
9.- ¿Qué valoración realizas de las actividades de Ocio y Tiempo Libre?
10.- ¿Qué valoración realizas del proceso de convivencia con el resto de personas del programa?
11.- ¿Qué valoración realizas de las entrevistas individuales?

Primera pregunta planteada: **¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los grupos de autoayuda?**

La valoración de esta estrategia terapéutica es **6.83**. Los residentes piensan que se podría mejorar, como puede verse en el gráfico 75, de la siguiente manera:

Gráfico 75. Propuestas de mejora grupos de autoayuda. Residentes



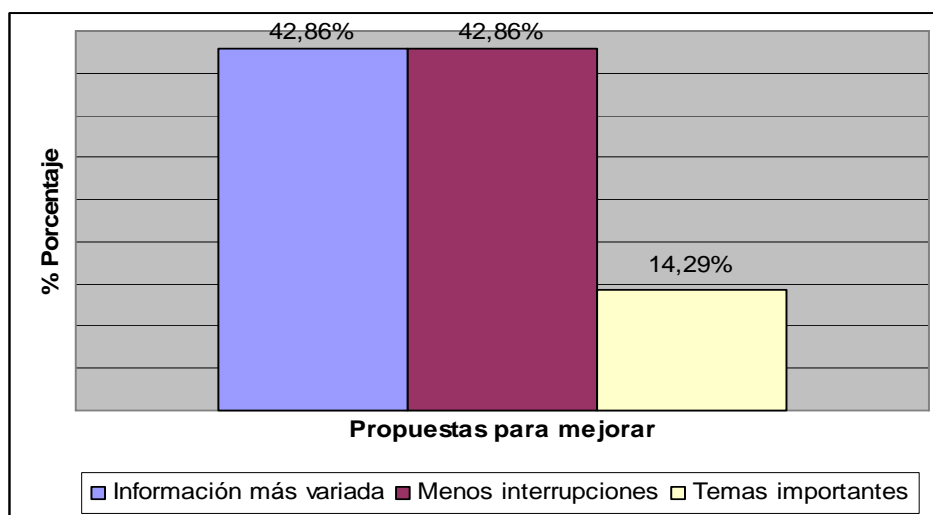
Por un lado, fomentando la confianza entre los propios residentes (66.67%), ya que no confían unos en otros y no se pueden mostrar tal y como son. Por otro lado, sería necesario hablar de temas importantes, como decía un testimonio: *“En los grupos se*

deberían hablar de temas importantes, no de las tonterías que habitualmente hablamos” (RES.OBP.V.48). Por último, también algunos residentes dicen que debería haber más grupos de autoayuda, incluso uno sólo para mujeres.

Segunda pregunta planteada: **¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los grupos temáticos?**

La valoración de esta estrategia terapéutica es **6.16**. Los residentes opinan que la estrategia se podría mejorar, como puede verse en el gráfico 76, de la siguiente manera: ofreciendo información más variada relacionada con diversos contenidos relacionados con las toxicomanías, intentando que durante el tiempo de los grupos no se interrumpa tantas veces la sesión, ambos con un 42.86%.

Gráfico 76. Propuestas de mejora grupos temáticos. Residentes

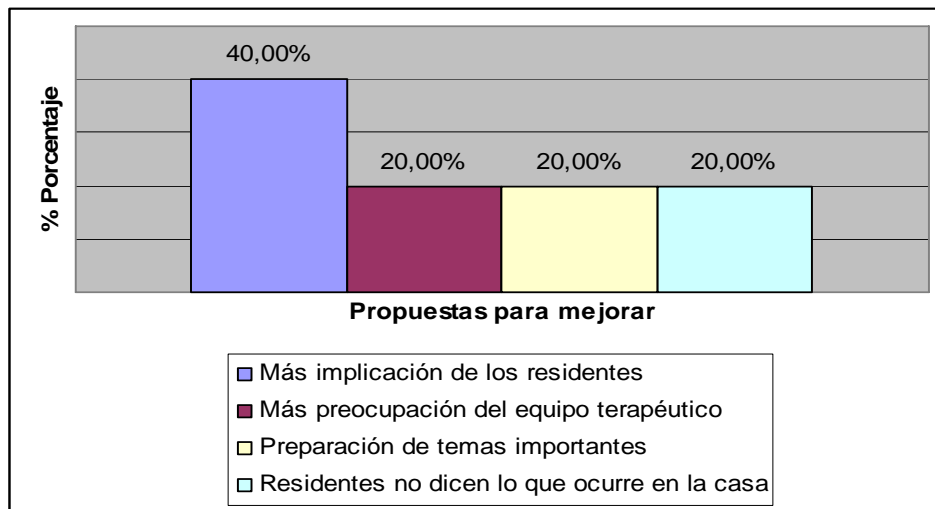


Un testimonio afirma que: *“en las sesiones hay personas que llegan tarde, otras que marchan primero de que termine la misma y otras que se duermen durante la sesión. Los residentes pueden interrumpir con cuestiones de poca relevancia. Con todo esto es difícil mantener la concentración”* (VOL.OBPN.V.33). Además hay residentes que opinan que no se habla de temas importantes.

Tercera pregunta planteada: **¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en la reunión de la casa?**

La valoración de esta estrategia terapéutica es **6.66**. Los residentes piensan que esta estrategia metodológica mejoraría, como se puede comprobar en el gráfico 77, de la siguiente manera: con una mayor implicación de los propios residentes (40%), pues ellos saben que no se toman esta estrategia tan en serio como deberían y no tienen iniciativas. También creen que el equipo terapéutico debería implicarse más (20%), por ejemplo, preparando temas interesantes para evitar la repetitividad (20%).

Gráfico 77. Propuestas de mejora reunión de la casa. Residentes



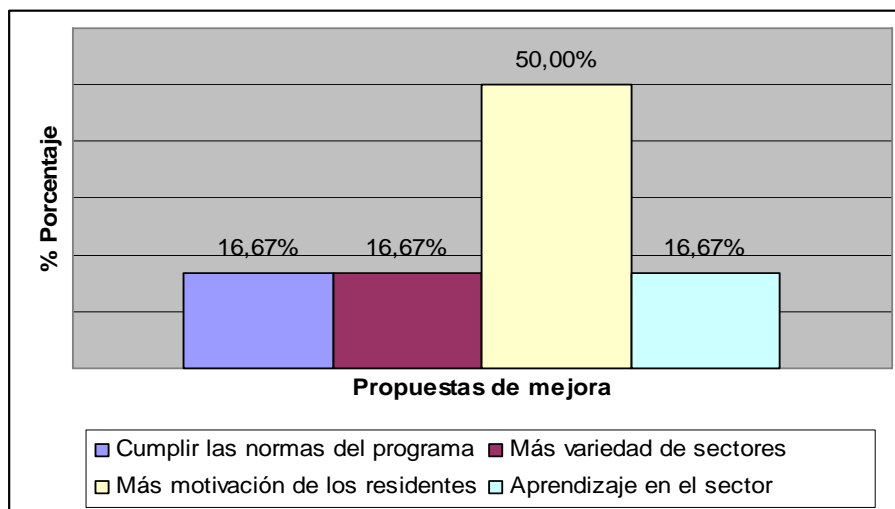
No obstante, en esta actividad se debería hablar de lo que sucede en la casa, para solucionar los problemas que aparezcan y potenciar lo que se realice bien. Los residentes reconocen que no se dice lo que realmente ocurre: *“la gente dice cosas que luego no hacen, la gente “se hace la foto”²⁴ para quedar bien delante del terapeuta y de los demás y luego no llevan a cabo nada de lo que dicen”* (RES.ENT.V.48). *“En la C.T. parecen existir dos programas: uno el que se hace de cara al equipo terapéutico, de nueve de la mañana a cinco de la tarde y otro el que se hace realmente a partir de las cinco. Según muchos residentes los terapeutas se enteran solamente de un 10 a un 20% de lo que ocurre en el programa”* (VOL.OBP.V.33).

Cuarta pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los sectores de trabajo?

La valoración de esta estrategia terapéutica es **5.66**. Los residentes, como puede verse en el gráfico 78, piensan que esta estrategia terapéutica se puede mejorar de la siguiente manera: motivando a los propios residentes que están en los sectores de trabajo (50%), de tal manera que para cada uno tenga un sentido la tarea que desarrolla, más allá de mantener la casa en orden.

²⁴ “Hacerse la foto” es un término del argot de los toxicómanos que significa dar una imagen de uno mismo que no concuerda con la realidad, para intentar parecer responsable y honorable a los demás

Gráfico 78. Propuesta de mejora sectores de trabajo. Residentes



Otros motivos de mejora serían hacer cumplir las normas del programa relacionadas con cada sector, tener más variedad de sectores de trabajo, para que los residentes puedan elegir el que más se adapte a sus características y que los sectores de trabajo dispusiesen de una o varias personas que realicen un aprendizaje a los residentes, para que puedan desempeñar cada tarea correctamente, estos motivos aparecen reflejados en un 16.67% cada uno.

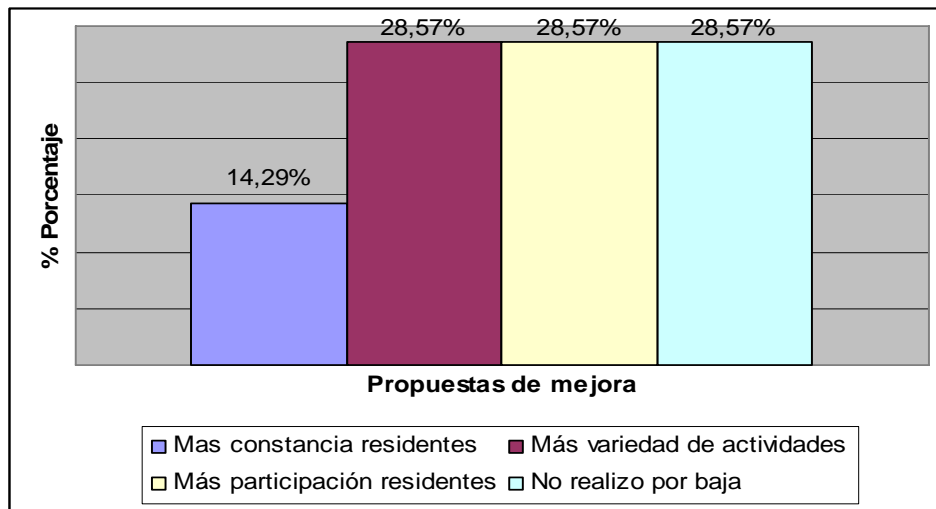
Quinta pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas del seguimiento médico realizado en la C.T.?

La valoración de esta estrategia terapéutica, de 0 a 10, es **8.00** de media. La única propuesta de mejora a este respecto ha sido sugerida por dos residentes: mejorar el entendimiento entre la Unidad de Tratamiento de Toxicómanos que les dispensa la metadona y la C.T.

Sexta pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas de las actividades físicas realizadas en la C.T.?

La valoración de esta estrategia terapéutica es **7.25**. Si tenemos en cuenta a las personas que realizaron las actividades físicas al no estar de baja, esta estrategia terapéutica se podría mejorar, como puede comprobarse en el gráfico 79, de la siguiente manera: diseñando más actividades físicas (28.57%) relacionadas con todo tipo de deportes, para que cada residente pueda elegir la que más le motive, ya que normalmente se hace un partido de fútbol.

Gráfico 79. Propuestas de mejora actividades físicas. Residentes



Los residentes deberían acudir regularmente a realizar las actividades deportivas (28.57%), situación que no siempre ocurre. Por último, todos los residentes deberían participar en las actividades deportivas. Un testimonio ha manifestado al respecto: *“algunas veces si acuden a las actividades pero no participan poniendo alguna disculpa de dudosa justificación y prefieren mirar como las hacen los demás”* (VOL.OBP.V.33).

Séptima pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas de la actividad llevada a cabo en los talleres de habilidades sociales?

La valoración de esta estrategia terapéutica es **5.00**. Los residentes piensan que esta estrategia terapéutica puede mejorar si se realizasen más actividades de habilidades sociales, puesto que algunos residentes no se acuerdan ni siquiera de haberlas realizado. Según un testimonio: *“yo casi no me acuerdo de haber realizado estos talleres, porque no hicimos casi ninguno. Por eso creo que debería haber talleres de habilidades sociales con más regularidad: una o dos veces por semana”* (RES.ENT.V.48).

Octava pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas de la actividad de programar salidas de la C.T.?

La valoración de esta estrategia terapéutica, de 0 a 10, es **7.16** de media. Los residentes están contentos con esta actividad, porque les ayuda a organizarse y a mantener el contacto con la vida fuera de la C.T., solamente una persona hace una propuesta para mejorar esta actividad, cuando afirma: *“debería haber más personas para salir de paseo²⁵ y si no hay que salgan con nosotros los terapeutas”* (RES.ENT.V.48).

²⁵ Los residentes para poder salir solos de paseo necesitan estar unos meses en la C.T., en estos primeros meses salen de paseo con los voluntarios cuatro veces por semana.

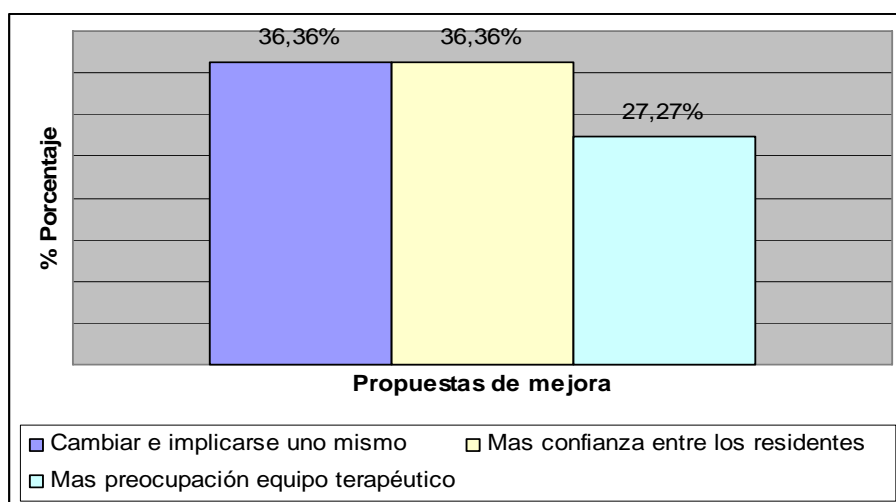
Novena pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas de las actividades de Ocio y Tiempo Libre?

La valoración de esta estrategia terapéutica, de 0 a 10, es **9.16** de media. Los residentes están muy satisfechos con estas actividades variadas como: ir de excursión a la playa, visitar museos, ir al cine, etc., por tanto, no realizan propuestas de mejora, respecto a esta cuestión. Por el contrario, algunos residentes aseguran que les gustaría que hubiese más actividades de este tipo.

Décima pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas del proceso de convivencia con el resto de personas del programa?

La valoración de esta estrategia terapéutica es **7.16**. Los residentes piensan, como puede verse en el gráfico 80, que el proceso de convivencia podría mejorar de la siguiente manera: los propios residentes deben de cambiar e implicarse más en el proceso intentando buscar la solución a los problemas que van surgiendo (36.36%) y sobre todo confiando más unos en otros (27.27%). Un testimonio ha asegurado que: *“la convivencia mejoraría si las personas nos abriésemos más a las demás y no pusiésemos tantas barreras para darnos a conocer”* (RES.ENT.V.32).

Gráfico 80. Propuestas de mejora proceso de convivencia. Residentes



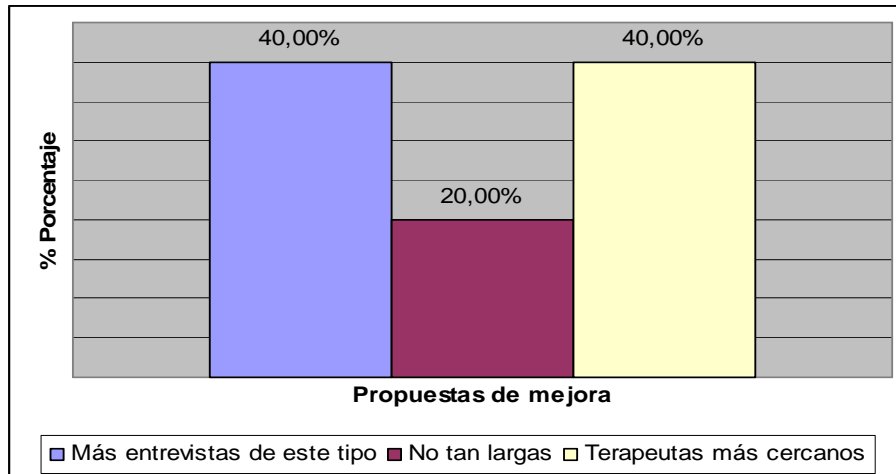
Los residentes opinan que el equipo terapéutico, por su parte, debería organizar mejor la convivencia en la C.T., incluyendo la posibilidad de crear grupos específicos de convivencia para gestionar todo lo relacionado con la misma.

Undécima pregunta planteada: ¿Qué valoración realizas de las entrevistas individuales?

La valoración de esta estrategia terapéutica es **7.83**. Los residentes piensan que esta estrategia se podría mejorar, como se muestra en el gráfico 81, de la siguiente manera: realizando más entrevistas de este tipo (40%), ya que los residentes no suelen tener

mucha confianza entre ellos y pueden utilizar estas entrevistas para hablar de aspectos que de otra manera no se atreverían, potenciando la cercanía con los terapeutas (40%), puesto que algunos residentes los perciben distantes y no pueden hablar de sus problemas libremente.

Gráfico 81. Propuestas de mejora entrevistas individuales. Residentes



Por último, las entrevistas no deberían ser tan largas, pues a algunos residentes les llegan a cansar.

4.2.7 Valoraciones de la implementación según los terapeutas

Las preguntas realizadas a los terapeutas, sobre las estrategias y actividades realizadas en la C.T. son las mismas que las formuladas a los residentes, pero por cuestiones de espacio sólo se especifica el número de la pregunta. Se trata de recoger información sobre lo que ocurre en el programa: tanto la valoración que les merecen, como las propuestas de mejora. Por último, la valoración que se realiza para cada estrategia y actividad terapéutica, en este apartado, será la media de 0 a 10 de las valoraciones realizadas por los terapeutas. Las preguntas planteadas son las siguientes:

Pregunta 1:

La valoración de los grupos de autoayuda es **5.75**. Los terapeutas piensan que esta estrategia terapéutica podría mejorar si se restringen estos grupos y se sustituyen por actividades específicas (75%), para solucionar problemas concretos, como por ejemplo, el aprendizaje en los sectores de trabajo, la mejora de la convivencia, etc. Además, también coinciden con los residentes en que no se habla de temas importantes (25%), por lo que habría que plantear los grupos de otra manera, para motivar a los residentes a que expongan sus verdaderos problemas.

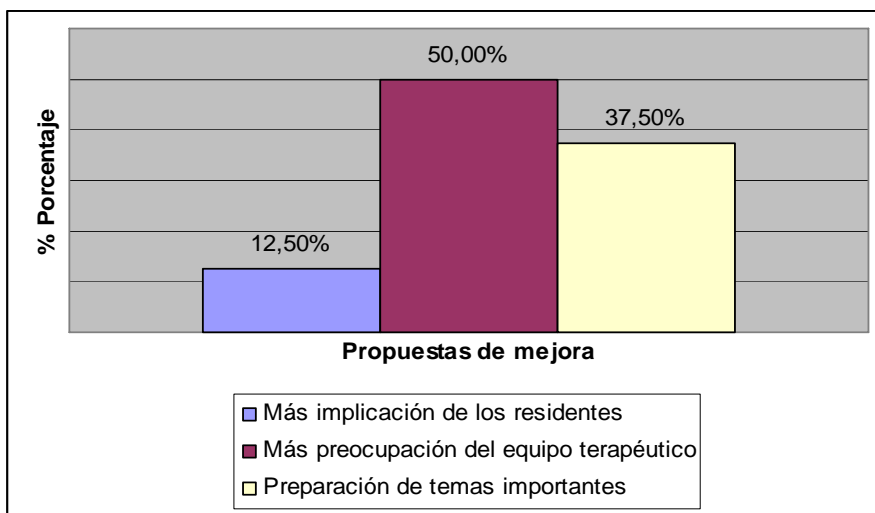
Pregunta 2:

La valoración de los grupos temáticos es **6.25**. Los terapeutas coinciden en las propuestas de mejora con los residentes y señalan que los grupos deberían aportar “información más variada” y que debería haber “menos interrupciones y ser más estable la dinámica de estos grupos”, ambos en un 50%. A diferencia de los residentes, los terapeutas creen que los temas que se tratan son suficientemente importantes.

Pregunta 3:

La valoración de la reunión de la casa es **5.50**. Los terapeutas piensan que esta estrategia metodológica se podría mejorar, como puede verse en el gráfico 82, con más preocupación por parte del equipo terapéutico (50%).

Gráfico 82. Propuestas de mejora reunión de la casa. Terapeutas



Un testimonio afirma que: “los temas a tratar deberían de estar preparados de antemano y hacer referencia a cuestiones específicas de funcionamiento de la casa. Los educadores deberían participar proponiendo temas relacionados con el comportamiento de los residentes a lo largo del día” (TER.ENT.M.37). Se trata de plantear cuestiones relevantes y motivadoras para que los residentes se impliquen y participen más.

Pregunta 4:

La valoración de los sectores de trabajo es **6.50**. Los terapeutas piensan que esta estrategia terapéutica podría mejorar si los residentes cumplieren las normas o acuerdos establecidos en la C.T., para ello se necesita, según el 66.67% de los terapeutas: “más supervisión por parte del equipo terapéutico y de los educadores de la C.T. de las actividades realizadas en los sectores de trabajo” (TER.ENT.V.38). Por otro lado, y según el 33.33% de los terapeutas, también existe la necesidad de contratar a personas que enseñen a los residentes a realizar las tareas de los sectores de trabajo.

Pregunta 5:

La valoración del seguimiento médico es **7.25**. Los terapeutas piensan que el seguimiento médico de los residentes que se realiza en la C.T. funciona correctamente. No obstante, un terapeuta piensa que debería haber una mejor coordinación entre la C.T. y las Unidades de Tratamiento de Toxicómanos a las que pertenecen los residentes.

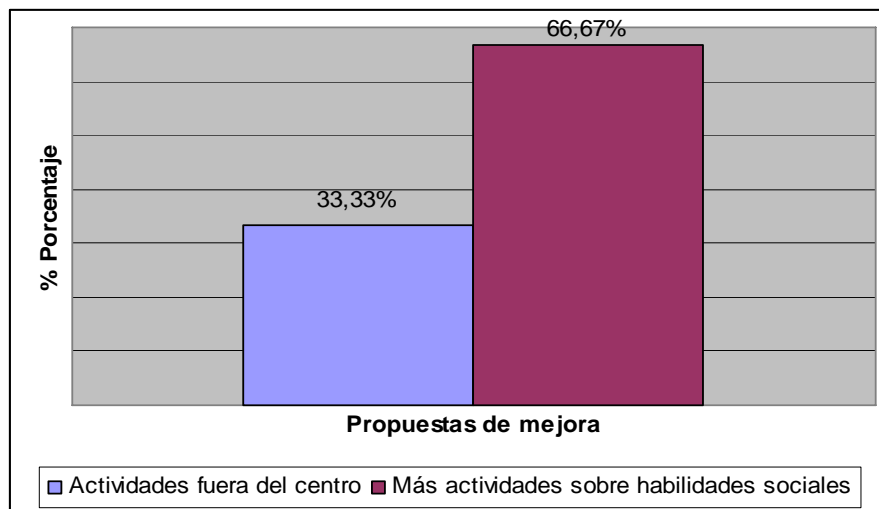
Pregunta 6:

La valoración de las actividades físicas es **6.80**. Los terapeutas piensan que estas actividades se podrían mejorar ofreciendo más alternativas deportivas a los residentes, para fomentar que tengan más constancia en esta estrategia terapéutica.

Pregunta 7:

La valoración de los talleres de habilidades sociales es **6.25**. Los terapeutas, en su mayoría, piensan que esta estrategia metodológica podría mejorar proponiendo más actividades de habilidades sociales (66.67%) y manteniendo una constancia en la realización de las mismas, como puede verse en el gráfico 83.

Gráfico 83. Propuestas de mejora talleres de habilidades sociales. Terapeutas



Si tenemos en cuenta la opinión de un terapeuta, estas actividades deberían ser realizadas a petición de los propios residentes fuera del centro, ya que el programa no siempre puede cubrir las necesidades de todos.

Pregunta 8:

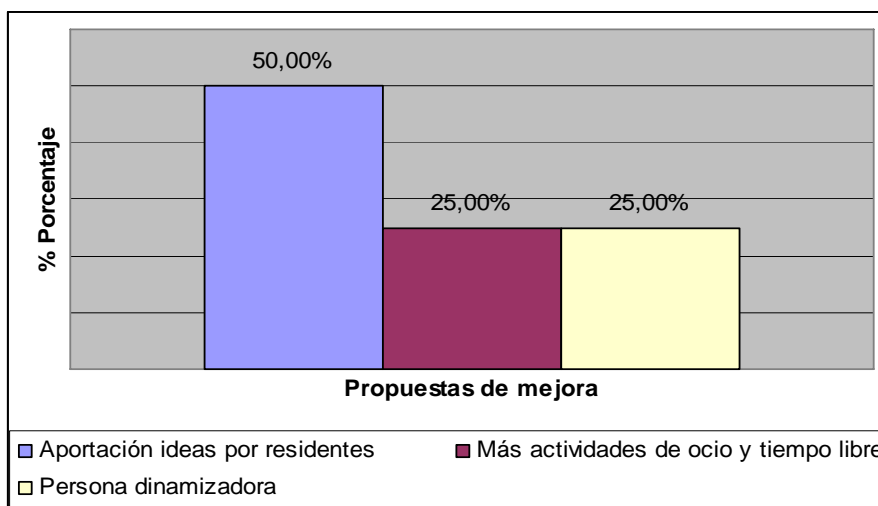
La valoración de la actividad de programar salidas de la C.T. es **7.40**. Todos los terapeutas están de acuerdo en que esta estrategia metodológica podría mejorar si el equipo terapéutico dedicara más tiempo a fomentar la creatividad de los residentes a la hora de programar las salidas de la C.T. Se deberían de proponer otras actividades

diferentes a pasear e ir a tomar el café con la familia que son las que generalmente se proponen en las programaciones.

Pregunta 9:

La valoración de las actividades de ocio y tiempo libre es **7.80**. Los terapeutas piensan que esta estrategia terapéutica podría mejorar, como se muestra en el gráfico 84, de la siguiente manera: los residentes deberían realizar aportaciones proponiendo diversas actividades para realizar en su tiempo libre (50%), para que el equipo terapéutico eligiera las más apropiadas y las que se puedan llevar a cabo. Por su parte, la C.T. debería ofrecer más variedad de este tipo de actividades (25%), para que los residentes puedan elegir las que más les motiven y no tengan que elegir unas determinadas actividades porque no hay alternativas.

Gráfico 84. Propuestas de mejora actividades de ocio y tiempo libre. Terapeutas

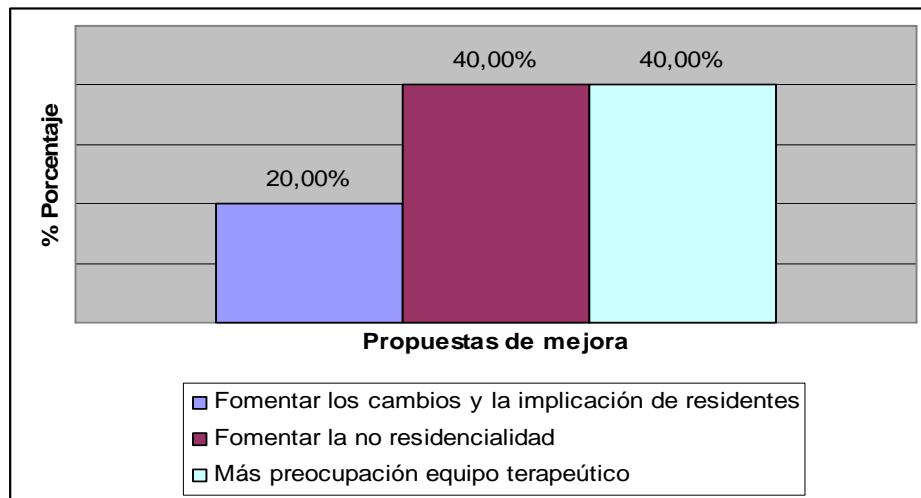


Por último, estas actividades deberían de contar con una persona que las coordine, como por ejemplo, un animador sociocultural que las dinamice y que motive a los residentes a que participen activamente en las mismas, ya que por lo general los residentes asisten a este tipo de actividades pero no se suelen implicar, haciendo simplemente “acto de presencia”.

Pregunta 10:

La valoración del proceso de convivencia en la C.T. es **6.20**. Los terapeutas piensan que el proceso de convivencia podría mejorar, como puede comprobarse en el gráfico 85, fomentando la no-residencialidad (40%), es decir, favoreciendo que los residentes que puedan realicen el programa y las actividades terapéuticas en el centro y que después de terminar puedan ir a sus casas y volver al día siguiente.

Gráfico 85. Propuestas de mejora proceso de convivencia. Terapeutas



El equipo terapéutico debería prestar más atención al proceso de convivencia y supervisar con más regularidad que se cumplan las normas de la C.T., tanto cuando están presentes como cuando no están. Por último, se debería fomentar en los residentes un mayor grado de implicación, para que sean ellos mismos los que regulen el proceso de convivencia, realizando cada cual los cambios necesarios para mejorar y ayudando a los demás a realizarlos.

Pregunta 11:

La valoración de las entrevistas individuales es **8.40**. Todos los terapeutas están de acuerdo en que hay que potenciar esta estrategia pues es muy positiva para el funcionamiento de la C.T. Algunos terapeutas plantean que deberían hacerse más entrevistas personales con los residentes, sin menoscabo del resto de estrategias y actividades terapéuticas.

4.2.8 Valoraciones de la implementación según las familias

Las familias no realizan las estrategias y actividades terapéuticas que se llevan a cabo en la C.T. Por ello, las preguntas realizadas sobre las transacciones del programa se reducen a dos. Estas preguntas hacen referencia a las visitas al centro para el seguimiento del residente y al proceso de convivencia con el resto de personas del programa. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Qué valoración realizas de tu aportación con las visitas al centro y el seguimiento del residente?**

La valoración de las visitas al centro y seguimiento del residente es **8.00**. Las familias puntúan muy alto esta actividad que realizan y no sugieren nada para mejorarla, excepto una persona que señala: *“debería de haber grupos familiares en el propio centro, porque ahora los grupos familiares los tienes que ir a hacer a otro centro que se encuentra en una*

ciudad situada a treinta kilómetros y la gente no suele ir, por falta de tiempo sobre todo” (FAM.ENT.M.67).

Segunda pregunta planteada: **¿Qué valoración realizas de la convivencia de los residentes con el resto de personas de la C.T.?**

La valoración del proceso de convivencia es **6.25**. Las familias opinan que esta estrategia terapéutica podría mejorar de la siguiente manera: fomentando cambios en los residentes (33.33%), de tal manera que se sientan más implicados con el proceso de convivencia, motivando a los residentes para que se muestren tal como son ante los demás y tengan más confianza unos con otros (33.33%). Y por último, el equipo terapéutico debería preocuparse más de organizar el proceso de convivencia (33.33%), para evitar el mayor número de conflictos posibles.

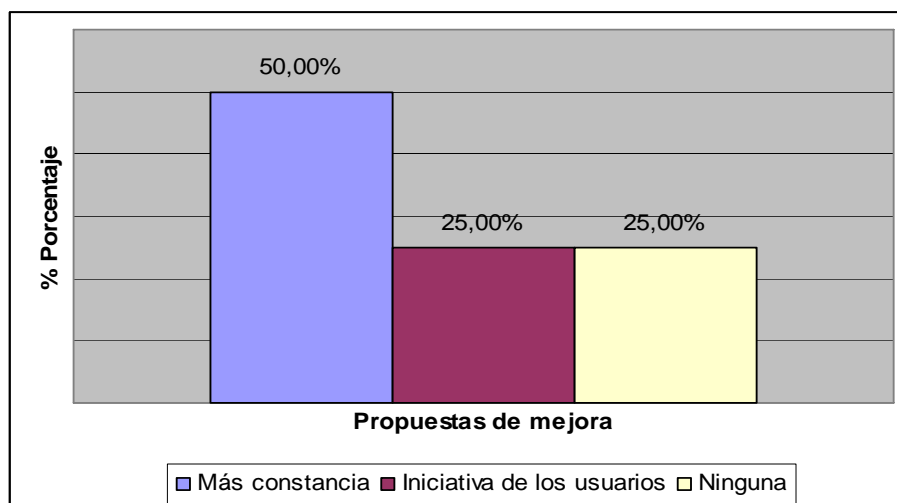
4.2.9 Valoraciones de la implementación según los voluntarios

Los voluntarios no llevan a cabo las estrategias y actividades terapéuticas implementadas en la C.T., excepto la actividad que ellos mismos plantean. Así, las preguntas planteadas hacen referencia a dos aspectos: la actividad realizada como voluntario en la C.T. y el proceso de convivencia con el resto de personas de la C.T. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: **¿Qué valoración realizas de la aportación de tu actividad como voluntario en la C.T.?**

La valoración de la actividad realizada como voluntario es **6**. Los voluntarios han manifestado que la actividad que plantean en la C.T. podría mejorar, como puede verse en el gráfico 86.

Gráfico 86. Propuestas de mejora actividad de voluntario. Voluntarios

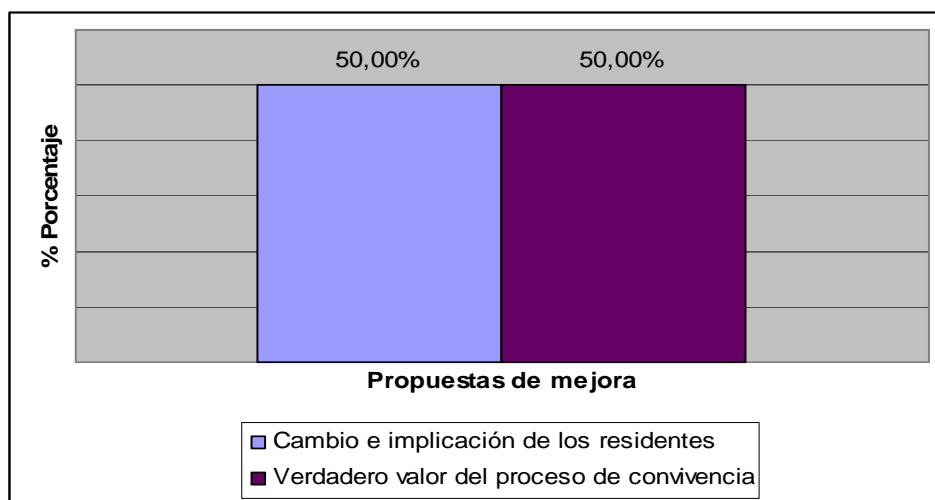


Las propuestas que realizan los voluntarios, para mejorar su actividad, son las siguientes: incrementando la constancia en la actividad por parte de los residentes pues muchos de ellos no asisten a la actividad regularmente (50%), motivando a los residentes para que asistan a la actividad voluntariamente y no porque se sientan obligados por el equipo terapéutico (25%). Por último, algunos voluntarios no realizan ninguna propuesta de mejora pues opinan que su actividad es la adecuada (25%).

La segunda pregunta planteada fue: **¿Qué valoración realizas del proceso de convivencia de los residentes con el resto de personas de la C.T.?**

La valoración de los voluntarios del proceso de convivencia es **7.75**. Han apuntado que el proceso de convivencia en la C.T. podría mejorar, como se muestra en el gráfico 87, de la siguiente manera: motivando a los residentes para que se impliquen más en el proceso de convivencia (50%) y como afirma un testimonio: *“haciendo ver a los residentes el verdadero valor terapéutico que tiene el proceso de convivencia, para poder aprender de los aciertos y errores de los demás”* (VOL.ENT.M.55).

Gráfico 87. Propuestas de mejora proceso de convivencia. Voluntarios



Los voluntarios están satisfechos, en general, con el proceso de convivencia, aunque opinan que los residentes deberían implicarse más en el mismo.

4.2.10 Principales valoraciones de la implementación

Las valoraciones que realizarán las audiencias, de las estrategias y actividades terapéuticas, se pueden sintetizar en la tabla 77, teniendo en cuenta que las familias y los voluntarios solo valoraron las actividades a las que asistieron, como se muestra en dicha tabla.

Tabla 77. Síntesis de las valoraciones de la implementación

Estrategias	Audiencias	Residentes	Terapeutas	Familias	Voluntarios
Grupos de autoayuda		6.83	5.75	*	*
Grupos temáticos		6.16	6.25	*	*
Reunión de la casa		6.66	5.50	*	*
Sectores de trabajo		5.66	6.50	*	*
Seguimiento médico		8.00	7.25	*	*
Actividad física		7.25	6.80	*	*
Taller habilidades sociales		5	6.25	*	*
Programación salidas de la C.T.		7.16	7.40	*	*
Actividades de Ocio y T.L.		9.16	7.80	*	6
Proceso de Convivencia		7.16	6.20	6.25	7.75
Entrevistas individuales		7.83	8.40	*	*

* Las actividades marcadas con asterisco no están planificadas para esa audiencia

A pesar de que las puntuaciones obtenidas por casi todas las estrategias y actividades terapéuticas fueron altas, se preguntó a las audiencias por aquellos aspectos que, en su opinión, podrían mejorar y son los siguientes:

- Para los grupos de autoayuda, los residentes creen que esta estrategia mejoraría fomentando la confianza entre los residentes, para poder hablar libremente, plantear e incentivar a los residentes a hablar de temas realmente importantes y realizar más grupos de autoayuda. Los terapeutas, por su parte, opinan que los grupos de autoayuda se deberían limitar y sustituir por otras actividades específicas, donde se expongan problemas concretos y la manera de resolverlos.

- Los grupos temáticos, según los terapeutas y residentes, deberían de aportar información más variada, plantear la posibilidad de que no se interrumpan las sesiones y proponer temas relacionados con la vida de los residentes. Los terapeutas destacan que estos grupos deberían mantenerse estables a lo largo del tiempo fomentando la constancia y la implicación de los residentes.

- La reunión de la casa, según los residentes y terapeutas, debería estar mejor planificada por el equipo terapéutico para motivar a los residentes a que se impliquen más en estas reuniones y puedan hablar de temas importantes relacionados con el funcionamiento de la casa y los problemas que en ella puedan surgir, principalmente de comportamiento y disciplina.

- Para los sectores de trabajo los residentes necesitan que se les motive y que se sientan útiles y valorados. Además necesitan tener más variedad de sectores y que se les facilite

el aprendizaje de las tareas que se realizan en los mismos. Los terapeutas afirman que estos sectores necesitan más supervisión por el equipo terapéutico, ya que algunos residentes no cumplen las normas y acuerdos de la C.T. favoreciendo el surgimiento de conflictos entre los residentes.

- El seguimiento médico, a pesar de que funciona correctamente, tanto residentes como terapeutas están de acuerdo en que deberían existir mejor coordinación entre la U.T.T. que dispensa la metadona a los residentes y el personal de la C.T., para que hubiera más flujo de información entre los profesionales de ambos centros.

- Las actividades físicas que se organizan en el centro son muy limitadas, según los residentes y terapeutas, y debería de haber una oferta mayor de las mismas. Los residentes destacan que se debería fomentar la asistencia y la participación a este tipo de actividades.

- Las actividades de habilidades sociales, según los residentes, se deberían realizar con más regularidad, dado que algunos ni llegaron a hacerlas. Los terapeutas proponen que estas actividades se podrían realizar fuera de la C.T. Esto se podría proponer en las programaciones de las salidas de la C.T. como opción alternativa, ya que estas programaciones son muy limitadas en cuanto a variedad y opciones.

- Para la programación de las salidas de la C.T., los residentes no proponen mejoras, excepto un residente que apunta la posibilidad de que debería haber más personas para realizar estas salidas. Los terapeutas son más críticos y afirman que deberían trabajar en colaboración con los residentes para potenciar esta actividad proponiendo alternativas más creativas que salir de paseo y tomar el café con los amigos o familia que son las que habitualmente se realizan.

- Las actividades de ocio y tiempo libre son las mejor valoradas por los residentes, por lo que no ofrecen alternativas de mejora, estos se quejan de que hay pocas, ya que estas actividades se suelen realizar fuera del centro, por lo que entonces se hacen menos tareas en el mismo. Los terapeutas están de acuerdo con los residentes y añaden que se debería disponer de una persona dinamizadora para favorecer la participación y no solo la asistencia a las actividades de ocio y tiempo libre.

- El proceso de convivencia según los residentes, familias y voluntarios podría mejorar si hubiera más implicación y confianza por parte de los residentes, esto debería ser planteado por el equipo terapéutico creando grupos específicos para aprender a convivir. Los terapeutas están de acuerdo con los residentes y añaden, la necesidad de fomentar la

no residencialidad para que estos pasen menos tiempo en el centro ya que consideran muy difícil la convivencia en la C.T.

- Para las entrevistas individuales, los residentes proponen que los terapeutas deberían ser más cercanos y realizar un número mayor de entrevistas de menor duración cada una. Los terapeutas opinan que esta estrategia terapéutica es la que mejor se adapta a la C.T. y que debería haber más entrevistas individuales de las que hay en la actualidad.

- Las familias realizan visitas al centro y el seguimiento del residente y valoran muy alto su aportación a la C.T. Un familiar destaca que debería de haber grupos familiares en el mismo centro donde el residente realiza la C.T. Por su parte, los voluntarios están satisfechos con la actividad que realizan en el centro, aunque señalan que podría mejorar si los residentes fueran más constantes en la asistencia a las actividades y si las realizasen voluntariamente, y no porque los obliguen las normas del programa.

4.2.11 Resultados del programa según los residentes

Los resultados obtenidos en este apartado pertenecen a dos muestras diferentes, como puede verse en el “plan de la investigación” (ver capítulo 3), que especificamos a modo de recordatorio:

1.- Respecto a la muestra A, el número total de sujetos que realizaron el proceso de C.T. y con los que se hicieron los análisis de datos fueron 46.

2.- La muestra B, la componen los residentes que estaban en la C.T. al iniciar la recogida de información según el modelo de Stake. El número de residentes que iniciaron el programa fueron 13. Los que realizaron todo el proceso de C.T. y que utilizamos para realizar este análisis de los resultados realmente conseguidos fueron 6. A continuación exponemos los resultados obtenidos de las dos muestras, ofreciendo siempre en primer lugar los resultados de la muestra A y posteriormente los de la B.

4.2.11.1 Resultados según los residentes de la muestra A

Los resultados obtenidos del análisis de esta muestra van dirigidos a comprobar si el programa de C.T. cumple los objetivos para los que fue diseñado. Por tanto, las variables aquí analizadas están organizadas, al igual que los objetivos del programa, en tres áreas: personal, de salud y socio-laboral. La técnica utilizada para recoger la información referente a dichas áreas consta de un cuestionario estructurado (ver anexo IV) del cual se especifica su elaboración en el cap.3 (apartado 3.2.3.4.).

Los análisis que se van a realizar son dos:

- 1.- Descriptivo, en donde se analiza cada variable obteniendo las frecuencia y los porcentajes de las mismas.
- 2.- Diferencial, en donde a través de tablas de contingencia se cruzan las variables de clasificación: sexo, situación laboral y droga principal de abuso antes de empezar el programa, con las variables de información: consumo actual de drogas ilegales, consumo de alcohol por semana y consumo de alcohol fin de semana.

4.2.11.1.1 Análisis descriptivo

A continuación se expone el **análisis descriptivo** de las variables, cuyos resultados son los siguientes:

1.- Frecuencia actual de consumo de drogas ilegales

La heroína es consumida por 2 sujetos (4.3%); 1 “cada 6 meses”, y 1 semanalmente. La cocaína es consumida por 5 sujetos (10.87%); 1 diariamente; 1 semanalmente; 2 mensualmente, y 1 “cada 6 meses”. El hachís es consumido por 5 sujetos (10.87%); 1 diariamente; 4 semanalmente, y 1 mensualmente. El resto de los sujetos, 34 en total (73.91%), no consumen ni éstas ni otras drogas ilegales.

2.- Rechazo de invitación a consumir drogas ilegales

El 45.7% de los sujetos aproximadamente, como puede comprobarse en la tabla 78, aseguran que “nunca” tuvieron que rechazar una invitación a consumir drogas ilegales; 14 sujetos (30.4%) rechazan una invitación “cada 6 meses”; 9 la rechazan mensualmente, y 2 la rechazan semanalmente.

Tabla 78. Rechazo de invitación a consumir drogas

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	21	45,7
	Cada 6 meses	14	30,4
	Mensual	9	19,6
	Semanal	2	4,3
	Total	46	100,0

3.- Consumo de alcohol

El 54.3% de los sujetos, como puede verse en la tabla 79, no consumen alcohol “nunca”; el 8.7% “cada 6 meses”; el 6.5% mensualmente; el 17.4% semanalmente, y el 13% a diario. Respecto al consumo de alcohol de lunes a jueves, 37 sujetos (80.4%)

dicen no consumir nada; 8 sujetos (17.3%) de 1 a 3 U.BE²⁶, y 1 sujeto (2.2%) de 4 a 6 U.BE. Los fines de semana cambia el consumo de alcohol, así tenemos que: 29 sujetos (63%) no consumen nada; 9 sujetos (19.6%) de 1 a 3 U.BE; 4 sujetos (8.7%) de 4 a 6 U.BE; 2 sujetos (4.3%) de 7 a 9 U.BE, y 2 sujetos (4.3%) más de 10 U.BE.

Tabla 79. Consumo actual de alcohol

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	25	54,3
	Cada 6 meses	4	8,7
	Mensual	3	6,5
	Semanal	8	17,4
	Diario	6	13,0
	Total	46	100,0

4.- Problemas producidos por el alcohol con respecto al trabajo

La mayoría de los sujetos no tienen problemas con el alcohol con respecto al trabajo, de tal manera que 44 sujetos (95.7%) afirman que el alcohol “nunca” les produjo problemas en el trabajo; 1 sujeto (2.2%) asegura que “casi nunca”, y 1 comenta que “algunas veces”.

5.- Problemas producidos por el alcohol con respecto a las relaciones familiares

En esta variable sucede algo similar a lo mostrado en la anterior. Así, tenemos que: 43 sujetos (93.5%) no tuvieron “nunca” problemas con el alcohol y las relaciones familiares; 2 sujetos (4.3%) “algunas veces”, y 1 sujeto (2.2%) “siempre”.

6.- Problemas producidos por el alcohol con respecto a las relaciones con los amigos

Los sujetos entrevistados han afirmado que el alcohol, generalmente, no les ha causado problemas en las relaciones con los amigos. Así, 43 sujetos (93.5%) “nunca” tuvieron problemas; 1 sujeto (2.2%) “casi nunca”; 1 “algunas veces”, y 1 “casi siempre”.

7.- Atención personal a las cuestiones judiciales

La mayoría de los sujetos, como puede comprobarse en la tabla 80, afirman que “siempre” atienden personalmente las cuestiones judiciales que tienen pendientes, 3 sujetos (6.5%) “casi siempre”; 2 sujetos (4.3%) “algunas veces”, y 4 sujetos (8.7%) “nunca”.

²⁶ 1 U.BE es igual a 10 gramos de alcohol que corresponde con: una caña de cerveza, o un vaso de vino, o un vaso de champagne, o ½ botella de sidra, o un vaso de vermouth, o un vaso de licor o ½ vaso de aguardiente, entre otros. Las bebidas combinadas tendrían 2 U.BE, como por ejemplo el “cubalibre”.

Tabla 80. Atención a las cuestiones judiciales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	4	8,7
	Algunas veces	2	4,3
	Casi siempre	3	6,5
	Siempre	37	80,4
	Total	46	100,0

8.- Conflictos en las relaciones interpersonales

Sólo 2 casos, excepcionalmente, aseguran tener conflictos interpersonales a diario y más de una vez por semana respectivamente. Además, 2 sujetos (4.3%) afirman tener conflictos interpersonales mensualmente, y los 42 sujetos (91.3%) restantes dicen tener conflictos menos de una vez al mes.

9.- Sentimiento de adaptación al lugar de residente

Como puede verse en la tabla 81, los sujetos, en general, se sienten en armonía y adaptados al lugar donde viven, aunque hay 10 sujetos (21.7%) que dicen estar poco adaptados; 1 sujeto “casi nada”, y 2 “nada”.

Tabla 81. Adaptación lugar residencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nada	2	4,3
	Casi nada	1	2,2
	Poco	10	21,7
	Bastante	19	41,3
	Totalmente	14	30,4
	Total	46	100,0

10.- Comunicación de sentimientos a familia a amigos íntimos

La comunicación de sentimientos es una cuestión difícil para este colectivo. No obstante, como puede verse en la tabla 82, hay 26 sujetos (56.5%) que pueden expresar sus sentimientos con facilidad. También hay 14 sujetos (30.4%) que sólo lo pueden hacer “algunas veces”; 4 “casi nunca”, y 1 “nunca”.

Tabla 82. Comunicación de sentimientos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	2	4,3
	Casi nunca	4	8,7
	Algunas veces	14	30,4
	Casi siempre	13	28,3
	Siempre	13	28,3
	Total	46	100,0

11.- Exposición de los problemas personales con tu familia y/o amigos íntimos

Aunque este colectivo no suele hablar de sus problemas personales tenemos que, como se muestra en la tabla 83, el 34.8% lo pueden hacer con relativa naturalidad y 13 sujetos (28.3%) “algunas veces”, solamente 4 sujetos lo hacen “casi nunca” y 2 sujetos “nunca”.

Tabla 83. Comunicación de problemas personales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	2	4,3
	Casi nunca	4	8,7
	Algunas veces	13	28,3
	Casi siempre	11	23,9
	Siempre	16	34,8
	Total	46	100,0

12.- Control de las emociones ante situaciones afectivas intensas

Sólo 6 sujetos (13%) manifiestan que pueden controlar sus emociones en situaciones afectivas intensas, como puede verse en la tabla 84. Sin embargo, 6 sujetos no lo pueden hacer “nunca” o “casi nunca”. Además, 17 (37%) sujetos afirman que pueden hacerlo “casi siempre”, y 17 “algunas veces”.

Tabla 84. Control de las emociones

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	1	2,2
	Casi nunca	5	10,9
	Algunas veces	17	37,0
	Casi siempre	17	37,0
	Siempre	6	13,0
	Total	46	100,0

Cabe destacar que este colectivo antes de realizar el programa era prácticamente imposible que controlase sus emociones en cualquier situación.

13.- Conocimiento de aspectos personales a mejorar

Como puede verse en la tabla 85, “casi todos” los sujetos, excepto 1, conocen algún aspecto personal que podría mejorar. La mayoría de los sujetos, 27 (58.7%), aseguran conocer “algunos”; 13 (28.3%) “casi todos”, y sólo 5 sujetos (10.9%) afirman conocerlos “todos”. Este es un avance importante para este colectivo que no solía reflexionar, mínimamente, sobre estos aspectos.

Tabla 85. Conocimiento de aspectos personales a mejorar

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	1	2,2
	Algunos	27	58,7
	Casi todos	13	28,3
	Todos	5	10,9
	Total	46	100,0

14.- Capacidad para reconocer recursos positivos que podrían potenciar

La mitad de los sujetos, como se muestra en la tabla 86, aseguran conocer “casi todos” sus recursos más positivos para utilizarlos en su beneficio. Sólo 4 sujetos (8.7%) afirman conocer “todos” sus recursos.

Tabla 86. Conocimiento de recursos positivos a potenciar

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casi ninguno	1	2,2
	Algunos	18	39,1
	Casi todos	23	50,0
	Todos	4	8,7
	Total	46	100,0

Sin embargo, hay 18 sujetos (39.1%) que sólo conocen “algunos recursos” y 1 solo sujeto manifiesta no reconocer, en sí mismo, ningún recurso positivo que pueda utilizar para mejorar. Cabe destacar, que este colectivo es especialmente difícil que reconozca que tienen aspectos positivos que pueden ser útiles para utilizarlos en la vida diaria.

15.- Capacidad de plantearse objetivos o metas a corto y largo plazo

El mayor porcentaje de sujetos, como puede comprobarse en la tabla 87, afirman plantearse objetivos a corto plazo “casi siempre”, 13 sujetos (28.3%) se los plantean “algunas veces”; 11 sujetos (23.9%) “siempre”; 2 “nunca” y 1 “casi nunca”. Objetivos a largo plazo se los plantean 36 sujetos (78.3%) y los 10 restantes (21.7%) no se los plantean. Este colectivo, generalmente, no se planteaba ningún objetivo ni a corto, ni a largo plazo. Su principal preocupación era conseguir dinero para una dosis de droga (cocaína o heroína).

Tabla 87. Planteamiento de objetivos a corto plazo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	2	4,3
	Casi nunca	1	2,2
	Algunas veces	13	28,3
	Casi siempre	19	41,3
	Siempre	11	23,9
	Total	46	100,0

16.- Capacidad de pedir ayuda cuando tienes dificultades, o no puedes conseguir algo

Como puede verse en la tabla 88, 14 sujetos (30.4%) piden ayuda “algunas veces”; 13 sujetos (28.3%) “casi siempre”; 12 (26.1%) “casi nunca”, y 2 (4.3%) “nunca”. Solamente 5 sujetos (10.9%) piden ayuda “siempre”.

Tabla 88. Petición de ayuda ante dificultades

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	2	4,3
	Casi nunca	12	26,1
	Algunas veces	14	30,4
	Casi siempre	13	28,3
	Siempre	5	10,9
	Total	46	100,0

Hay pocos sujetos de este colectivo que se dejen ayudar. Esto es una de las cosas que más esfuerzo les cuesta, pues creen que si piden ayuda son débiles y se sienten más vulnerables. Cuando estaban en la calle siempre “se lo hacían solos”, “se buscaban la vida solos” y depender de alguien era lo último.

17.- Nivel de satisfacción general con lo aportado por el programa al área personal

La puntuación media de 0 a 10, según los sujetos es de **8.17**, siendo la puntuación mínima de 5 y la máxima de 10. La moda es 8, con 24 sujetos (52.2%) que otorgaron esta puntuación.

18.- Se preguntó a los sujetos: ¿Qué te gustaría que hubiese tenido el programa en relación a los aspectos del área personal que no tenía?

Como se muestra en el gráfico 88, la respuesta que más se repite, con un (47.17%) es “nada”, lo que quiere decir que casi la mitad de los sujetos están satisfechos con el programa tal y como está. Sin embargo, otras respuestas hacen referencia a aspectos a mejorar, como por ejemplo:

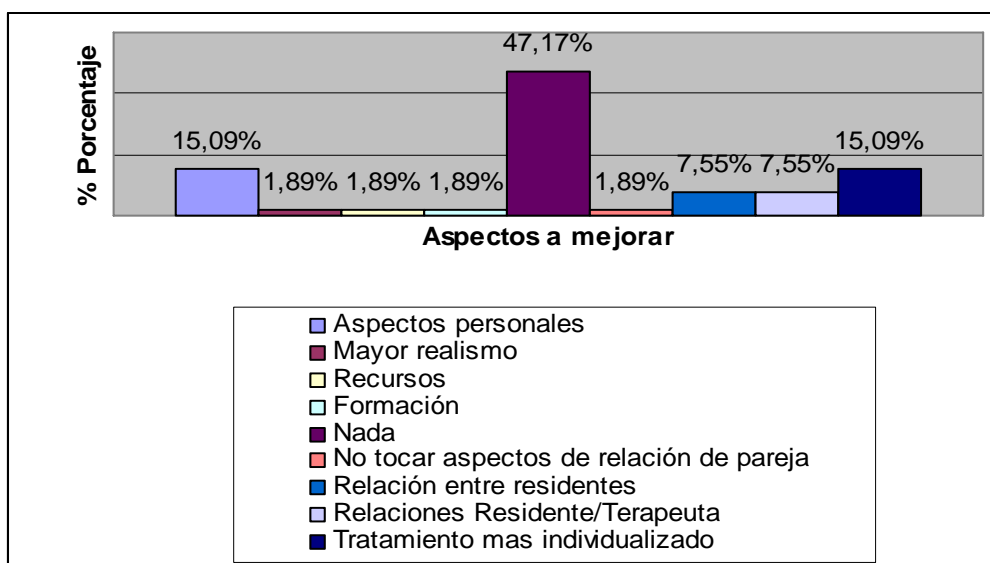
- “Aspectos personales”.- 8 residentes (15.09%) hacen referencia a que en el programa debería trabajarse más el área personal con mayor profundización, terapia afectiva, amnemesis, grupos dinámicos, etc.

- “Tratamiento más individualizado”.- 8 residentes (15.09%) piensan que el programa debería ser más individualizado y adaptarse más a las características de cada persona.

- “Relaciones entre los residentes”.- 8 residentes (7.55%) creen que el programa debería favorecer mas adecuadas relaciones entre ellos, pues a largo del día siempre se producen numerosos conflictos que generan mal ambiente en el centro.

- “Relación residente/terapeuta”.- 8 residentes (7.55%) creen que la relación entre ellos y los terapeutas debería ser mejorar, sobre todo en todo lo referente a la atención que se les presta pues creen que es insuficiente.

Gráfico 88. Aspectos a mejorar respecto al área personal



- Otros aspectos que se mencionan puntualmente son: “mayor realismo del programa”, (se refieren a que esté más vinculado con la vida fuera de la C.T.), “más recursos” (tanto materiales como humanos), “más formación de los terapeutas” (hay residentes que piensan que los terapeutas no tienen suficiente formación), y “no tocar aspectos relacionados con la pareja”.

19.- Hábitos de salud

Las horas de sueño son respetadas “siempre” por 20 sujetos (43.5%) y “casi siempre” por 15 (32.6%); por lo que podemos afirmar que, en general, se cumplen las horas de sueño, aunque hay 6 sujetos (13.0%) que sólo las cumplen “algunas veces”; 3 (6.5%) “casi nunca”, y 2 (4.3%) “nunca”.

Las pautas de higiene desarrolladas en el programa son seguidas “siempre” por 41 sujetos (89.1%), y “casi siempre” por 4 sujetos (8.7%). Solamente 1 sujeto dice que “nunca” sigue las pautas de higiene, por lo que la mayoría de los sujetos han interiorizado este hábito.

La disciplina en las pautas de alimentación es seguida “siempre” por 27 sujetos (58.7%), y “casi siempre” por 5 sujetos (10.9%). Esto significa que algo más de la mitad de los sujetos adquirieron este hábito. No obstante, hay 7 sujetos (15.2%) que sólo la siguen “algunas veces”; 3 (6.5%) “casi nunca”, y 4 (8.7%) “nunca”.

Las pautas de medicación sólo las tienen que seguir 41 sujetos, de los 46 de la muestra. De los sujetos que tienen que seguir la medicación lo hacen “siempre” 38 sujetos (92.7%) y 3 (7.3%) “casi siempre”, por lo que podemos decir que este hábito se sigue correctamente por todos los sujetos.

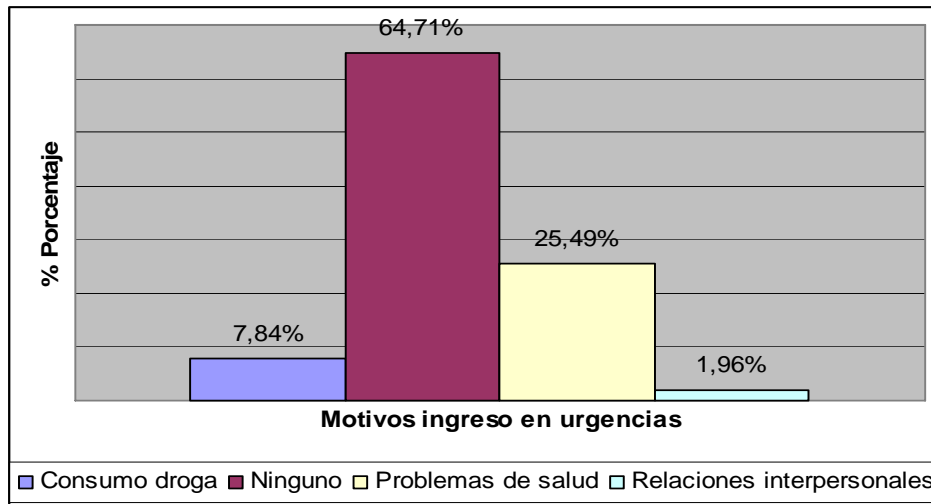
El deporte (o actividad física) es realizada por 20 sujetos (43.5%) “menos de una vez al mes”; 2 sujetos (4.3%) la realizan “una vez al mes”; 8 sujetos (17.4%) “una vez por semana”; 8 más de “una vez por semana”, y 8 sujetos “a diario”. El hábito de hacer deporte se pierde más fácilmente que los anteriores y gran parte de los sujetos no siguen practicándolo después de dejar la C.T.

Los servicios sanitarios son utilizados “siempre” que es necesario por 33 sujetos (71.7%); 9 sujetos (19.6%) los utilizan “casi siempre”; 3 sujetos (6.5%) “algunas veces”, y 1 “casi nunca”. Por tanto, los servicios sanitarios, si se necesitan, son utilizados por la mayoría de los sujetos, como la hacían cuando estaban en la C.T.

20.- Ingresos en urgencias

De los 46 sujetos de la muestra, como puede verse en el gráfico 88, 33 (64.71%) no tuvieron que ingresar en urgencias después de terminar el programa.

Gráfico 89. Motivos para ingresar en urgencias después de terminar el programa



Por problemas de salud estuvieron en urgencias 13 sujetos (25.49%), algunos de los motivos explicitados fueron: “Hernia hinginal”, “desintoxicación de metadona”, “aborto”, “descompensación de la metadona”, etc. Además, 4 usuarios (7.84%) ingresaron por consumo abusivo de drogas (“sobredosis”), y uno por problemas personales (“pelea”).

21.- Nivel de satisfacción general con lo aportado por el programa al área de salud

La puntuación media de 0 a 10, según los sujetos es de **8.00**, siendo la puntuación mínima de 1 y la máxima de 10. La moda es 8, con 14 sujetos (30.4%) que dieron esta puntuación.

22.- Se preguntó a los sujetos: ¿Qué te gustaría que hubiese tenido el programa en relación a los aspectos del área de salud que no tenía?

Como muestra el gráfico 109, la respuesta que más se repite, con un (68 %) es “nada”, lo que quiere decir que más de la mitad de los sujetos están satisfechos con el programa tal y como está. Sin embargo, otras respuestas hacen referencia a aspectos a mejorar, como por ejemplo:

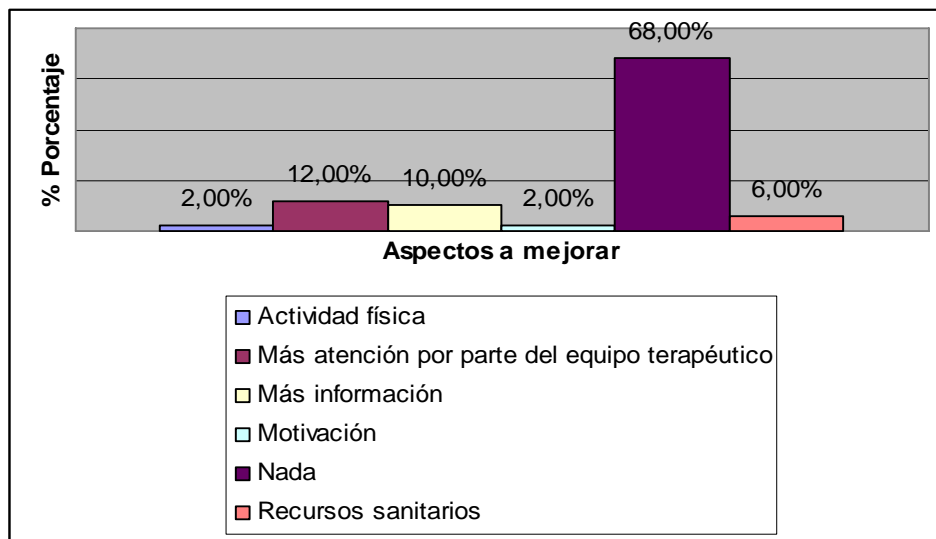
- “Más atención por parte del equipo terapéutico”.- 6 residentes opinan que los terapeutas no se preocupan como deberían de su estado de salud y a veces quitan importancia a dolencias y enfermedades de los residentes.

- “Más información”.- 5 residentes creen que el programa debería aportar más información sobre las cuestiones de salud relacionadas con las toxicomanías, puesto que

algunos residentes desconocen las consecuencias y los tratamientos de algunas enfermedades que tienen.

- Otros aspectos a mejorar serían: “recursos sanitarios”, 3 residentes piensan que la C.T. debería tener más recursos propios para no depender tanto del Centro de Salud de la zona. Un residente cree que debería haber más actividades deportivas y otro que el programa debería motivar más a los residentes para que sean responsables de su estado de salud.

Gráfico 90. Aspectos a mejorar respecto al área de salud



23.- Consumo de drogas ilegales de la persona/s con quien convives

De los 46 sujetos de la muestra, 42 (91.3%) dicen que la/s persona/s con quien conviven no consumen drogas ilegales “nunca”. Solamente 2 sujetos (4.3%) conviven con personas que consumen drogas ilegales “algunas veces”; 1 convive con personas que consumen “casi siempre”, y 1 convive con personas que consumen “siempre” drogas ilegales.

24.- Relación con la/s persona/s que convives

Solamente 1 sujeto de la muestra vive sólo, como puede comprobarse en la tabla 89, 18 sujetos (39.1%) afirman que la relación con las personas que conviven es “muy buena”, y 19 (41.3%) “buena”. Solamente 8 sujetos (17.4%) aseguran que su relación es “regular”. Ningún sujeto piensa que su relación con la persona que convive es “mala” o “muy mala”, por lo que podemos destacar que en este aspecto ha habido una mejora importante.

Tabla 89. Relación persona/s convivies

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Regular	8	17,4
	Buena	19	41,3
	Muy buena	18	39,1
	Vive solo	1	2,2
	Total	46	100,0

25.- Relación con familiares próximos

Los sujetos que dicen tener una relación “muy buena” y “buena” con sus familiares, suman un total de 32 (69.6%), como se muestra en la tabla 90, sólo 12 sujetos (26.1%) dicen que la relación con sus familiares es “regular” y 2 “mala”.

Tabla 90. Relación con los familiares próximos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mala	2	4,3
	Regular	12	26,1
	Buena	20	43,5
	Muy buena	12	26,1
	Total	46	100,0

Este resultado es muy positivo si tenemos en cuenta que generalmente estos sujetos antes de empezar el programa no tienen relación con sus familiares.

26.- Amigos que no consumen drogas ilegales

Todos los sujetos, excepto 4, dicen que tienen amigos que no consumen drogas ilegales, lo que corresponde con un 91.3% del total. La media de amigos, de los sujetos que dicen tenerlos, los cuales no consumen drogas ilegales es aproximadamente 4, aunque hay sujetos que sólo tienen uno y otros que aseguran que se pueden relacionar con 15 personas que no consumen drogas ilegales.

27.- Relación con personas que consumen drogas ilegales

Como puede verse en la tabla 91, el 32.6% de los sujetos dicen no relacionarse “nunca” con personas que consumen drogas ilegales. De los restantes sujetos 7 dicen que no se relacionan (15.2%) “casi nunca”; 14 (30.4%) “algunas veces”; 4 (8.7%) “casi siempre”, y 6 (13.0%) “siempre”. Para estos sujetos que llevan muchos años relacionándose con personas vinculadas al mundo de la droga es muy difícil cortar las relaciones con todos los conocidos del pasado y buscar nuevas amistades.

Tabla 91. Relación con personas que consumen drogas ilegales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	15	32,6
	Casi nunca	7	15,2
	Algunas veces	14	30,4
	Casi siempre	4	8,7
	Siempre	6	13,0
	Total	46	100,0

28.- Organización planificada del tiempo libre

Sólo 5 sujetos (10.9%) organizan planificadamente su tiempo “siempre” y otros 5 “casi siempre”. El resto se agrupan de la siguiente manera: 19 sujetos (41.3%) “algunas veces”; 6 (13.0%) “casi nunca”, y 11 (23.9%) “nunca”.

Los sujetos organizan su tiempo libre en torno a las siguientes actividades:

- Deportivas.- La mitad de los sujetos realizan este tipo de actividades “menos de una vez al mes”; “1 vez al mes” 5 sujetos (10.9%); “1 vez a la semana” 10 sujetos (21.7%); “más de una vez a la semana” 7 sujetos (15.2%), y 1 sujeto “a diario”.

- Culturales.- 22 sujetos (47.8%) realizan este tipo de actividades “menos de una vez al mes”; 8 sujetos (17.4%) “una vez al mes”; 6 sujetos (13.0%) “una vez a la semana”, y 6 “más de una vez a la semana”, por último; 4 sujetos (8.7%) las realizan “a diario”.

- De voluntariado.- 39 sujetos (84.9%) realizan estas actividades “menos de una vez al mes”; 2 sujetos (4.3%) “una vez al mes”; 1 sujeto “una vez a la semana”; 2 sujetos “más de una vez a la semana”, y otros 2 sujetos “a diario”.

- Políticas.- Solamente 1 sujeto realiza estas actividades “una vez por semana”, los 45 restantes realizan estas actividades “menos de una vez al mes”, pues no muestran interés en ninguna actividad que tenga que ver con la política.

- Salir con los amigos.- 11 sujetos (23.9%) realizan estas actividades “menos de una vez al mes”; 10 sujetos (21.7%) “una vez al mes”; 18 sujetos (39.1%) “una vez a la semana” que generalmente suele corresponder con el fin de semana; 3 sujetos (6.5%) “más de una vez a la semana”, y 4 sujetos (8.7%) “a diario”.

- Salir de fiesta.- 34 sujetos (73.9%) realizan esta actividad “menos de una vez al mes”; 5 sujetos (10.9%) “una vez al mes”, y 7 sujetos (15.2%) “una vez a la semana”. Estas

personas tienen asociado salir de fiesta con el descontrol y el consumo, por eso procuran evitarlo lo más posible.

29.- Situación laboral actual

En la actualidad 33 sujetos (71.7%) están en paro y 13 (28.3%) están trabajando con contrato. La satisfacción general con el empleo es la siguiente: 3 sujetos (23.1%) afirman que es “muy buena”; 9 sujetos (69.2%) “buena”, y sólo 1 sujeto (7.7%) dice que es “mala”. Por tanto, tenemos que el 92.3% de los sujetos están satisfechos con el trabajo que realizan. Además, 4 sujetos (30.8%) mantienen el trabajo que tenían antes de empezar el programa, y 9 sujetos (69.2%) lo perdieron. Por último, cabe destacar que todos los sujetos asisten regularmente al trabajo.

30.- Búsqueda de empleo activamente

De los 33 sujetos que están en paro, 17 sujetos (51.5%) no buscan empleo activamente “ningún día”; 2 sujetos (6.1%) “pocos días”; 5 sujetos (15.2%) “algunos días”; 4 sujetos (12.1%) “casi todos los días”, y 5 sujetos (15.2%) “todos los días”.

31.- Fuente principal de ingresos

Como puede verse en la tabla 92, la fuente principal de ingresos de los sujetos es variada. Destacan las siguientes: “la familia”, para 17 sujetos (37.0%); “la pensión”, para 14 sujetos (30.4%); “el paro”, para 1 sujeto; “el trabajo” para 13 sujetos (28.3%). Por último, un sujeto eligió la categoría “otros”, pues su fuente principal de ingresos son trabajos esporádicos.

Tabla 92. Fuente principal de ingresos

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	La familia	17	37,0
	Pensión	14	30,4
	Paro	1	2,2
	Trabajo	13	28,3
	Otros	1	2,2
	Total	46	100,0

32.- Administración del dinero

El 56.5% de los sujetos, como puede verse en la tabla 93, afirman que administran su dinero “muy bien” o “bien”, el resto de los sujetos, es decir, 20 (43.5%) lo administran “regular”, “mal” y “muy mal”.

Tabla 93. Administración del dinero

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy mal	1	2,2
	Mal	4	8,7
	Regular	15	32,6
	Bien	20	43,5
	Muy bien	6	13,0
	Total	46	100,0

El administrar bien el dinero es un aspecto muy difícil para este colectivo que está acostumbrado a vivir al día y gastar al momento todo lo que tiene. No obstante, después de realizar el programa la mayoría han experimentado notables mejoras en cuanto a esta cuestión.

33.- Nivel de satisfacción general con lo aportado por el programa al área socio-laboral.

La puntuación media de 0 a 10, según los sujetos es de **7.06**, siendo la puntuación mínima de 1 y la máxima de 10. La moda es 9, con 10 sujetos (22.2%) que dieron esta puntuación.

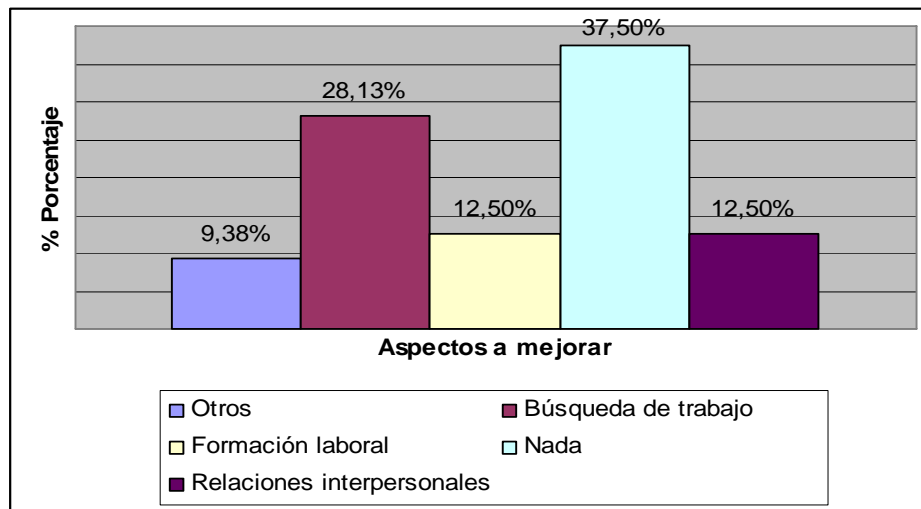
34.- Se preguntó a los sujetos: ¿Qué te gustaría que hubiese tenido el programa en relación a los aspectos del área de socio-laboral que no tenía?

La respuesta que más se repite, como puede comprobarse en el gráfico 91, es “nada” (37.5%), lo que quiere decir que más de un tercio de los sujetos están satisfechos con lo aportado por el programa, en relación al área socio-laboral. Sin embargo, hay otras respuestas que van dirigidas a aspectos que se podrían mejorar en el área socio-laboral, y son las siguientes:

- “Búsqueda de trabajo”.- 18 residentes (28.13%) contestaron que el programa debería trabajar más este aspecto. Y dan respuestas como: “más ayuda a la hora de buscar trabajo”, “más trabajo de inserción laboral”, “más seguimiento a los residentes después de encontrar trabajo”, “más autonomía y facilidad para desarrollar un trabajo fuera del centro” y “más información sobre aspectos relacionados con el trabajo”, entre otras.

- “Formación laboral”.- 8 residentes (12.50%) señalaron la necesidad de trabajar más este aspecto, con respuestas como: “formación laboral práctica”. Los residentes destacan la necesidad de realizar actividades prácticas relacionadas con empleos concretos.

Gráfico 91. Aspectos a mejorar respecto al Área Socio-laboral



- “Relaciones interpersonales”.- 8 residentes (12.50%) destacan la importancia de mejorar este aspecto con respuestas como: “más actividades sobre habilidades sociales”, ya que piensan que en la C.T. se trabajan poco las cuestiones relacionadas con las relaciones personales.

- Por último, en la categoría “otros”, agrupamos respuestas como: “más tiempo para poder descansar (desconectar) del programa”, “más individualización en cuanto al trabajo de inserción laboral”, “menos confusión en el planteamiento de las actividades de inserción laboral”, “más actividades para buscar alternativas de ocio y tiempo libre” y “mejor planteamiento sobre los aspectos relacionados con la familia”.

35.- Satisfacción personal con los servicios prestados por el programa y la atención recibida por el equipo terapéutico

La puntuación media de 0 a 10, según los sujetos es de **8.82**, siendo la puntuación mínima de 5 y la máxima de 10. La moda es 9, con 17 sujetos (37.0%) que dieron esta puntuación.

A modo de conclusión podemos afirmar que los resultados obtenidos en este análisis son muy positivos y justifican el logro de los objetivos por parte de la C.T. en todas las áreas de intervención. No obstante podemos destacar los resultados más relevantes que son los siguientes:

- La gran disminución en el consumo de drogas ilegales y alcohol por parte de la mayoría de los sujetos que procuran alejarse de las personas que consumen drogas ilegales. Por ello, los sujetos rehabilitados no suelen tener problemas por causas del alcohol, ni en el trabajo, ni en las relaciones familiares, ni con los amigos.

- La mayoría de los sujetos se sienten en armonía con el contexto donde residen y solo dos personas afirman tener conflictos interpersonales a diario, o más de una vez por semana. Además la mitad de los sujetos, aproximadamente, mejoró su control de las emociones pudiendo hablar de sus sentimientos y problemas personales con la familia y/o amigos íntimos.

- El proceso de aprendizaje en la C.T. les es útil para: conocer aspectos a mejorar, conocer los recursos positivos que pueden potenciar, pedir ayuda cuando tienen dificultades y plantearse objetivos o metas a corto y largo plazo. Por ello, el nivel de satisfacción con el área personal es muy alto, no obstante algunos residentes opinan que debería mejorar la relación entre los residentes, el tratamiento para que fuese más individualizado y la relación residente/terapeuta.

- Los hábitos de salud mejoraron notablemente en todo lo referente a las pautas de descanso, los hábitos de higiene, el protocolo de medicación, la dieta, la utilización de los servicios sanitarios y la realización de actividad física. Los sujetos valoran positivamente lo aportado por el programa al área de la salud y como aspectos a mejorar señalan la necesidad de más atención por el equipo terapéutico y más información sobre aspectos relacionados con la salud.

- En cuanto a las relaciones con las personas que más interaccionan, la mayoría dicen tener buena relación y procuran no relacionarse con personas que consumen drogas ilegales. El tiempo libre lo suelen pasar con los amigos realizando actividades deportivas, culturales o saliendo a pasear.

- La situación laboral de los sujetos no es la mejor, ya que muchos de ellos están al paro, los que trabajan afirman que están contentos con el empleo que tienen. La fuente principal de ingresos suele ser la familia, la pensión y el trabajo, la mitad aproximadamente dicen que administran correctamente su dinero. La satisfacción de los sujetos con lo aportado por la C.T. al área socio-laboral es alta y afirman que el programa debería mejorar ayudando mas a la búsqueda de empleo y ofreciendo alternativas de formación laboral.

- Por último, los sujetos valoran positivamente los servicios ofrecidos por el programa en general y la atención prestada por el equipo terapéutico.

4.2.11.1.2 Análisis diferencial

En este análisis se buscaban inferencias relacionales significativas, para el coeficiente chi-cuadrado pero, como se especifica en el capítulo 3 (apartado 3.2.3.5.1), no se pudieron realizar. Sin embargo, se realizan cruces de variables mediante tablas de contingencia donde se obtienen datos relevantes para el estudio.

Las variables elegidas para realizar los cruces son: “sexo”, “situación laboral” y “droga principal de abuso antes de empezar el programa”. Cada una de estas variables se cruza con el “consumo actual de drogas ilegales”, el “consumo de alcohol por semana” y el “consumo de alcohol el fin de semana”.

La elección de la variable “sexo” atiende a la necesidad de conocer las diferencias por sexo en el consumo de drogas ilegales y alcohol. La “situación laboral” es considerada por los especialistas en toxicomanías como un determinante del consumo tanto de drogas ilegales como de alcohol. La “droga principal de abuso antes de empezar el programa” condiciona el estilo de vida de los toxicómanos y el consumo futuro de drogas ilegales o alcohol.

En cuanto al **análisis diferencial** de las variables, al realizar el cruce de la variable “sexo” con el “consumo de drogas ilegales”, “consumo de alcohol de lunes a viernes” y “consumo de alcohol el fin de semana”, tenemos los siguientes resultados:

1.- Sexo en relación al consumo actual de drogas ilegales

En cuanto a la relación del sexo con la frecuencia actual de consumo de drogas ilegales, como puede verse en la tabla 94, tenemos que de los 39 varones, 28 (71.8%) no consumen ningún tipo de drogas ilegales y 11 (28.2%) sí.

Tabla 94. Sexo en relación al consumo de drogas ilegales

Categorías		Recuentos y porcentajes	Consumen	No consumen	Total
Sexo usuarios	Varón	Recuento	11	28	39
		% de Sexo usuarios	28,2%	71,8%	100,0%
	Mujer	Recuento	1	6	7
		% de Sexo usuarios	14,3%	85,7%	100,0%
Total		Recuento	12	34	46
		% de Sexo usuarios	26,1%	73,9%	100,0%

De las 7 mujeres, 6 (85.7%) no consumen ningún tipo de drogas ilegales y 1 (14.3%) sí.

2.- Sexo en relación al consumo de alcohol por semana

En relación al consumo de alcohol por semana, como se muestra en la tabla 95, la mayoría de los varones, concretamente 31 (79.5%) no consumen “nada”.

Tabla 95. Sexo en relación al consumo de alcohol de lunes a viernes

Categorías		Recuentos y porcentajes	Cantidad de alcohol consumida a diario de lunes a jueves			Total
			Nada	1 a 3 UBE	4 a 6 UBE	
Sexo usuarios	Varón	Recuento	31	7	1	39
		% de Sexo usuarios	79,5%	17,9%	2,6%	100,0%
	Mujer	Recuento	6	1	0	7
		% de Sexo usuarios	85,7%	14,3%	,0%	100,0%
Total		Recuento	37	8	1	46
		% de Sexo usuarios	80,4%	17,4%	2,2%	100,0%

Las mujeres obtienen mejores resultados: 6 (85.7%) no consumen alcohol y 1 (14.3%) consume de “1 a 3 U.BE”.

3.- Sexo en relación al consumo de alcohol el fin de semana

En el fin de semana el consumo de alcohol varía respecto a la semana. De los varones, 24 (61.5%) no consumen “nada”; 8 (20.5%) de “1 a 3 U.BE”; 4 (10.3%) de “4 a 6 U.BE”; 2 (5.1%) de “7 a 9 U.BE”, y 1 (2.6%) más de “10 U.BE”. En cuanto a las mujeres, 5 (71.4%) no consumen “nada”; 1 (14.3%) de “1 a 3 U.BE”, y 1 más de “10 U.BE”.

Al realizar el cruce de la variable “situación laboral” con el “consumo de drogas ilegales”, “consumo de alcohol de lunes a viernes” y “consumo de alcohol el fin de semana”, tenemos los siguientes resultados:

4.- Situación laboral en relación al consumo de drogas ilegales

Los sujetos que obtienen mejores resultados, como puede comprobarse en la tabla 96, son los que están trabajando con contrato, ya que de estos hay 10 sujetos (83.3 %), que no consumen ningún tipo de droga ilegal.

Tabla 96. Situación laboral en relación al consumo de drogas ilegales

Categorías		Recuentos y porcentajes	Consumen	No consumen	Total
Situación laboral	Paro subsidio	Recuento	2	3	5
		% de Situación laboral	40,0%	60,0%	100,0%
	Paro sin subsidio	Recuento	3	14	17
		% de Situación laboral	17,6%	82,4%	100,0%
	Trabajo con contrato	Recuento	2	10	12
		% de Situación laboral	16,7%	83,3%	100,0%
	Pensionista/jubilado	Recuento	3	5	8
		% de Situación laboral	37,5%	62,5%	100,0%
	Baja médica	Recuento	1	2	3
		% de Situación laboral	33,3%	66,7%	100,0%
	Otros	Recuento	1	0	1
		% de Situación laboral	100,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	12	34	46
		% de Situación laboral	26,1%	73,9%	100,0%

También los sujetos que están en paro sin subsidio obtienen buenos resultados, 14 (82.4%) no consumen. Los que obtienen peores resultados son los que están en paro con subsidio ya que el 40% consumen drogas ilegales.

5.- Situación laboral en relación al consumo de alcohol por semana

En cuanto al consumo de alcohol entre semana (lunes a jueves), tenemos los siguientes resultados: los sujetos que menos alcohol consumen son los que están al “paro sin subsidio” ya que 15 (88.2%) no consumen “nada”. Los que más alcohol consumen son los sujetos que están trabajando; 3 (25%) consumen de “1 a 3 U.BE”, y 1 sujeto de “4 a 6 U.BE”.

6.- Situación laboral en relación al consumo de alcohol el fin de semana

El fin de semana los mejores resultados los obtienen los pensionistas/ jubilados ya que 7 (87.5%) no consumen “nada” y sólo 1 sujeto consume de “1 a 3 U.BE”. Los peores resultados los obtienen los sujetos que están trabando, ya que sólo 5 (41.7%) no consumen “nada” de alcohol; 3 (25.0%) consumen de “1 a 3 U.BE”; otros 3 consumen de “4 a 6”, y 1 de “7 a 9 U.BE”.

Al realizar el cruce de la variable “droga principal de abuso antes de empezar el programa” con el “consumo de drogas ilegales”, “consumo de alcohol de lunes a viernes” y “consumo de alcohol el fin de semana”, tenemos los siguientes resultados:

7.- Droga principal de abuso antes de empezar el programa en relación al consumo actual de drogas ilegales

En cuanto a la droga principal de abuso antes de empezar el programa, en relación al consumo actual de drogas ilegales, como puede verse en la tabla 97, tenemos los siguientes resultados: los sujetos que abusaban, antes de empezar el programa, de “heroína combinada con otras drogas” son los que menos consumen en la actualidad, 15 (83.3%) no consumen drogas ilegales.

Tabla 97. Droga principal de abuso en relación al consumo actual

Categorías		Recuentos y porcentajes	Consumen	No consumen	Total
Droga principal abuso antes empezar el programa	Heroína	Recuento	3	13	16
		% de Droga principal abuso antes empezar el programa	18,8%	81,3%	100,0%
	Heroína combinada con otras	Recuento	3	15	18
		% de Droga principal abuso antes empezar el programa	16,7%	83,3%	100,0%
	Cocaína	Recuento	2	3	5
		% de Droga principal abuso antes empezar el programa	40,0%	60,0%	100,0%
	Cocaína combinada con otras	Recuento	4	3	7
		% de Droga principal abuso antes empezar el programa	57,1%	42,9%	100,0%
Total		Recuento	12	34	46
		% de Droga principal abuso antes empezar el programa	26,1%	73,9%	100,0%

Los que abusaban de “cocaína combinada con otras drogas” son los que peores resultados obtienen, 4 (57.1%) consumen drogas ilegales.

8.- Droga principal de abuso antes de empezar el programa en relación al consumo de alcohol por semana

En relación con el consumo de alcohol durante la semana, vuelven a ser los sujetos que abusaban de la heroína los que mejores resultados obtienen, pues 14 (87.5%) de ellos no consumen “nada” de alcohol. Los que más alcohol consumen son los que abusaban de “heroína combinada con otras drogas”, 5 (27.8%) consumen de “1 a 3 U.BE”. De los 5 sujetos (10.86%) que abusaban de la cocaína 4 no consumen “nada” de alcohol y 1 de “4 a 6 U.BE”. Por último, de los 7 sujetos (15.21%) que consumían “cocaína combinada con otras drogas”; 6 no consumen “nada” de alcohol; 1 de “1 a 3 U.BE”, y 2 de “7 a 9 U.BE”.

9.- Droga principal de abuso antes de empezar el programa en relación al consumo de alcohol el fin de semana

El fin de semana, los que menos alcohol consumen son los que abusaban de la cocaína ya que 4 sujetos (80.0%) no consumen “nada”. Los que más consumen son los que abusaban de la heroína, ya que 6 sujetos (37.5%) consumen de “1 a 3 U.BE”. De los 18 sujetos (39.13%) que consumían “heroína combinada con otras drogas”, 12 sujetos no consumen “nada” de alcohol; 3 de “1 a 3 U.BE”; 1 de 4 a 6 U.BE., y 2 más de 10 U.BE. Entre los 7 sujetos (15.21%) que consumían “cocaína combinada con otras drogas”, 4 sujetos no consumen nada de alcohol; 1 de “4 a 6 U.BE”, y 2 de “7 a 9 U.BE”.

A modo de síntesis el análisis diferencial aporta los siguientes resultados:

Los varones consumen más drogas ilegales en la actualidad que las mujeres. En cuanto al consumo de alcohol por semana las mujeres consumen un poco menos de alcohol que los hombres. Con el consumo de alcohol el fin de semana ocurre lo mismo que por semana pero la diferencia de consumo entre varones y mujeres es mayor.

La situación laboral marca diferencias en el consumo actual de drogas ilegales, ya que las personas que están trabajando con contrato son los que mejores resultados obtienen. En cuanto al consumo de alcohol por semana, las personas que mejores resultados obtienen son los que están al “paro sin subsidio”, probablemente por contar con menos recursos económicos. El consumo de alcohol el fin de semana es moderado y las personas que menos consumen son los pensionistas/jubilados. Las personas que más alcohol consumen son los que están trabajando, probablemente porque pueden destinar dinero a este menester.

La droga principal de abuso antes de empezar el programa marca diferencias en el consumo actual de drogas ilegales. Así tenemos que las personas que consumían solo heroína y “heroína combinada con otras” son los que menos drogas ilegales consumen en la actualidad y los que menos alcohol consumen durante la semana. En cuanto al consumo de alcohol el fin de semana las personas que menos consumen son las que consumían solo cocaína.

4.2.11.2 Resultados según residentes de la muestra B

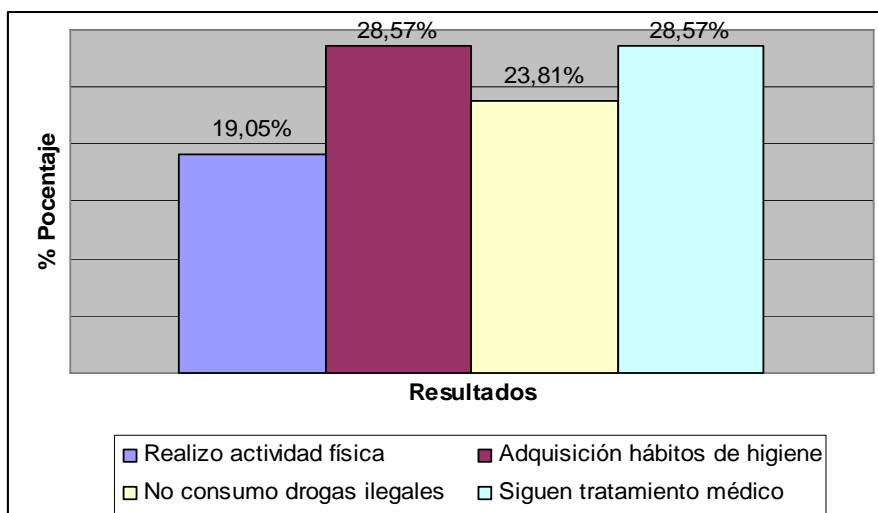
La información recogida de los resultados, de la muestra B, hacen referencia a las cuatro áreas que intenta desarrollar la C.T., a saber: de salud, personal, social y laboral. Para ello, se utiliza una entrevista estructurada con preguntas abiertas (ver anexo V) que se especifica en el capítulo 3 (apartado 3.2.3.4). Las preguntas planteadas van dirigidas a

obtener información sobre las áreas antes mencionadas, como a continuación se detalla. Tales preguntas son las siguientes:

Primera pregunta planteada: ¿Qué crees que conseguiste, realmente, con tu estancia en la C.T. en el Área de Salud?

Las respuestas de los residentes, como puede comprobarse en el gráfico 92, en relación a los resultados conseguidos en esta área, hacen referencia, principalmente, a la adquisición de todo tipo de hábitos de higiene y de salud (alimentación, sueño e higiene principalmente) (28.57%). Además, señalan como un logro adquirido el control y el seguimiento diario de la medicación (metadona y/o tratamiento psiquiátrico)(28.57%). También dicen haber mejorado en que ahora no consumen drogas ilegales y que realizan actividad física una o dos veces por semana.

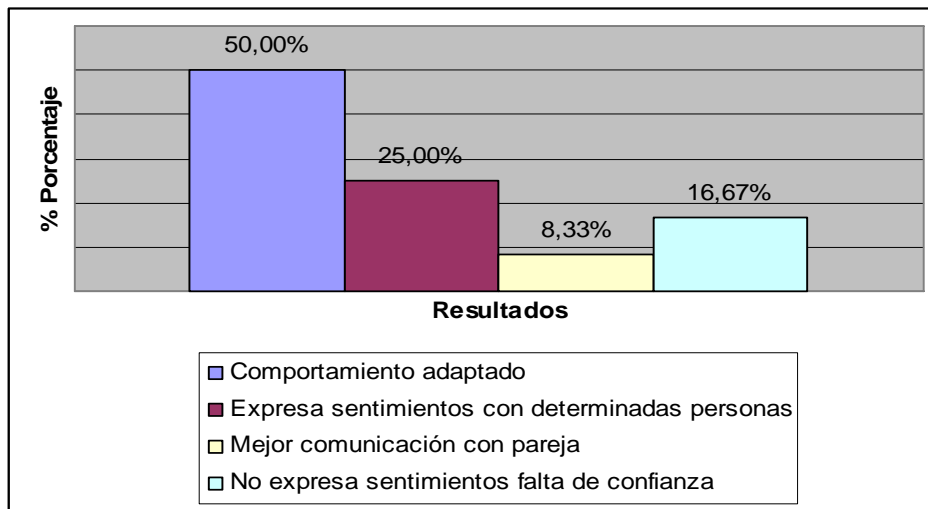
Gráfico 92. Resultados conseguidos en el Área de Salud. Residentes



Segunda pregunta planteada: ¿Qué crees que conseguiste, realmente, con tu estancia en la C.T. en el Área Personal?

Los resultados conseguidos, como puede verse en el gráfico 93, hacen referencia al comportamiento adaptado (50%).

Gráfico 93. Resultados conseguidos en el Área Personal. Residentes

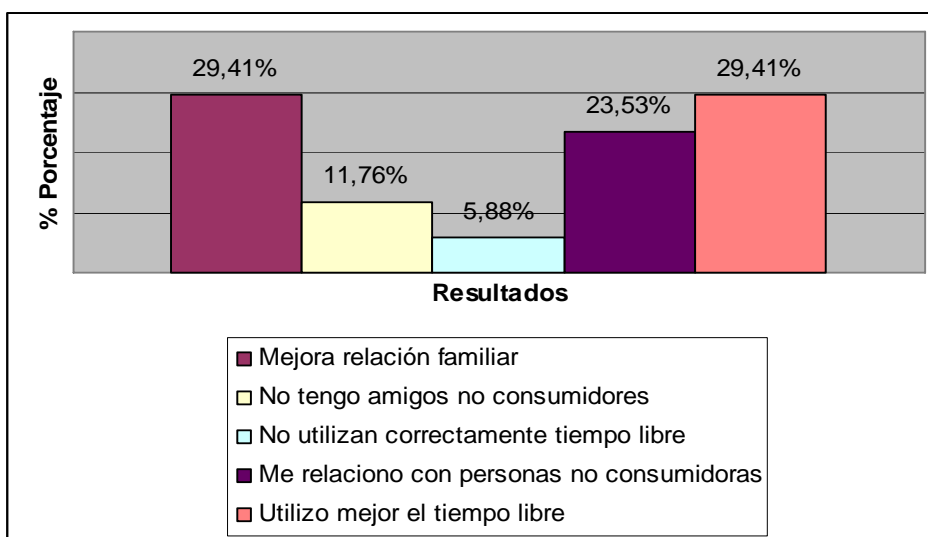


Otro resultado conseguido es la posibilidad de expresar emociones y sentimientos con determinadas personas (25%), “*generalmente con algún terapeuta, porque los residentes entre ellos no tienen la suficiente confianza para hablar de emociones y sentimientos, tienen miedo de que luego se pueda utilizar en su contra*” (VOL.OBNP.V.33). Los residentes que tienen pareja dicen que mejoró la comunicación y por tanto la relación.

Tercera pregunta planteada: ¿Qué crees que conseguiste, realmente, con tu estancia en la C.T. en el Área Social?

Los residentes, como se muestra en el gráfico 94, suelen mejorar la relación familiar y el uso que hacen del tiempo libre, ambos en un 29.14%. Además se llegan a relacionar con personas que no consumen drogas ilegales.

Gráfico 94. Resultados conseguidos en el Área social. Residentes

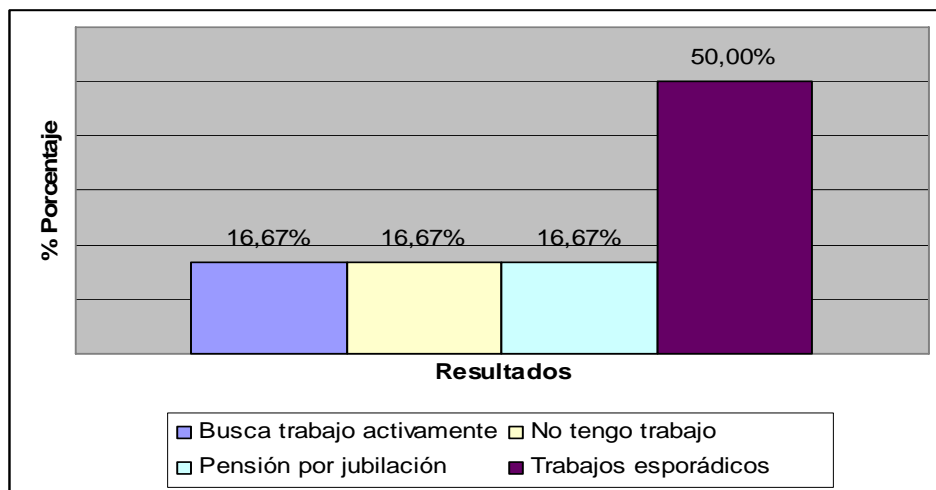


Por último, algunos dicen no tener amigos que no consuman drogas ilegales y tampoco utilizan el tiempo libre como deberían.

Cuarta pregunta planteada: ¿Qué crees que conseguiste, realmente, con tu estancia en la C.T. en el Área Laboral?

La mayoría de los residentes, como puede verse en el gráfico 95, dicen conseguir trabajos esporádicos (50%) durante una temporada y luego cambian a otro. Otros están buscando empleo activamente y salen todos los días de la C.T., durante unas horas, para buscarlo. Sin embargo, hay sujetos que no necesitan buscar trabajo, porque tienen una pensión por jubilación.

Gráfico 95. Resultados conseguidos en el Área Laboral. Residentes



Por último, algunos residentes todavía no encontraron trabajo, ni lo buscan activamente, ya que tienen problemas de salud que les dificultan insertarse en el mercado laboral.

4.2.12 Resultados del programa según los terapeutas

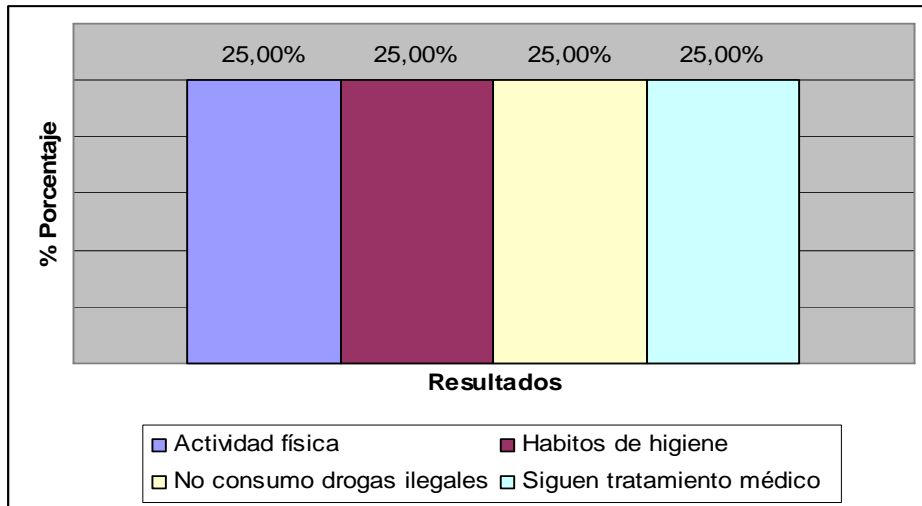
Las preguntas realizadas a los terapeutas son las mismas que a los residentes. La finalidad no es otra que conocer la opinión de los terapeutas respecto a los resultados conseguidos por los residentes. Por cuestiones de espacio sólo se especifica el número de las preguntas, que son las siguientes:

Pregunta 1:

Los terapeutas, como puede verse en el gráfico 96, equilibran las respuestas ofrecidas, con un 25%, y coinciden, en parte, con los residentes en los siguientes aspectos: mejora en cuanto a la realización de actividades físicas, por lo menos una o dos veces por semana, cumplen los hábitos de higiene y de salud en general lo que incrementa la calidad de vida y no consumen drogas ilegales habitualmente. Aunque pueda haber

algún consumo puntual, este se utiliza para analizarlo y ver las cosas que no se están haciendo bien y llevaron a dicho consumo.

Gráfico 96. Resultados conseguidos en el Área de Salud. Terapeutas

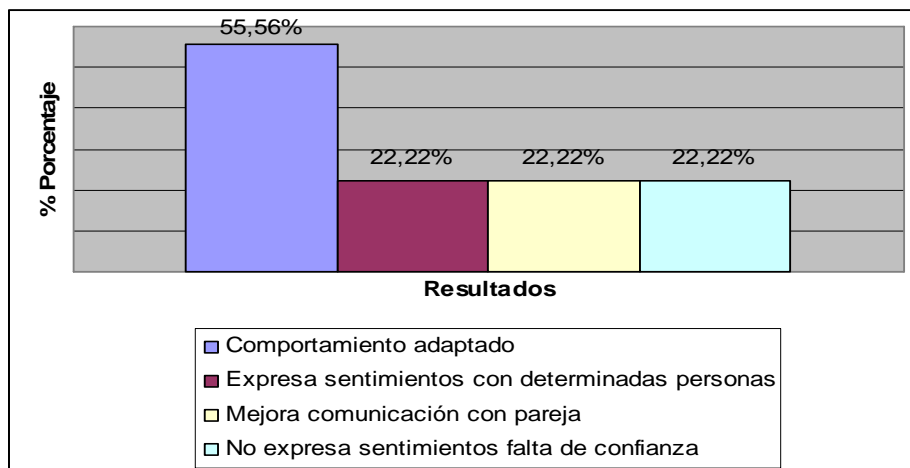


Por último, siguen regularmente el tratamiento médico, tanto el protocolo de metadona, como el tratamiento psiquiátrico, si lo tienen.

Pregunta 2:

Las respuestas de los terapeutas, respecto al Área Personal, como puede verse en el gráfico 97, hacen referencia fundamentalmente a los siguientes resultados: los residentes se adaptan bien al contexto donde residen, en este momento en la C.T., pueden llegar a expresar sus sentimientos y emociones con determinadas personas, aunque les cuesta mucho. Los que tienen pareja piensan que mejora la comunicación con la misma, lo que ayuda a fortalecer la relación.

Gráfico 97. Resultados conseguidos en el Área Personal. Terapeutas

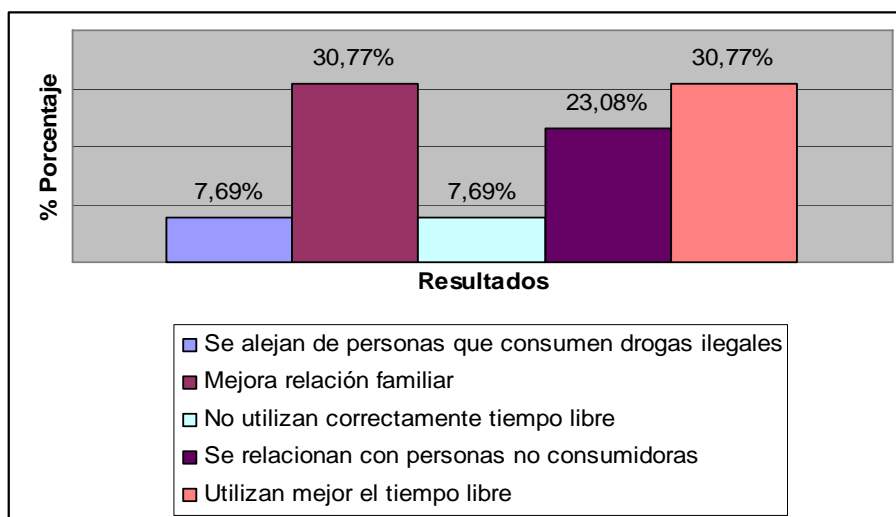


Por último, algunos terapeutas piensan que los residentes no pueden expresar sus sentimientos y emociones porque todavía no tienen la suficiente confianza.

Pregunta 3:

Los terapeutas, como puede verse en el gráfico 98, piensan que los residentes mejoraron mucho su relación familiar y utilizan mejor el tiempo libre, ambos en un 30.77%. Aunque hay algunos terapeutas que piensan que no, según un testimonio: “los residentes no emplean el tiempo libre correctamente, por ejemplo, en actividades creativas que les reporten satisfacción, sino que suelen perderlo hablando de temas banales relacionados con el mundo de la droga” (TER.ENT.V.40).

Gráfico 98. Resultados conseguidos en el Área Social. Terapeutas

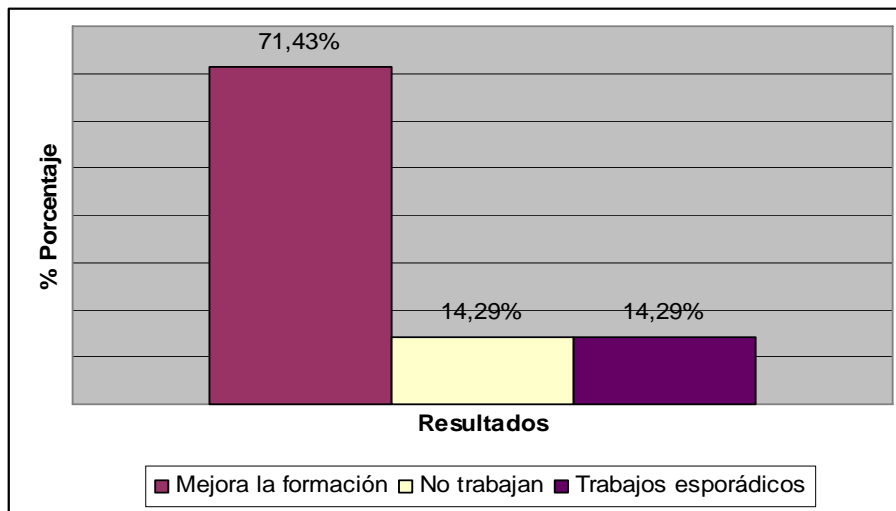


Otro resultado conseguido es que ahora se relacionan con personas que no consumen drogas ilegales (23.08%) y se alejan de las que las consumen.

Pregunta 4:

Los terapeutas, como se muestra en el gráfico 99, piensan que en el área laboral, la principal mejora experimentada por los residentes, corresponde al ámbito de la formación laboral (71.43%), ya que asisten a programas y cursos para insertarse en el mercado laboral. Sin embargo también hay terapeutas que creen que algunos residentes no pueden trabajar por estar limitados por enfermedades, generalmente trastornos psiquiátricos.

Gráfico 99. Resultados conseguidos en el Área Laboral. Terapeutas



Otros terapeutas, en cambio, opinan que realizan trabajos esporádicos para ir introduciéndose en el mercado laboral.

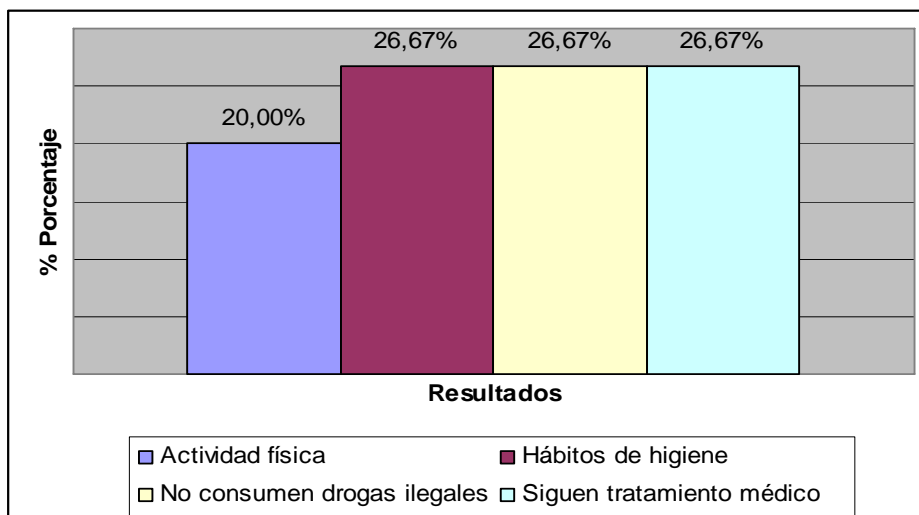
4.2.13 Resultados del programa según las familias

Las preguntas realizadas a las familias, en este apartado son las mismas que las realizadas a los residentes y terapeutas. Se trata de conocer la opinión de las familias en relación a los logros conseguidos por los residentes después de realizar el proceso de C.T. Cabe destacar que los familiares entrevistados realizaron todo el seguimiento del familiar/ residente desde que ingresa en la C.T. hasta que termina el proceso. Tales preguntas son las siguientes:

Pregunta 1:

Las familias, como puede verse en el gráfico 100, coinciden en sus respuestas con terapeutas y residentes en los resultados logrados en el Área de Salud y piensan que los residentes adquirieron hábitos de higiene y de salud en general, que no consumen drogas ilegales regularmente y que siguen habitualmente el seguimiento médico, todos ellos en un 26.67%.

Gráfico 100. Resultados conseguidos en el Área de Salud. Familias

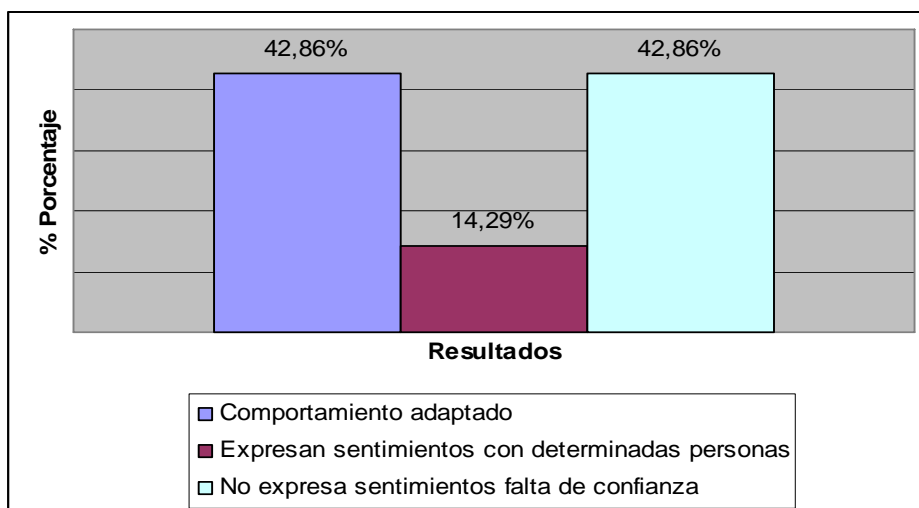


Las familias, en menor medida, piensan que los residentes realizan actividad física habitualmente.

Pregunta 2:

Las familias, como puede comprobarse en el gráfico 101, señalan el comportamiento adaptado (42.86%) como el principal logro positivo alcanzado por los residentes. Además, señalan como logro negativo que no expresan sentimientos y emociones (42.86%) por falta de confianza, incluso en el círculo familiar.

Gráfico 101. Resultados conseguidos en el Área Personal. Familias

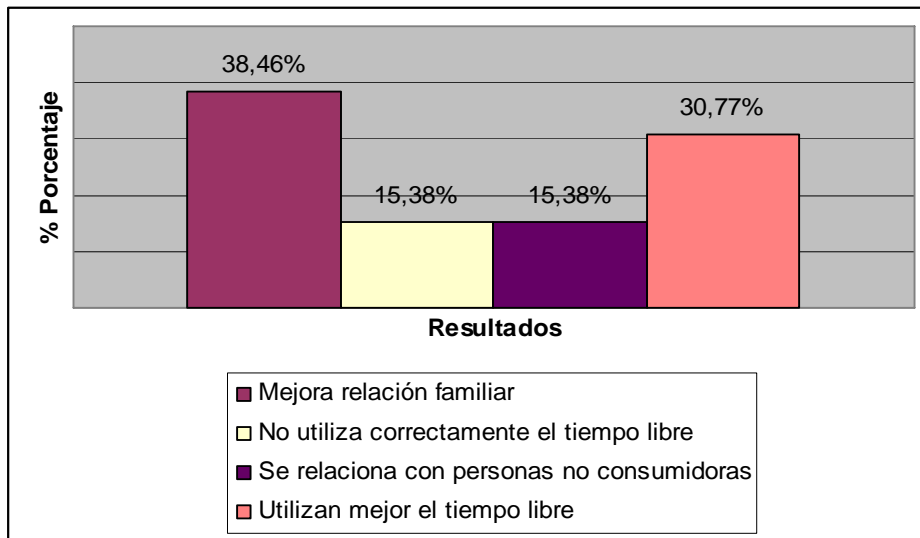


No obstante, las familias señalan que los residentes, con determinadas personas con las que tienen mucha confianza, sí pueden expresar sentimientos y emociones.

Pregunta 3:

Los familiares, como puede comprobarse en el gráfico 102, destacan la mejora en las relaciones familiares (38.46%) que consiguieron los residentes. Además, un 30.77% creen que los residentes utilizan mejor el tiempo libre, aunque algunos familiares, concretamente el 15.38%, opinan justo lo contrario. Por último, piensan que se relacionan con personas que no consumen drogas ilegales y que, en un futuro, pueden llegar a tener amistades con personas ajenas al mundo de la droga.

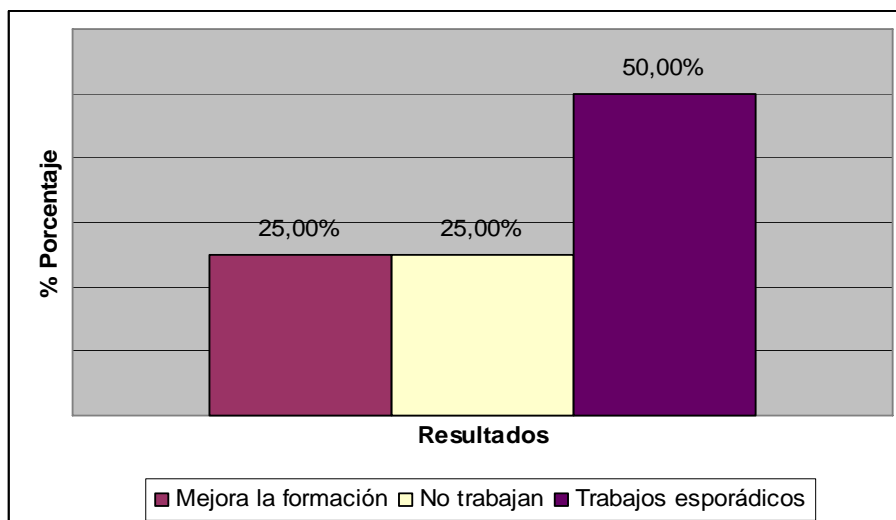
Gráfico 102. Resultados conseguidos en el Área Social. Familias



Pregunta 4:

Las familias, como puede verse en el gráfico 103, destacan que los residentes consiguen trabajos esporádicos (50%), principalmente. Algunas, en cambio, piensan que no trabajan porque no tienen la suficiente preparación y el interés necesario para lograrlo.

Gráfico 103. Resultados conseguidos Área Laboral. Familias



Por último, las familias señalan que mejoran en la formación para acceder al mercado laboral, porque cuando ingresaron en el programa tenían muy poca o ninguna y en el programa van haciendo cursos de formación que les pueden ser útiles.

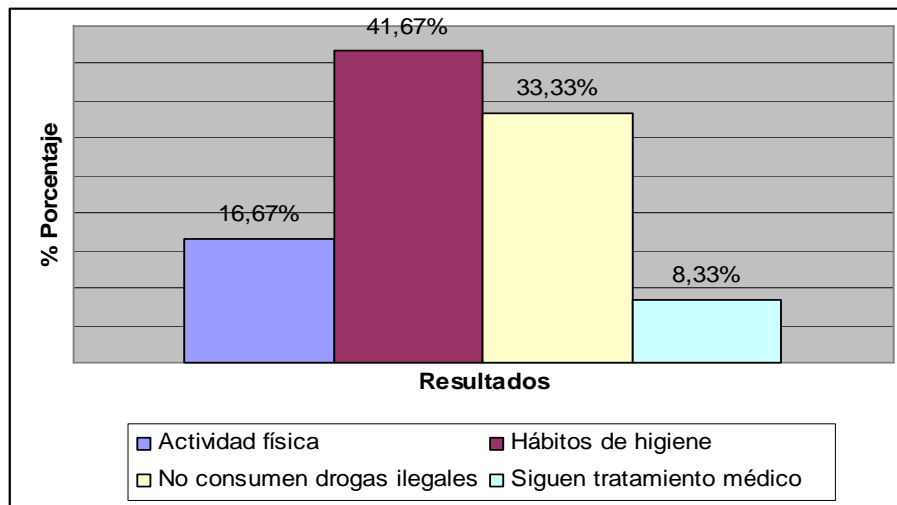
4.2.14 Resultados del programa según los voluntarios

Los voluntarios entrevistados tienen una actividad regular en el centro, por lo que conocen el proceso de los residentes desde su inicio hasta que terminan el proceso en la C.T. Las preguntas realizadas a esta audiencia coinciden con las realizadas al resto de audiencias y son las siguientes:

Pregunta 1:

Los voluntarios, como puede comprobarse en el gráfico 104, coinciden, en primer lugar, con el resto de audiencias y señalan los hábitos de higiene como el principal resultado obtenido. En segundo lugar destacan el no consumo de drogas ilegales.

Gráfico 104. Resultados conseguidos Área de Salud. Voluntarios

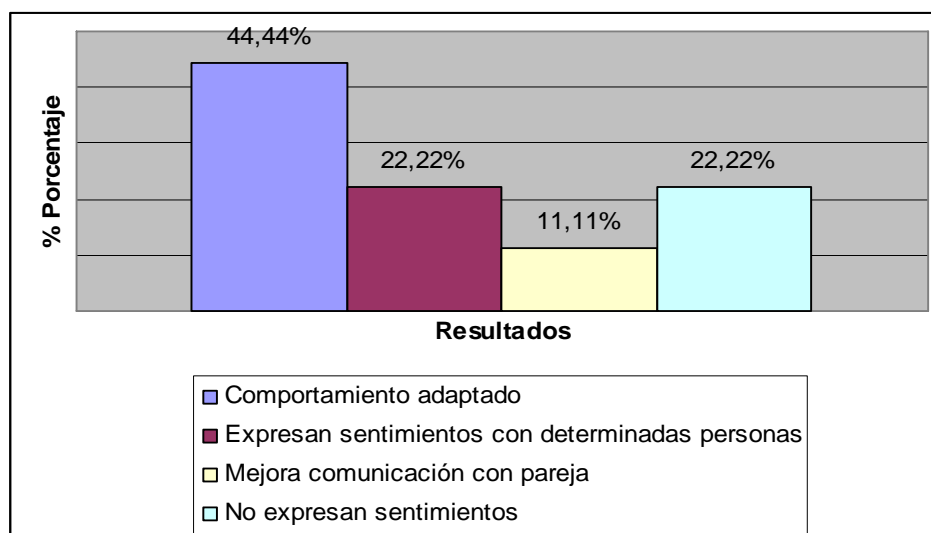


En menor medida, los voluntarios apuntan la realización de actividad física y el seguimiento médico regular, como aspectos logrados en el Área de Salud.

Pregunta 2:

Los voluntarios, como puede verse en el gráfico 105, señalan el comportamiento adaptado, en primer lugar, como un resultado conseguido por los residentes. Además, creen que pueden expresar sus sentimientos y emociones con determinadas personas, aunque les cuesta mucho y deberían mejorar en este aspecto.

Gráfico 105. Resultados conseguidos Área Personal. Voluntarios

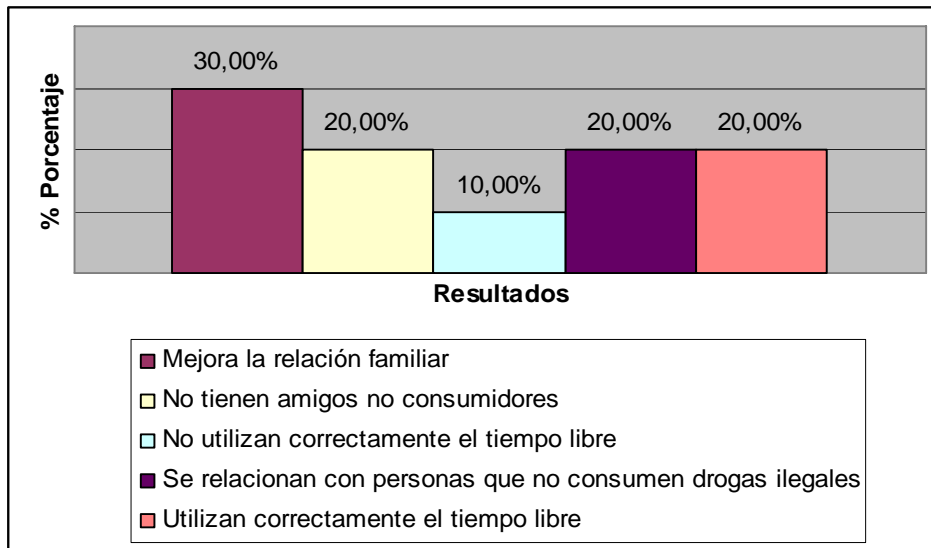


Los voluntarios piensan que aquellos sujetos que tienen pareja mejoran la comunicación y por tanto la relación en general.

Pregunta 3:

Los voluntarios, como puede verse en el gráfico 106, destacan la mejora de la relación familiar como el principal logro conseguido. Además, piensan que se relacionan con personas que no consumen drogas ilegales y que utilizan el tiempo libre correctamente.

Gráfico 106. Resultados conseguidos Área Social. Voluntarios

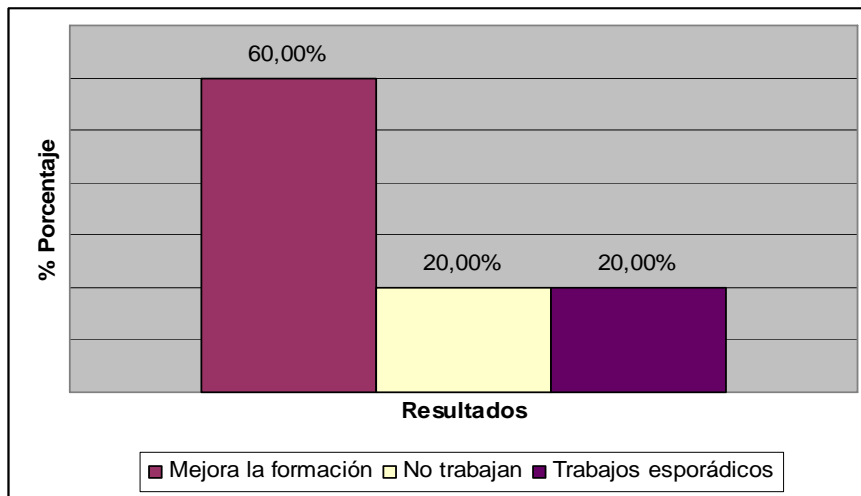


Cabe destacar los voluntarios que opinan que los residentes deberían mejorar la utilización del tiempo libre y preocuparse de conseguir amigos no vinculados al mundo de la droga, ya que carecen de ellos.

Pregunta 4:

Las respuestas de los voluntarios, como se muestra en el gráfico 107, coinciden con las de los terapeutas, al señalar que el principal logro en este apartado es la mejora de la formación, pues saben que los residentes realizan cursos relacionados con el ámbito laboral. Los voluntarios piensan que algunos residentes no trabajan y otra parte de ellos realizan trabajos esporádicos que les proporcionan familiares o amigos íntimos.

Gráfico 107. Resultados conseguidos Área laboral. Voluntarios



Los trabajos que realizan los residentes suelen ser sin contrato y, según los voluntarios, les pueden ser útiles para ir desarrollando el hábito de trabajar regularmente e ir integrándose al mercado laboral.

4.2.15 Síntesis de los principales resultados del programa en las áreas de intervención

Los sujetos una vez que realizaron el programa de C.T. experimentaron cambios notables en todas las áreas de intervención, como a continuación detallamos.

Respecto al Área de Salud, todas las audiencias están de acuerdo en que los sujetos que realizan el programa mejoran mucho, sobre todo en la adquisición de hábitos de vida saludables. Esto implica respetar las pautas de descanso, alimentación y medicación, no consumir drogas ilegales y realizar actividad física.

En cuanto al Área Personal, todas las audiencias opinan que los residentes se comportan adaptadamente al contexto donde residen. Los propios residentes opinan que mejoraron la comunicación interpersonal y los voluntarios piensan que mejoraron la relación de pareja. Sin embargo, los residentes no pueden expresar sus emociones y sentimientos como deberían, ya que solo lo pueden hacer en situaciones determinadas y con personas concretas, como así lo afirman todas las audiencias.

En el Área Social, el principal resultado conseguido hace referencia a la buena relación que tienen los residentes con la familia, como así lo afirman todas las audiencias. Todos afirman que mejoró la utilización del tiempo libre y la no relación con personas que consumen drogas ilegales. No obstante, todas las audiencias, opinan que los residentes deben mejorar en el aspecto de las amistades y en la utilización del tiempo de ocio.

Respecto al Área Laboral, los logros que destacan todas las audiencias son la mejora de la formación y la realización de trabajos esporádicos. Los terapeutas afirman que se debería mejorar la inserción laboral. Algunos familiares piensan que los residentes no se insertan en el mercado laboral por falta de preparación e interés. Por último, los voluntarios creen que algunos residentes no pueden trabajar porque su estado de salud no se lo permite.

4.3 Análisis de las contingencias y congruencias

Una vez recogida la información referente a la matriz descriptiva debemos realizar, como indica el modelo de Stake, dos tipos de análisis:

- 1.- El análisis de las contingencias que hace referencia a la existencia de una posible relación –no necesariamente de causa-efecto- que debe existir entre los antecedentes, las transacciones y resultados del programa evaluado.
- 2.- El análisis de las congruencias a fin de estimar la coherencia entre las relaciones lógicas que deben existir entre las diversas acciones de un programa. En este caso concreto, entre las “intenciones”, es decir, la situación de partida de las audiencias implicadas y las “observaciones” o la situación realmente alcanzada después de realizar el programa.

A continuación se recogen tres apartados relacionados con los análisis anteriormente descritos:

- A) El análisis de las contingencias lógicas, con la información recogida acerca de las “intenciones” de las diferentes audiencias.
- B) El análisis de las contingencias empíricas, referentes a la información recogida (datos empíricos) de las “observaciones”.
- C) El análisis de las congruencias entre las “intenciones” y las “observaciones” que se dan en el programa evaluado.

4.3.1 Análisis de las contingencias lógicas y empíricas

Este análisis de las contingencias (ver tabla 98) implica que unos determinados antecedentes, es decir, las condiciones con las que llegan los toxicómanos, deben estar relacionados con unas transacciones reeducativas (estrategias y actividades terapéuticas) y con unos resultados concretos que todos desean alcanzar, para que el programa sea eficaz.

En este estudio se muestran las relaciones entre los antecedentes, transacciones y resultados, tanto de las intenciones como de las observaciones, como se especifican en los siguientes apartados.

4.3.1.1 Relación entre la situación de partida y las expectativas del programa

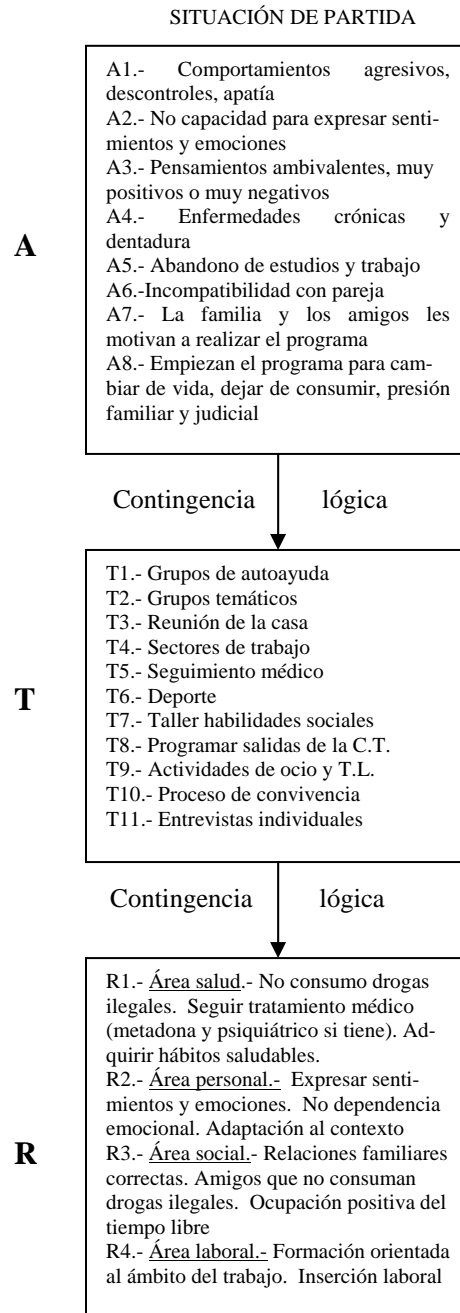
1.- Los residentes, como puede verse en la tabla 98, llegan al programa con un comportamiento agresivo, consecuencia del modo de vida que llevaban cuando estaban inmersos en un consumo abusivo de drogas. Además, el comportamiento es descontrolado pudiendo pasar rápidamente de conductas adaptadas a desadaptadas. Por último, presentan una apatía total por cualquier actividad que no esté relacionada con la compra/venta de droga.

Estos antecedentes están relacionados con la estrategia terapéutica de los “sectores de trabajo”, donde los residentes deben de asumir la responsabilidad de una tarea de la casa y comportarse adaptadamente. Por otro lado, también están relacionados con el “proceso de convivencia” pues éste es tenido en cuenta como una estrategia terapéutica más y los residentes deben de aprender convivir con el resto de residentes de la C.T. y ayudarse mutuamente. Cabe destacar que existe una estrategia terapéutica que estando diseñada no se implementa en la práctica, la “línea de la vida”, y podría ser útil para que los residentes hablasen de sus problemas y dificultades en cuanto al comportamiento pasado.

2.- Los residentes no son capaces de expresar sus sentimientos y emociones, fundamentalmente por falta de recursos expresivos y de confianza. Esto está relacionado con: los “grupos de autoayuda”, donde los residentes pueden hablar libremente de sus problemas personales. La “reunión de la casa” donde se habla de las dificultades tenidas, en el día a día, en la C.T. Los “talleres de habilidades sociales” donde se ofrecen herramientas para poder analizar y expresar adecuadamente las emociones y sentimientos. Por último, las “entrevistas individuales”, donde se pueden expresar libremente los sentimientos, para recibir orientación y resolver problemas concretos.

3.- Los pensamientos de los residentes son ambivalentes, pasando del optimismo extremo al pesimismo más exacerbado (“no valgo para nada”, “todo lo hago mal”, etc.). Para esto están diseñadas las siguientes estrategias terapéuticas: los “grupos de autoayuda”, donde pueden exponer sus pensamientos de lo que les ocurre. La “reunión de la casa”, donde se comparten pensamientos acerca del funcionamiento de la C.T. El “proceso de convivencia” para compartir pensamientos con otros residentes. Y las “entrevistas individuales”, para aprender a dirigir positivamente los pensamientos. Cabe destacar que la “línea de la vida”, también se podría utilizar para reflexionar sobre los pensamientos pasados y poder orientar positivamente los actuales.

Tabla 98. Relaciones de contingencias lógicas²⁷



²⁷ Contingencias lógicas entre antecedentes y transacciones: (A1—T4,T10) (A2—T1,T3,T7,T11) (A3—T1,T3,T10,T11) (A4—T2, T5, T6) (A5—T4,T9) (A6—T1,T7,T11) (A7—T8) (A8—T1,T2,T8,T9)
 Contingencias lógicas entre transacciones y resultados: (T1—R2,R3) (T2—R1) (T3—R2) (T4—R4) (T5—R1) (T6—R1,R3) (T7—R3,R4) (T8—R3) (T9—R3) (T10—R2,R3) (T11—R2,R3).

4.- Los residentes suelen tener enfermedades crónicas, principalmente hepatitis, V.I.H. y trastornos psiquiátricos. Para tratar estas cuestiones están diseñadas las estrategias terapéuticas de los “grupos temáticos”, donde se informa a los residentes sobre aspectos relacionados con las enfermedades producidas por las toxicomanías, el “seguimiento médico”, para controlar que los residentes siguen correctamente la medicación que tienen pautada, y la “actividad de deporte”, en donde se adquiere el hábito de realizar ejercicio físico.

5.- Los residentes abandonaron el proceso educativo y el trabajo, los que lo tenían. Otros se dedicaban a comprar/vender diferentes tipos de drogas. El programa, relacionados con estos antecedentes, implementa las estrategias terapéuticas de: los “sectores de trabajo”, para que los residentes adquieran el hábito del trabajo diario y las “actividades de ocio y tiempo libre”, pues dentro de éstas, están las actividades de “lectura”, “pintura” y “ortografía” que sirven para recuperar el proceso educativo.

6.- Los residentes no son capaces de tener pareja, pues es incompatible con el consumo abusivo de drogas. Para esto se realizan las estrategias terapéuticas de: los “grupos de autoayuda”, donde se puede hablar de los problemas con la pareja, si es que tienen o de los problemas con antiguas parejas, los “talleres de habilidades sociales”, para mejorar la comunicación entre iguales, y las “entrevistas individuales” para hablar con el terapeuta de cualquier aspecto relacionado con la pareja. Otra vez hay que mencionar la “línea de la vida”, como estrategia para reflexionar sobre aspectos relevantes de las relaciones de pareja tenidas en el pasado.

7.- Los residentes que mantienen contacto con la familia y amigos son motivados a que realicen el programa. Para facilitar una relación óptima con los familiares y amigos, se implementa la estrategia de “programar salidas de la C.T.”, tanto con familiares, como con amigos, previa consulta con el equipo terapéutico. Relacionados con estos antecedentes existen diseñadas dos estrategias terapéuticas: los “grupos familiares” que no se realizan en el mismo centro donde los residentes realizan la terapia, por lo que se dificulta la asistencia de los familiares a los mismos. De tal manera que en este caso concreto los familiares no asistían a estos grupos. Y los “seminarios familiares”, aunque sólo hubo uno durante todo el proceso terapéutico, haciéndose necesario más seminarios de este tipo.

8.- Las motivaciones para empezar el programa son fundamentalmente: cambiar de vida, dejar de consumir drogas ilegales y la presión familiar y judicial. Esto está relacionado con las estrategias de los “grupos de autoayuda” que también se utilizan para motivar a los residentes, al igual que los “grupos temáticos”, la “programación de las salidas de la C.T.”, para que los residentes aprendan a buscar sus propias

motivaciones fuera de la C.T. y las “actividades de ocio y tiempo libre”, para tener opciones y poder realizar un cambio en el estilo de vida.

4.3.1.2 Relación entre las expectativas del programa y los logros a alcanzar

Las relaciones de contingencia lógica entre las transacciones y los resultados, como se muestra en la tabla 98, son las siguientes:

- Los “grupos de autoayuda” contribuyen a que los residentes mejoren en la expresión de sentimientos y no dependan emocionalmente de ninguna persona. Además facilitan el saber expresarse correctamente con la familia y los amigos.

- Los “grupos temáticos” facilitan información sobre la salud de los residentes y están, por tanto, relacionados con los resultados obtenidos en el área de salud.

- La “reunión de la casa” da la posibilidad de hablar sobre dificultades personales del día a día por lo que está relacionada con la mejora del área personal.

- Los “sectores de trabajo” facilitan la adquisición de la responsabilidad, con un trabajo diario, por lo que se potencian aspectos relacionados con el área laboral.

- El “seguimiento médico” cuida de que los residentes realicen las pautas de la medicación correctamente, tanto la metadona, como el tratamiento psiquiátrico o de otro tipo, por lo que ayuda a mejorar el área de salud.

- La “actividad de deporte” mejora la forma física de los residentes y les proporciona una opción para el tiempo libre, por lo que ayuda a la mejora del área de salud y social.

- Los “talleres de habilidades sociales” facilitan recursos a los residentes para dar respuestas adaptadas al contexto donde se encuentran y están relacionados con el área social y laboral.

- La “programación de las salidas de la C.T.” ofrece la posibilidad de organizar el propio tiempo libre en función de la familia y amigos, por lo que ayuda a mejorar el área social.

- Las “actividades de ocio y tiempo libre” facilitan alternativas y opciones no vinculadas al mundo de la droga, relacionándose, por tanto, con la utilización positiva del tiempo libre y con el área social.

- El “proceso de convivencia” facilita la posibilidad de compartir vivencias y situaciones a personas con un mismo problema, favoreciendo el desarrollo del área personal y social.

- Las “entrevistas individuales” se realizan para orientar y solucionar problemas concretos del proceso terapéutico. Se facilita un espacio para que el residente pueda exponer libremente sus problemas personales. Por ello, se potencia tanto el área personal como el social.

4.3.1.3 Relación entre las percepciones después del programa y las valoraciones de la implementación

Una vez transcurrido el proceso de C.T., los residentes se encuentran en una situación diferente al momento de entrada en el programa. Las observaciones hacen referencia a esta nueva situación y a lo que realmente ocurrió una vez realizado el programa. En este apartado, como puede verse en la tabla 99, se analizan las relaciones entre los antecedentes y transacciones de la nueva situación.

1.- Los residentes, en la actualidad, tienen un comportamiento adaptado y son responsables y autónomos de sus actos. A ello contribuyeron, los “sectores de trabajo”, valorados positivamente, tanto por los residentes, como por los terapeutas y el “proceso de convivencia”, que favoreció la necesidad de adquirir responsabilidad con su comportamiento, por parte de los residentes.

2.- La expresión de sentimientos y emociones por parte de los residentes es muy difícil y rara vez se da. Las estrategias terapéuticas diseñadas para ello, como son: los “grupos de autoayuda”, la “reunión de la casa”, los “talleres de habilidades sociales” y las “entrevistas individuales”, no fueron suficientes para lograr la autonomía de los residentes en este sentido.

3.- Los pensamientos de los residentes, en cuanto a lo que les ocurre en el día a día, son más positivos en general. Aunque los terapeutas afirman que son muy ambivalentes, las familias piensan que no se valoran mucho y los voluntarios que tienen miedo al futuro. Las estrategias que contribuyen a esta mejora fueron: los “grupos de autoayuda”, la “reunión de la casa”, el “proceso de convivencia” y las “entrevistas individuales”.

4.- El estado de salud, de los residentes mejoró considerablemente, puesto que lograron adquirir hábitos de vida más saludables. Los más importantes son: el horario de descanso, la alimentación, la medicación, la actividad física y la higiene personal. Las estrategias terapéuticas relacionadas con estos logros son: los “grupos temáticos” cuyos

contenidos estaban relacionados con hábitos de vida saludables, el “seguimiento médico” y la “actividad de deporte”.

Tabla 99. Relaciones de contingencias empíricas²⁸



²⁸ Contingencias lógicas entre antecedentes y transacciones: (A1—T4,T10) (A2—T1,T3,T7,T11) (A3—T1,T3,T10,T11) (A4—T2, T5, T6) (A5—T4,T9) (A6—T1,T7,T11) (A7—T8) (A8—T1,T2,T8,T9)
 Contingencias lógicas entre transacciones y resultados: (T1—R2,R3) (T2—R1) (T3—R2) (T4—R4) (T5—R1) (T6—R1,R3) (T7—R3,R4) (T8—R3) (T9—R3) (T10—R2,R3) (T11—R2,R3).

5.- El proceso educativo mejora al adquirir conocimientos sobre distintos aspectos relacionados con las toxicomanías. Las actividades de “lectura”, “ortografía” y “matemáticas” contribuyen a aumentar el conocimiento. Además mejora la formación laboral, pues a los residentes se les ha ofrecido la posibilidad de participar en cursos que se pueden realizar fuera de la C.T., y el hábito de trabajar diariamente. Esto está relacionado con los “grupos temáticos” que facilitan contenidos sobre aspectos relacionados con las toxicomanías, con los “sectores de trabajo” donde se asume la responsabilidad con una tarea de la casa y con las “actividades de ocio y tiempo libre”, señaladas anteriormente, que tienen contenido reeducativo.

6.- La relación de pareja mejora, en tanto que los residentes adquieren mayor capacidad de comunicación. Esto lo consiguen gracias a las siguientes estrategias: “grupos de autoayuda” donde pueden hablar de sus problemas de pareja; “talleres de habilidades sociales” donde pueden mejorar su capacidad de comunicación, y “entrevistas individuales” para solucionar posibles problemas concretos relacionados con la pareja.

7.- Los familiares valoran el esfuerzo de los residentes y les ofrecen ánimos para que continúen con el proceso. No obstante, piensan que los “grupos familiares” se deberían realizar en el centro donde están los residentes y que debería de haber más “seminarios familiares”. Los amigos están contentos y animan para que realicen todo el proceso terapéutico. Esto está relacionado con la “programación de las salidas de la C.T.”, tanto con familiares, como con amigos.

8.- Las motivaciones que tienen los residentes para continuar en la C.T. son los resultados obtenidos en las áreas personal, de salud, y social, principalmente, los cambios producidos en el estilo de vida y dejar de consumir drogas ilegales definitivamente. Las estrategias terapéuticas que contribuyen a favorecer estos aspectos, son las siguientes: “grupos de autoayuda”, “grupos temáticos”, “programación de salidas de la C.T.” y “actividades de ocio y tiempo libre”.

4.3.1.4 Relaciones entre las valoraciones de la implementación y los resultados del programa

Las transacciones, es decir, las estrategias y actividades terapéuticas que se implementan en la C.T., están relacionadas, como puede verse en la tabla 99, con los resultados obtenidos. Estas relaciones de contingencia empírica son las siguientes:

- Los “grupos de autoayuda” son valorados con 6.83 por los residentes y con 5.75 por los terapeutas. Esta estrategia favorece mejoras en las áreas personal y social. No obstante, se podría mejorar tratando temas importantes (problemas de convivencia, principalmente), fomentando la confianza entre los residentes y realizando otras

actividades específicas, para solucionar problemas concretos planteados por los residentes.

- Los “grupos temáticos” son valorados con 6.16 por los residentes y 6.25 por los terapeutas. Esta estrategia está relacionada con los resultados del área de salud, al facilitar un mayor conocimiento a los residentes de su estado de salud. No obstante, se podría mejorar ofreciendo información más variada y haciendo que estos grupos sean más estables durante el proceso de rehabilitación de los residentes.

- La “reunión de la casa” es valorada con 6.66 por los residentes y con 5.50 por los terapeutas. Esta estrategia contribuye a lograr los resultados obtenidos en el área personal, ya que facilita la reflexión de los problemas personales del día a día. Se podría mejorar con una mayor implicación de los residentes y terapeutas, pues estos últimos deberían de innovar tratando de plantear temas relevantes evitando la repetición de los mismos.

- Los “sectores de trabajo” son valorados con 5.66 por los residentes y con 6.50 por los terapeutas. Esta estrategia ayuda a conseguir los resultados del área laboral, al fomentar hábitos de trabajo en los residentes. Se podría mejorar con estrategias para motivar a los residentes, con una mayor supervisión por parte del equipo terapéutico y facilitando el aprendizaje de determinadas tareas que se realizan en los sectores.

- El “seguimiento médico” es valorado con 8.00 por los residentes y 7.25 por los terapeutas y está relacionado con los resultados obtenidos en el área de salud, si bien, se podría mejorar si hubiese una mejor coordinación entre los centros de salud que dispensan la metadona y los tratamientos psiquiátricos y la C.T.

- La “actividad de deporte” es valorada con 7.25 por los residentes y con 6.80 por los terapeutas. Esta actividad ayuda a conseguir resultados en el área de salud y en el área social, como alternativa para el tiempo libre, y se podría mejorar si se planteasen una mayor variedad de actividades físicas relacionadas con todo tipo de deportes y con más participación y constancia por parte de los residentes.

- Los “talleres de habilidades sociales” son valorados con 5.00 por los residentes y con 6.25 por los terapeutas, contribuyen a los resultados obtenidos en el área social facilitando herramientas a los residentes para ofrecer respuestas adaptadas al contexto. Además está relacionada con los resultados del área laboral, al facilitar recursos para la búsqueda de empleo. Se podría mejorar realizando más actividades de este tipo, puesto que son escasas.

- La “programación de salidas de la C.T.” es valorada con 7.16 por los residentes y con 7.40 por los terapeutas. Esta actividad contribuye a los resultados logrados en el área social, puesto que obliga a los residentes a organizar su tiempo y a no perder contacto con la realidad de fuera del centro. Se podría mejorar si el equipo terapéutico se molestase más en fomentar la creatividad de los residentes, para realizar las programaciones.

- Las “actividades de ocio y tiempo libre” son valoradas con 9.16 por los residentes y con 7.80 por los terapeutas. Estas actividades ayudan a conseguir los resultados logrados en el área social, ya que ofrecen alternativas para disfrutar del tiempo libre. Todos los residentes están contentos con estas actividades y les gustaría que hubiese más. Los terapeutas aseguran que mejorarían si fuesen los propios residentes los que las propusiesen.

- El “proceso de convivencia” es valorado con 7.16 por los residentes y con 6.20 por los terapeutas. Esta estrategia terapéutica está relacionada y contribuye a los resultados obtenidos en el área personal y social, ayudando a los residentes a reflexionar con el resto de compañeros sobre situaciones y problemas concretos y facilitando el aprendizaje por imitación. Esta estrategia se podría mejorar si los residentes se implicasen más en el proceso, si el equipo terapéutico revisara más el proceso para que se cumpliesen las normas de la C.T. y fomentando, en algunos casos, la no-residencialidad.

- Las “entrevistas individuales” son valoradas con 7.83 por los residentes y con 8.40 por los terapeutas. Esta estrategia ayuda a los residentes a conseguir los resultados del área personal y social, porque favorece la resolución de problemas concretos, tanto personales, como sociales con el resto de personas con las que se relacionan habitualmente. Se podría mejorar haciendo más entrevistas, no tan largas y favoreciendo la empatía entre terapeutas y residentes.

4.3.2 Análisis de las congruencias entre intenciones y observaciones

Este tipo de análisis tiene la finalidad de comprobar si los propósitos que se esperaba del programa se han cumplido. ¿Los antecedentes que han especificado las audiencias son coherentes con los antecedentes observados?, ¿Las transacciones propuestas por las audiencias se han llevado a cabo en la práctica?, ¿Los resultados esperados por las audiencias se han alcanzado al finalizar el programa?

En los siguientes apartados se tratará de dar respuesta a estas preguntas. Para ello se realizan los análisis de congruencias entre los antecedentes, transacciones y resultados de las intenciones con los de las observaciones.

4.3.2.1 Análisis de las congruencias entre la situación de partida y las percepciones después del programa

Los antecedentes de las intenciones y de las observaciones tienen una relación de congruencia, como se muestra en la tabla 100, que a continuación exponemos:

1.- Los residentes llegaban al programa con un comportamiento agresivo y descontrolado que se ponía de manifiesto ante cualquier situación de presión. Por otro lado tenían una apatía total por cualquier actividad que no estuviera relacionada con las drogas. Una vez realizado el proceso de C.T. los residentes se comportan adaptadamente siendo bastante responsables y autónomos con su comportamiento.

2.- En cuanto a la expresión de sentimientos y emociones, antes de empezar el programa, era prácticamente imposible para los residentes hacerlo, por diversos motivos, pero fundamentalmente por estar bajo los efectos de la droga y por no tener confianza con ninguna persona para expresarse. Para este colectivo expresar emociones y sentimientos es signo de debilidad. Después de realizar el proceso de C.T. tampoco pueden expresar emociones y sentimientos, esta vez por no tener confianza suficiente con las personas que los rodean, excepto en situaciones muy puntuales con alguna persona determinada (generalmente terapeutas) y sólo si es totalmente necesario.

Tabla 100. Análisis de congruencias entre los antecedentes

INTENCIONES	CONGRUENCIAS	OBSERVACIONES
A1.- Comportamientos agresivos, descontroles, apatía	— Sí —>	A1.- Adaptados. Responsables del comportamiento. Mayor autonomía
A2.- No capacidad para expresar sentimientos y emociones	— No —>	A2.- No capacidad de expresar emociones y sentimientos
A3.- Pensamientos ambivalentes, muy positivos o muy negativos	— No —>	A3.- Ambivalentes. No se valoran. Miedo al futuro
A4.- Enfermedades crónicas y dentadura	— Sí —>	A4.- Hábitos de salud (higiene, sueño, alimentación, etc.). Siguen medicación
A5.- Abandono de estudios y trabajo	— Sí —>	A5.- Conocimientos toxicomanías. Hábitos de trabajo. Mejora la formación
A6.- Incompatibilidad con pareja	— Sí —>	A6.- Mejora la comunicación
A7.- La familia y los amigos les motivan a realizar el programa	— Parcial —>	A7.- Valoran el esfuerzo. Desconfianza Dan ánimos y están contentos
A8.- Empiezan el programa para cambiar de vida, dejar de consumir, presión familiar y judicial	— Sí —>	A8.- Resultados obtenidos. Cambios en estilo de vida. Dejar drogas ilegales

3.- Los pensamientos del día a día de los residentes antes de empezar el programa giraban en torno a conseguir dinero para comprar droga. No obstante, eran pensamientos muy volubles que cambiaban muy rápido. Después de realizar el proceso de C.T. los residentes tienen pensamientos más positivos, pero según los terapeutas todavía son muy ambivalentes. Los familiares opinan que no se valoran mucho y los voluntarios que tienen miedo al futuro, por lo que cabe concluir que en este aspecto no se logró la congruencia entre lo deseado y lo logrado.

4.- Las enfermedades más típicas de los residentes antes de empezar el programa son: la hepatitis, el V.I.H., los problemas en la dentadura y los trastornos psiquiátricos. Después de realizar el proceso de C.T., los residentes se preocupan de consultar posibles tratamientos para sus enfermedades siguiendo el tratamiento médico prescrito. La mejora en todos los aspectos de la salud es sobresaliente.

5.- Tanto el proceso educativo como el trabajo fueron abandonados por los residentes debido a la incompatibilidad con su estilo de vida vinculado al mundo de las drogas. Una vez empezado el proceso de C.T. los residentes inician un proceso reeducativo, en donde aprenden diferentes contenidos relacionados, principalmente, con las toxicomanías, pero también con otros aspectos relativos al mercado laboral que ayudan a mejorar su formación y la posibilidad de insertarse en el mismo.

6.- La relación de pareja de los residentes antes de empezar el programa era prácticamente imposible por no haber una comunicación fluida entre los componentes de la misma. Después de realizar el proceso de C.T. y debido a las habilidades de relación adquiridas a través de las estrategias y actividades terapéuticas, los residentes mejoran mucho la facilidad de comunicarse. Por eso, los residentes que tienen pareja se pueden expresar mejor con ella, mejorando la relación.

7.- Los familiares y los amigos de los residentes les motivan para que empiecen el programa y lo realicen lo mejor posible. Algunas familias delegan la responsabilidad del toxicómano al programa y otras muestran desconfianza por haber tenido anteriormente muchas experiencias negativas de otros programas. Una vez realizado el proceso de C.T. las familias siguen mostrando desconfianza, aunque están contentas porque su familiar no consume drogas. Los amigos suelen ofrecer apoyo moral, pero no se implican en cuestiones como acompañarlos al médico, salir de paseo o compartir diferentes aficiones.

8.- Las motivaciones de los residentes para empezar en el programa son las siguientes: cambiar de estilo de vida, dejar de consumir drogas ilegales, la presión familiar y la judicial. Una vez realizado el proceso de C.T., los residentes dicen continuar en el programa por los cambios conseguidos en el estilo de vida, por los resultados obtenidos en las áreas personal, de salud, social y laboral, por la ayuda que les ofrece el programa y porque quieren dejar de consumir drogas definitivamente, dándose una gran congruencia entre los deseos y lo realmente conseguido.

4.3.2.2 *Análisis de las congruencias entre las expectativas del programa y las valoraciones de la implementación*

Las transacciones hacen referencia a aquellas estrategias y actividades terapéuticas implementadas que deberían facilitar la consecución de los objetivos del programa. En un primer momento se preguntó a los residentes y terapeutas que desearían conseguir con las estrategias y actividades a las que hacen referencia las transacciones. Una vez realizado el proceso de C.T. se volvió a preguntar a las mismas audiencias por lo conseguido. En este apartado se analiza la coherencia entre lo deseado y lo que realmente se alcanzó, como puede verse en la tabla 101.

Tabla 101. Análisis de las congruencias entre las transacciones

INTENCIONES	CONGRUENCIAS	OBSERVACIONES ²⁹
T1.- Grupos de autoayuda.- Hablar de problemas personales. Autoconocimiento	— No →	T1.- Grupos de autoayuda.- V.R,T=6.29 A.M=Confianza entre residentes, plantear temas importantes
T2.- Grupos temáticos.- Conocimientos acerca de toxicomanías	— Sí →	T2.- Grupos temáticos.- V.R,T=6.20 A.M=Información más variada
T3.- Reunión de la casa.- Reflexionar sobre las dificultades del día a día	— No →	T3.- Reunión de la casa.- V.R,T=6.08 A.M=Más implicación residentes y terapeutas, plantear temas importantes
T4.- Sectores de trabajo.- Adquirir el hábito y la responsabilidad de trabajar regularmente	— Sí →	T4.- Sectores de trabajo.- V.R,T=6.08 A.M=Facilitar aprendizaje, supervisión
T5.- Seguimiento médico.- Mejorar los hábitos relacionados con la salud	— Sí →	T5.- Seguimiento médico.- V.R,T=7.62 A.M=Más coordinación C.T. y U.T.T.
T6.- Deporte.- Realizar actividad física y adquirir el hábito de ejercitarse	— Parcial →	T6.- Deporte.- V.R,T=7.02 A.M=Más actividades, asistencia y participación
T7.- Taller habilidades sociales.- Expresar sentimientos. Mejorar relaciones personales	— No →	T7.- Taller habilidades sociales.- V.R,T=5.62 A.M=Más regularidad, actividades fuera de la C.T.
T8.- Programar salidas de la C.T.- Organizar el tiempo de una manera autónoma. Confianza terapéutica	— Sí →	T8.- Programar salidas de la C.T.- V.R,T=7.28 A.M=Más personas para salir de la C.T.
T9.- Actividades de ocio y T.L.- Responsabilidad y organización del T.L.	— Sí →	T9.- Actividades de ocio y T.L.- V.R,T=8.48 A.M=Más actividades, persona dinamizadora, mas constancia
T10.- Proceso de convivencia.- Convivir en armonía y aprender del resto de componentes de la C.T.	— No →	T10.- Proceso de convivencia.- V.R,T=6.68 A.M=Mas implicación residentes y terapeutas, no residencial
T11.- Entrevistas individuales.- Expresar ideas propias libremente. Resolver problemas concretos. Recibir orientación en el proceso terapéutico	— Sí →	T11.- Entrevistas individuales.- V.R,T=8.11 A.M=Más entrevistas, más empatía entre terapeutas y residentes

- Los “grupos de autoayuda” deberían, según los residentes, facilitar el autoconocimiento con la finalidad de reforzar la personalidad, también deberían ser útiles para afrontar los deseos de consumir facilitando el poder hablar de cuestiones personales. Por su lado, los terapeutas destacan el autoconocimiento, hablar de cuestiones personales y reforzar la personalidad como las principales aportaciones de esta estrategia.

²⁹ V.R,T: Valoración media conjunta de residentes y terapeutas de las estrategias y actividades terapéuticas. La valoración de los residentes y terapeutas por separado se encuentra, dentro del apartado “observaciones”, en las transacciones según los residentes y según los terapeutas. A.M: Aspectos a mejorar.

En realidad esto no ocurre y los residentes son incapaces de hablar de sus problemas personales pues no confían los unos en los otros y no se expresan con claridad. Como afirma un testimonio: *“en los grupos de autoayuda se habla de cosas triviales porque hay que hablar de algo, pero los aspectos importantes no se exponen públicamente puesto que el interés y la confianza entre los residentes es mínima. Cuando termina el grupo los residentes pueden frustrarse porque no fueron capaces de expresar lo que sentían y se lo guardan, por temor a que más adelante puede ser utilizado en su contra”* (VOL.OBNP.V.33).

- Los “grupos temáticos”, según los residentes, deberían facilitar contenidos sobre las enfermedades y medicamentos más presentes en los colectivos de toxicómanos. Para los terapeutas, además de lo anterior, deberían de ser útiles para que los residentes se conozcan mejor a ellos mismos. Una vez realizados estos grupos a lo largo del proceso terapéutico los residentes afirman que aprendieron diversas cuestiones sobre toxicomanías y sobre ellos mismos que antes no sabían, por eso opinan que estos grupos son útiles. No obstante, creen que se podrían mejorar ofreciendo información más variada, planteando temas más interesantes y específicos e intentando que no se realicen tantas interrupciones mientras se realizan los grupos.

- La “reunión de la casa”, según los residentes y los terapeutas, debería facilitar la posibilidad de hablar de las dificultades y problemas surgidos en el día a día, en el centro. En realidad esto no ocurre, ya que según los propios residentes no se implican como deberían en esta actividad, no planteando los problemas realmente importantes que surgen en el centro. Los terapeutas piensan que ellos mismos se deberían implicar más y preparar temas relevantes para reflexionar sobre ellos y también creen que los residentes deberían poner más de su parte, para facilitar la reflexión conjunta.

- Los “sectores de trabajo”, según los residentes, deberían de facilitar la adquisición del hábito de trabajar regularmente. Los terapeutas afirman que con esta estrategia los residentes deben de adquirir la responsabilidad de cumplir con la tarea encomendada diariamente. Según lo observado y los testimonios de los residentes y terapeutas esta estrategia hace que los residentes adquieran un compromiso con la tarea encomendada y adquieran el hábito de trabajar regularmente en el centro.

De todas maneras, los residentes afirman que esta estrategia mejoraría si estuviesen más motivados y le pudiesen dar un sentido terapéutico a la actividad realizada en los sectores de trabajo. Los terapeutas piensan que debería haber una persona encargada de realizar el aprendizaje de los residentes en cada sector (cocina, limpieza, lavandería, mantenimiento de la casa y recepción) y más supervisión de los mismos.

- El “seguimiento médico”, según residentes y terapeutas, debería de mejorar los hábitos relacionado con la salud en todo lo referente a la medicación (metadona y tratamiento psiquiátrico, si lo tienen). Las pautas de medicación son seguidas por todos los residentes correctamente, por lo que después de realizar el proceso de C.T. manifiestan una mejora notable de su estado de salud. Tanto residentes como terapeutas coinciden en señalar que el seguimiento médico mejoraría si hubiera mejor coordinación entre las Unidades de Tratamiento de Toxicómanos que dispensan la metadona y la C.T.

- La “actividad de deporte”, según los residentes y terapeutas, debería posibilitar que los primeros adquieran el hábito de realizar alguna actividad física regularmente. En realidad, los residentes realizan estas actividades obligados y si tienen una disculpa no la realizan, según un testimonio *“muchos residentes van a hacer la actividad de deporte, pero como aquí solo hay un voluntario que los lleva al palacio de deportes correspondiente, algunos residentes ni siquiera se ponen la ropa deportiva y se quedan en la grada viendo a los demás”* (VOL.OB.P.V.33).

Los residentes al saber que no tienen que realizar la actividad deportiva obligatoriamente suelen perder el hábito de hacer ejercicio. Para mejorar esta estrategia habría que ofrecer más variedad de actividades físicas que motivasen a los residentes a acudir voluntariamente.

- Los “talleres de habilidades sociales”, según los residentes, les deberían facilitar herramientas para poder expresar sus emociones y sentimientos de lo que les sucede, y también para mejorar las relaciones personales. Los terapeutas están de acuerdo con los residentes. En realidad estos talleres fueron realizados muy pocas veces en el proceso de C.T., por lo que los residentes los puntúan con un 5.00 y los terapeutas con 6.25. Los residentes no pudieron adquirir e interiorizar los recursos ofrecidos por estos talleres. Tanto terapeutas como residentes afirman que debería haber más talleres de habilidades sociales.

- La estrategia terapéutica de “programar salidas de la C.T.”, según los residentes y terapeutas, les debería enseñar, a los residentes, a organizar el tiempo autónomamente y adquirir la responsabilidad de su propia persona. Tanto los residentes como los terapeutas afirman que esta actividad se cumple en realidad y los residentes van adquiriendo autonomía a la vez que avanza el proceso de C.T.

- Las “actividades de ocio y tiempo libre”, según los residentes, debería proporcionarles la adquisición de autonomía y alternativas, en cuanto a la organización del tiempo libre. Los terapeutas afirman que con esta actividad se deben de ganar la “confianza terapéutica” (cumplir los horarios pactados). Los residentes afirman que estas

actividades son las que más les gustan y las valoran con 9.16. Los terapeutas también piensan que estas actividades están bien planteadas y que mejorarían si hubiese una persona dinamizadora de las mismas.

- El “proceso de convivencia”, según los residentes y terapeutas, debería de ser útil para aprender a vivir en armonía y aprender del resto de los compañeros. En realidad esto no ocurre y los residentes no se implican ni confían en los demás. Los terapeutas comparten esta visión y proponen para mejorar la convivencia que debería haber más preocupación y supervisión por parte del equipo terapéutico y que se debería fomentar la no-residencialidad en el centro.

- Por último, las “entrevistas individuales”, según los residentes y terapeutas, deberían de facilitar orientación en el proceso terapéutico, favorecer un lugar a los residentes para expresar sus ideas libremente y resolver problemas concretos. Los residentes puntúan con 7.83 esta estrategia terapéutica y afirman que les es muy útil. Los terapeutas la puntúan con 8.40 y afirman, junto con los residentes, que debería de haber más entrevistas individuales.

4.3.2.3 Análisis de las congruencias entre los logros a alcanzar y los resultados del programa

Los residentes cuando ingresan en la C.T. esperan conseguir una serie de resultados que les posibilite mejorar la calidad de vida, pero no solamente son los residentes los que quieren obtener unos resultados, sino también los terapeutas, voluntarios y familias que siguen el día a día de los residentes y esperan que estos realicen el proceso de C.T. y consigan mejorar el estilo de vida anterior, relacionado con el mundo de las drogas.

En este apartado, como puede verse en la tabla 102, se recoge la síntesis de las intenciones de las audiencias, antes mencionadas, y se analizan las congruencias con los resultados observados, después de que los residentes hayan realizado el proceso de C.T., obteniéndose los siguientes resultados:

1.- Respecto al Área Salud, las intenciones de los implicados hacen referencia al deseo de llegar a que los residentes no consuman drogas ilegales definitivamente, puesto que normalmente lo que suelen hacer es dejarlas una temporada y luego volver a consumir. Además, es muy importante para este colectivo el seguir la medicación que tienen estipulada, tanto la metadona, como el tratamiento psiquiátrico correspondiente el que lo tenga, puesto que les garantiza cierta estabilidad psíquica. Por último, se pretende que el proceso de C.T. facilite a los residentes la posibilidad de adquirir hábitos de vida que mejoren su estilo de vida en relación a salud.

Tabla 102. Análisis de las congruencias entre los resultados

	INTENCIONES	CONGRUENCIAS	OBSERVACIONES
R	R1.- <u>Área salud</u> .- No consumo drogas ilegales. Seguir tratamiento médico (metadona y psiquiátrico si tiene). Adquirir hábitos saludables.	— Sí —→	R1.- <u>Área salud</u> .- Hábitos saludables. Responsables de la propia salud. Si-guen tratamiento médico
	R2.- <u>Área personal</u> .- Expresar senti-mientos y emociones. No dependencia emocional. Adaptación al contexto	— Parcial —→	R2.- <u>Área personal</u> .- Adaptados al con-texto. Mejor comunicación. No capacidad para expresar sentimientos y emociones
	R3.- <u>Área social</u> .- Relaciones familiares correctas. Amigos que no consuman drogas ilegales. Ocupación positiva del tiempo libre	— Sí —→	R3.- <u>Área social</u> .- Mejora la relación fa-miliar. Mejora la utilización del tiempo libre. Dificultad para conocer personas que no consuman drogas ilegales
	R4.- <u>Área laboral</u> .- Formación orientada al ámbito del trabajo. Inserción laboral	— Sí —→	R4.- <u>Área laboral</u> .- Mejora la formación Realizan trabajos esporádicos. No inserción definitiva al mundo laboral

Una vez realizado el proceso de C.T., se observa que realmente los residentes no consumen drogas ilegales habitualmente. Por otro lado, han adquirido hábitos de vida saludables como, por ejemplo: respetar las horas de sueño, cuidar la higiene personal, seguir pautas de medicación y llevar una dieta equilibrada. Por último, se podría decir que los residentes son más responsables con su estado de salud teniendo un estilo de vida acorde con ello.

2.- Respecto al Área Personal, las intenciones de las audiencias es que los residentes sean capaces de expresar habitualmente sus emociones y sentimientos de un modo correcto. Además, los residentes deben de lograr adquirir la independencia emocional, es decir, que no necesiten de ninguna persona concreta para tener estabilidad emocional. Por último, se pretende que los residentes se adapten al contexto donde residen, para que puedan llevar una vida normalizada.

Una vez realizado el proceso de C.T., se observa que los residentes no son capaces de expresar sus emociones y sentimientos, un testigo afirma: *“no habla mucho de sus asuntos personales ni de cómo se siente, ni siquiera con los familiares más próximos”* (FAM.OBNP.M.48). Normalmente dependen de alguna persona a la que se sienten muy unidos y cuando esa persona, por determinadas circunstancias, les falla se frustran y pueden acabar recayendo en el consumo de drogas ilegales. Por último, aunque se comportan adaptadamente al contexto donde residen, suelen tener muchas dudas de si pueden seguir así por mucho tiempo, como afirma un testimonio: *“yo no puedo volver para la ciudad X, porque es como un agujero negro. Todos nos conocemos y al final, si no es con uno es con otro, acabas consumiendo”* (VOL.OBP.V.33).

3.- Respecto al Área Social, las audiencias implicadas desean que los residentes, al realizar el proceso de C.T. mejoren las relaciones familiares que generalmente están muy deterioradas o incluso perdidas. Además, los residentes deben de llegar a

relacionarse con personas que no consuman drogas ilegales, con las que poder ocupar el tiempo libre de una forma positiva y satisfactoria.

Una vez realizado el proceso de C.T., muchos residentes retoman el contacto con los familiares y los que ya lo tenían mejoran mucho las relaciones con los mismos. A pesar de que tienen muchas dificultades para relacionarse con personas que no consuman drogas ilegales, lo intentan habitualmente y llegan a tener alguna persona en la que confiar. Por último, suelen planificar actividades para realizar en su tiempo libre, como por ejemplo: ir al cine, hacer excursiones, salir de paseo con la familia o ir a tomar un café con algún amigo.

4.- Respecto al Área Laboral, las intenciones de las audiencias implicadas hacen referencia al deseo de que los residentes adquieran, a través de diferentes cursos y programas que realizan fuera de la C.T., una formación orientada al ámbito laboral, a la vez que realizan el proceso terapéutico, que finalmente les posibilite la incorporación al mercado laboral lo más rápido posible.

La realidad observada es que los residentes realizan cursos que mejoran su formación y por tanto, las oportunidades de incorporarse al mercado laboral. Además algunos residentes realizan trabajos esporádicos que les facilita, en muchos casos, la toma de contacto con el mundo laboral. Sin embargo, hay residentes que por su incapacidad física (enfermedades y minusvalías reconocidas) será muy difícil que puedan llegar a trabajar.

CAPÍTULO V

Capítulo 5. Valoración de los resultados. Juicios y estimaciones

5.1 Referentes para emitir las valoraciones

5.1.1 Normativa referente a los centros terapéuticos

5.1.2 Normas propias del centro objeto de evaluación

5.1.3 Síntesis de la normativa para realizar las valoraciones

5.2 Otros referentes

5.2.1 Referentes del mismo contexto que el programa evaluado

5.2.2 Referentes de otros contextos

5.3 Juicios y estimaciones sobre el programa evaluado

5.3.1 Juicios relativos al diseño del programa

5.3.2 Juicios relativos a la implementación y desarrollo del programa

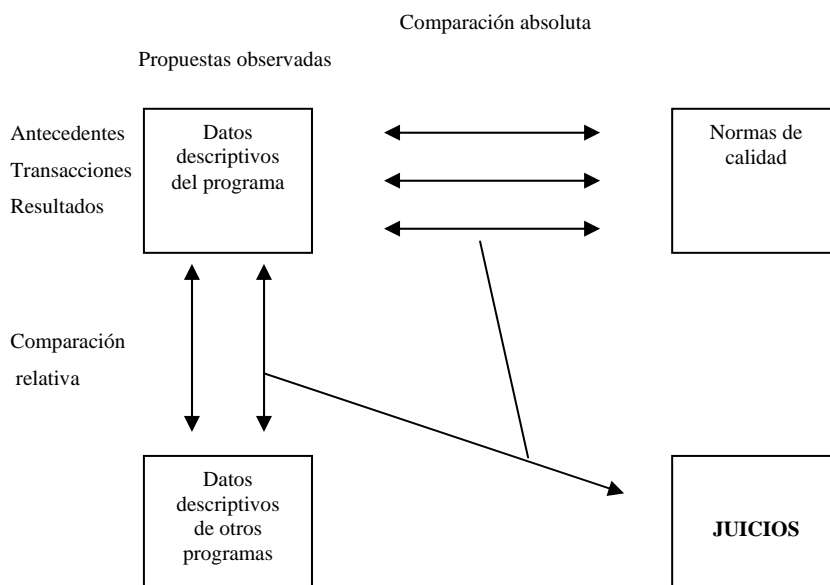
5.3.3 Juicios referentes a los resultados obtenidos

5. Valoración de los resultados. Juicios y estimaciones

En este capítulo se expone la organización de los resultados más representativos de la evaluación realizada. Para ello, y siguiendo el marco de referencia del modelo planteado inicialmente, se deben de tener en cuenta tanto las “normas” como los “juicios”.

Las “normas” hacen referencia a lo que la gente generalmente aprueba. El ámbito de los programas de rehabilitación de toxicómanos no está regulado oficialmente, puesto que estos programas surgieron de iniciativas de personas concretas y los contenidos terapéuticos que se utilizaban en los mismos eran, generalmente, elegidos por las personas fundadoras del programa. Las normas planteadas, como puede verse en el gráfico 108, deben ser tanto las absolutas, es decir, las convicciones personales de las audiencias, como las relativas o referentes de otros programas que sean adecuados.

Gráfico 108. El proceso del juicio



Fuente: Stake (1967) citado por Stufflebeam & Skinkfield (1987: 249)

Los “juicios” hacen referencia a lo que las personas piensan que debe ser el programa. Por eso, en esta evaluación utilizamos el criterio de las audiencias implicadas para emitir los juicios de valor y también utilizamos los referentes de otros programas.

5.1 Referentes para emitir las valoraciones

La normativa vigente sobre evaluación de programas y C.T.s para la rehabilitación de toxicómanos es escasa. Solamente, el Decreto 63/1993 de 15 Julio de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, regula la autorización y acreditación de centros y servicios de atención sociosanitaria a personas drogodependientes, por eso el resto de normas que se tienen en cuenta son de carácter general, como por ejemplo, las relativas a: centros sanitarios, seguridad social prevención de riesgos laborales y el estatuto de los trabajadores.

Dentro de este apartado de normas se desarrollarán los antecedentes legales vigentes de los centros terapéuticos, el protocolo de acceso al centro objeto de evaluación, las normas referidas al funcionamiento del programa y, por último, algunos referentes relativos a los resultados a lograr por la C.T.

5.1.1 Normativa referente a los centros terapéuticos

La normativa vigente, en la actualidad, para este tipo de centros se puede dividir en dos bloques: leyes de carácter general y leyes de carácter específico.

5.1.1.1 Leyes de carácter general

Respecto a las leyes de carácter general tenemos:

- El R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Aquí se especifican los requisitos para obtener la autorización para crear, modificar o suprimir un centro sanitario.

El centro donde se desarrolla el programa evaluado, estaría clasificado en el R.D. 1277/2003 como “C.2.5.90: otros centros especializados que no se ajustan a las características de ninguno de los grupos anteriores”. La oferta asistencial que se presta estaría tipificada, según este mismo R.D. como “U. 71: atención sanitaria a drogodependientes: unidad asistencial pluridisciplinar en la que, bajo la supervisión de un facultativo sanitario, se prestan servicios de prevención, atención y rehabilitación al drogodependiente, mediante la aplicación de técnicas terapéuticas”.

- El Decreto 42/1994, de 16 Junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula la creación, modificación y supresión o cierre de centros y establecimientos sanitarios. Aquí se especifican los requisitos para crear, modificar o suprimir un centro sanitario en el ámbito del Principado de Asturias.

El centro donde se implementa el programa evaluado, según este R.D. sería un centro cuya finalidad principal es la prestación de un servicio sanitario. Por tanto, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales previa solicitud formal con la documentación pertinente, autorizó la creación del mismo puesto que reúne los requisitos pertinentes.

- La Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales, tiene por objeto la ordenación, organización y desarrollo de los servicios sociales conforme a las necesidades actuales para mejorar la calidad de vida, evitar la exclusión de personas y colectivos desfavorecidos e impulsar el bienestar social.

Según el art. 3 son funciones del sistema público de servicios sociales y tienen relación con el colectivo de toxicómanos las siguientes:

- 1.- “Desarrollar actividades preventivas para promover la autonomía y superar causas de marginación y de exclusión”.
- 2.- “Promover la integración social de las personas y grupos”.
- 3.- “Prestar apoyos a personas o grupos en situación de dependencia”.
- 4.- “Favorecer la participación y el pleno y libre desarrollo de las personas y de los grupos dentro de la sociedad, así como el fomento del desarrollo comunitario”.

Los art. 12 y 13 hacen referencia a los servicios sociales especializados. Las personas usuarias tienen derechos y deberes. Respecto a los derechos, los más destacables son: el acceso en igualdad de oportunidades, libertad ideológica, religiosa y de culto, libertad de ingreso, permanencia y salida de los centros de servicios sociales, secreto de las comunicaciones, participar y asociarse en los centros, para tomar decisiones, según el reglamento de régimen interno, el secreto profesional de los datos del expediente personal, información completa y comprensible de su proceso, mantener relaciones interpersonales recibiendo las visitas pertinentes, asistencia individualizada y la máxima intimidad posible en el proceso de convivencia.

Son deberes de las personas usuarias: cumplir las normas de acceso, comportarse con respeto hacia el resto de personas implicadas en la utilización de los servicios sociales, cumplir el reglamento de régimen interno, seguir el programa vigente del servicio utilizado, cuidar los centros e instalaciones actuando de manera responsable, abonar la contraprestación económica pertinente y cumplir con las contraprestaciones indicadas.

- La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales que tiene por objeto la atención a la seguridad y a la salud de los trabajadores a través de dispositivos que ayuden a la prevención de los riesgos en el ámbito laboral.

Esta ley, en su art. 41, hace referencia a la obligación de los suministradores de sustancias químicas (en nuestro caso concreto, metadona y resto de medicamentos prescritos a los residentes) de envasar y etiquetar las mismas, en recipientes que permitan su manipulación y conservación, con la suficiente seguridad para que no conlleve riesgos para los trabajadores que habitualmente las manejan.

- El R.D.L. 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y la legislación que la desarrolla, donde se regulan todos los aspectos relativos a los derechos y deberes que tienen los trabajadores del centro en donde se implementa el programa evaluado.

- El R.D.L. 1/1994, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y legislación que desarrolla donde se regulan los aspectos relacionados con los derechos y obligaciones en cuanto a la situación social de las audiencias implicadas en la evaluación.

- Por último, también se tiene en cuenta la norma UNE- en ISO 9001:2000 (Sistemas de Gestión de Calidad) que el centro está aplicando, para obtener la acreditación como programa de calidad.

5.1.1.2 Leyes de carácter específico

- El Decreto 63/1993, de 15 Julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula la autorización y acreditación de centros y servicios de atención sociosanitaria a personas drogodependientes.

Este decreto establece unos requisitos mínimos y otros de carácter complementario para que los centros que los cumplan acrediten determinados niveles de calidad en sus prestaciones. Y para que puedan establecer conciertos con percepción de subvenciones y ayudas de las Administraciones Públicas.

Según este decreto se consideran centros y servicios de atención sociosanitaria a personas drogodependientes a aquellos que realicen actividades de orientación, desintoxicación, deshabitación, rehabilitación y reinserción, además de otras medidas terapéuticas para mejorar la salud física, psíquica o el estado social de los drogodependientes, siempre que dicha atención se preste en régimen de internamiento total o parcial.

Los centros de atención sociosanitaria pueden ser de internamiento total, como es el caso que nos ocupa, o de internamiento parcial. Los centros de internamiento total deberán realizar las actividades de atención, antes citadas, durante las veinticuatro horas

del día. Los de internamiento parcial sólo prestarán atención sociosanitaria durante periodos determinados del día.

Para que el titular de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales autorice el funcionamiento de un centro, éste deberá reunir los siguientes requisitos mínimos:

En cuanto a personal:

- 1.- Un equipo terapéutico dirigido por un profesional licenciado o diplomado en el campo de la medicina, psicología, educación o trabajo social.
- 2.- Acreditar documentalmente el medio por el que queda garantizada la asistencia sanitaria a los residentes si el centro no dispone de servicios médicos propios.
- 3.- Realizar la atención sanitaria por al menos un responsable del programa las 24 h. del día.

En cuanto a prestación de servicios:

- 1.- Tener un Reglamento de Régimen Interno a disposición del usuario en el que se especifique: funciones y responsabilidades del personal, derechos y deberes de los usuarios, régimen de visitas y salidas del centro residencial, reglas de convivencia, causas y motivos de traslado y expulsión.
- 2.- Seguimiento de todo el proceso de rehabilitación y reinserción con el asesoramiento pertinente a los familiares.

Respecto al procedimiento de acreditación:

- 1.- Memoria descriptiva de la actividad realizada por el centro en el año anterior a la solicitud.
- 2.- Plan económico y fuentes de financiación.
- 3.- Documento en donde se especifiquen los distintos espacios del centro y la función o actividad que se desarrolla en cada uno.
- 4.- Medidas existentes para la custodia de los medicamentos y responsable jurídico institucional de la misma.
- 5.- Documentos acreditativos del cumplimiento de los anteriores requisitos.

Referente a la información ofrecida a la administración:

- 1.- Movimiento asistencial.
- 2.- Características sociodemográficas de los usuarios, según las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, municipio de procedencia, historia de tratamientos anteriores, droga principal por la que inicia el tratamiento.
- 3.- Actividades de formación realizadas a lo largo del año por el personal del centro.
- 4.- Toda información que posibilite un mejor conocimiento del centro, como por ejemplo: investigadores, evaluaciones complementarias, publicaciones, etc.

- Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado y Ley 10/2001 del Principado de Asturias, de 12 de noviembre, del Voluntariado³⁰.

Ambas leyes tienen por objeto promover, fomentar y ordenar la participación ciudadana dentro de actuaciones voluntarias en el seno o a través de entidades de voluntariado públicas o privadas sin ánimo de lucro. Las actuaciones voluntarias son aquellas que:

- 1.- Tienen un carácter solidario y altruista.
- 2.- Su desarrollo sea una decisión libre, sin obligación jurídica o personal.
- 3.- Se lleven a cabo sin contraprestación económica o material.
- 4.- Se realicen en organizaciones públicas o privadas a través de proyectos concretos.

Las actividades de voluntariado deberán tener un interés general como, por ejemplo, las desarrolladas en el ámbito de los servicios sociales y de la salud. Aquí se encontrarían las actividades que realizan los voluntarios del programa evaluado, ya que dentro de un programa concreto intentan mejorar el bienestar social y la salud de los residentes del mismo.

Según estas dos leyes, los derechos más relevantes de los voluntarios son:

- 1.- Recibir información, orientación y apoyo permanente para realizar las funciones asignadas.
- 2.- Participar activamente en el programa donde se incluyan, pudiendo colaborar en el diseño, implementación y evaluación del mismo.
- 3.- Estar asegurados contra los riesgos de accidente y enfermedad derivados de su actividad voluntaria.
- 4.- Ser remunerados económicamente por los gastos que conlleven la realización de la actividad.
- 5.- Tener una acreditación identificativa de la condición de voluntario.
- 6.- Realizar la actividad de voluntario en las condiciones adecuadas de seguridad e higiene.
- 7.- A no ser asignados a tareas ajenas a los fines y naturaleza del programa donde realicen el voluntariado.
- 8.- A obtener el reconocimiento de la actividad realizada mediante certificado donde figure la duración y la actividad realizada.

³⁰ Por el paralelismo legislativo que existe entre estas leyes se explicitan las características de las dos a la vez, señalando cuando fuese pertinente las diferencias entre ambas.

Los deberes más relevantes, a cumplir por los voluntarios, son:

- 1.- Cumplir con el compromiso adquirido con el programa o entidad donde se realice el voluntariado respetando los fines, las normas y la confidencialidad de la información recibida cuando proceda.
- 2.- Rechazar cualquier contraprestación económica por los servicios prestados.
- 3.- Respetar los derechos de los sujetos con los que se realiza la actividad y las normas de seguridad e higiene del programa o institución donde se lleva a cabo el voluntariado.
- 4.- Participar en las tareas de formación que proponga el programa o entidad donde se realiza el voluntariado.
- 5.- Colaborar en la medida de lo posible al mantenimiento de los recursos y materiales del programa o entidad, donde se realiza el voluntariado, y la mejora de la calidad.

- La Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones persigue tres objetivos fundamentales:

- 1.- Reducir la intervención de los poderes públicos en el funcionamiento de las fundaciones.
- 2.- Flexibilizar y simplificar los procedimientos, especialmente los de carácter económico y financiero.
- 3.- Dinamizar y potenciar el fenómeno fundacional, como cauce a través del que la sociedad civil coadyuva con los poderes públicos en la consecución de fines de interés general.

Según esta ley se apoyará, especialmente, desde la administración, a aquellas fundaciones que contribuyan a la creación y desarrollo de respuestas e iniciativas en consonancia con las necesidades de la sociedad actual, por ejemplo: la defensa de la democracia, el fomento de la solidaridad, el bienestar de los ciudadanos, la profundización de los derechos humanos, la defensa del medio ambiente, la financiación de la cultura, las ciencias, las prácticas médicas y la investigación.

Por fundaciones se entiende aquellas organizaciones creadas sin ánimo de lucro que, por voluntad de sus creadores, tienen destinado con carácter regular su patrimonio a la ejecución de acciones de interés general. Los beneficiarios directos serían las personas en riesgo de exclusión por razones físicas, sociales o culturales.

- La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal tiene la finalidad de garantizar y proteger, en lo relativo al tratamiento de datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, en todo lo concerniente a su honor e intimidad personal y familiar. La aplicación de la

misma será sobre los datos de carácter personal registrados en soporte físico que puedan ser objeto de tratamiento.

En la presente ley se entiende por “datos de carácter personal” cualquier información relativa a personas físicas identificadas o identificables. “Tratamiento de datos” serían aquellas operaciones técnicas que llevan consigo la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo, cancelación y aquellas cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias.

5.1.2 Normas propias del centro objeto de evaluación

Debido a las características del programa en lo referente al tratamiento utilizado, objetivos y metodología, principalmente, se hace necesario tener un protocolo de criterios de acceso al centro, unas normas relativas al funcionamiento del programa y los referentes de los resultados a lograr por la C.T., como a continuación especificamos.

5.1.2.1 Requisitos y protocolo de acceso al centro objeto de evaluación

Los criterios que regulan la admisión de los futuros residentes en el mismo, con la finalidad de lograr una adecuación óptima al centro y a las características terapéuticas del mismo, son los siguientes:

- Deben de ser personas derivadas de la red pública de atención a drogodependientes, si existiese alguna demanda desde otro sitio deberá recurrir a alguna Unidad de Tratamiento de Toxicómanos (U.T.T.) de la región.

- Varones y mujeres mayores de 18 años que hayan demandado su inclusión en un recurso complementario al programa de mantenimiento con metadona que realizan en la U.T.T. correspondiente.

- Tener una estabilidad en el proceso en el que se encuentran en la U.T.T. compartiendo unos objetivos y pautas de funcionamiento similares al programa de la C.T.

El programa también explicita aquellas características que pueden tener algunas personas y que no pueden ser tratados en dicho programa, son los criterios de exclusión y son los siguientes:

- Aquellas personas cuya gravedad orgánica indicase el paso previo por medicina interna.

- Tener trastornos infecciosos graves que requieran tratamiento hospitalario o de consulta externa (Ejemplo: Tuberculosis, infección grave de V.I.H, etc.).

- Tener una gravedad psicopatológica que indique antes su paso por otros servicios de salud mental, si bien esto no indica que se excluyan del programa pacientes por diagnósticos de comorbilidad leve.

Además el programa también recoge los pasos que debe realizar el futuro residente para empezar a realizar el proceso de C.T. en el centro y son los siguientes:

- Un terapeuta del centro realizará al futuro residente una serie de entrevistas que pueden variar de cuatro a seis, con el fin de valorar la motivación del mismo para ingresar y realizar el programa.
- Una vez realizadas estas entrevistas y la valoración positiva de las mismas, el equipo terapéutico del centro conjuntamente con el de la U.T.T. del centro de salud correspondiente decidirán el ingreso al centro.
- En el momento del ingreso los dos equipos terapéuticos realizarán un informe del estado de salud actual del residente, justificando los objetivos que se persiguen con la estancia en la C.T., el tratamiento más pertinente y el tiempo necesario para conseguirlos.

Una vez ejecutadas todas las acciones anteriormente especificadas se comienza el proceso de C.T. Este se realizará conforme a lo acordado en el informe realizado por el equipo terapéutico del centro y la U.T.T. y se irá adaptando según la evolución del residente.

5.1.2.2 Las normas relativas al funcionamiento del programa

En el centro donde se implementa el programa de C.T. objeto de evaluación existen unas normas de funcionamiento que se denominan “acuerdos de la casa” pues son negociadas con los residentes cuando ingresan en el centro, se dividen en los siguientes cuatro bloques: Normas de disciplina, de seguridad, de organización y de higiene.

Normas de disciplina:

- 1.- Son motivos de expulsión utilizar la violencia tanto física como verbal con cualquier usuario del centro.
- 2.- Se deben de cumplir los horarios especificados en el corcho de anuncios.
- 3.- Se podrá dormir una siesta de 45 minutos de 15:00 a 15:45h., antes de la reunión de la casa. Los fines de semana, la siesta se puede prolongar hasta una hora como máximo.
- 4.- Solo está permitido fumar en el patio y durante el día.
- 5.- En el centro se deberá estar correctamente vestido y nunca con la ropa de trabajo excepto que el usuario permanezca en los sectores de trabajo. Además

tampoco está permitido asistir a la reunión de la casa, los grupos y el comedor con chanclas, pantalón corto o camiseta de tirantes.

6.- No se puede traer comida y bebida de fuera del centro, únicamente golosinas de forma moderada.

7.- Sólo se podrá comer fuera del horario comidas en ocasiones excepcionales y con permiso del terapeuta correspondiente.

8.- El café sólo está permitido en el desayuno y en la comida, en la medida establecida.

9.- Los cascos para escuchar música sólo se podrán utilizar en la habitación, nunca cuando se realicen tareas o se hable con el resto de los residentes.

Normas de seguridad:

10.- Se registrarán las maletas cuando se traigan objetos de fuera del centro.

11.- Los cartones de tabaco y la ropa deberán estar marcados con el nombre de cada propietario.

12.- Para salir fuera del centro es obligatorio llevar el D.N.I.

13.- Cuando se sale y se llega al centro todos los residentes se apuntarán a la libreta de salidas y llegadas. Además deberán hablar con el terapeuta o educador pertinente de posibles incidencias, si se sale con dinero hacer las cuentas según lo presupuestado.

14.- La puerta de la calle solamente la podrá abrir la persona responsable de la misma.

15.- No se podrá prestar ropa, objetos o hacerse regalos sin comentarlo con los terapeutas.

16.- Las visitas de familiares o amigos no pueden subir a la zona de habitaciones.

17.- Antes de acostarse se debe entregar el tabaco y el mechero al educador.

18.- Para ir a la zona de lavandería y sectores se avisará previamente a un terapeuta e irán dos personas como mínimo nunca una sola. Para coger cualquier cosa se deberá pedir permiso al responsable correspondiente.

19.- En caso de una emergencia nocturna se avisará al educador acompañado por el compañero de habitación. Si se duerme solo, acompañado por un compañero del grupo de autoayuda.

Normas de organización:

20.- Todos los residentes se deben de apuntar a una actividad diaria de ocio y tiempo libre que se realizará de 16:30 a 18:00h.

21.- Los jueves se especificará la programación del fin de semana en el tablón de anuncios. Todos los residentes (excepto las bajas) participarán en todas las actividades. Las que tengan las plazas limitadas las realizarán los que primero se apunten.

22.- Si se realizan llamadas telefónicas se deberá hablar con el terapeuta y apuntar en la libreta correspondiente. El horario para utilizar el teléfono (recibir y hacer llamadas) es de 17:30 a 19:30h. y de 22:00 a 23:00h., como máximo 5 minutos por llamada.

23.- Para realizar salidas del centro, compras, gestiones o solicitar informes médicos se debe hablar con el terapeuta correspondiente. Los gastos efectuados deben de ser realizados conforme al presupuesto acordado. Al llegar al centro se comprobará con el terapeuta/educador pertinente.

24.- Cuando exista diferencia de criterios para realizar una tarea se hará como especifique el responsable del sector correspondiente y se valorará como funciona.

25.- Para tirar cualquier tipo de alimento se deberá comunicar al terapeuta responsable.

Normas de higiene:

26.- Antes del bajar a desayunar es obligatorio ducharse y afeitarse todos los días.

27.- Antes de organizar el comedor, a quien corresponda, o comer, se deberán lavar las manos y después de cada comida los dientes.

28.- Las duchas y los lavabos se deben de limpiar después de utilizarlos con desinfectante.

29.- Para ducharse se utilizará chanclas y albornoz, después se debe pasar la fregona con desinfectante amoniacal.

30.- Cada residente será responsable de lavar su ropa interior a mano y de desinfectar el lavabo una vez terminada la operación.

5.1.2.3 Algunos referentes de los resultados a lograr por la C.T.

El Plan Regional Sobre Drogas (P.R.S.D.) especifica los resultados que este programa de C.T. de mantenimiento con metadona para la rehabilitación de toxicómanos debería conseguir, en el desarrollo de su implementación, y serían los siguientes:

1.- Servir de alternativa para aquellas personas que consumen drogas ilegales de forma continua y para las que consumen cualquier tipo de fármaco sin receta.

2.- Reducir los problemas sociales y sanitarios derivados del consumo de cualquier tipo de drogas, como pueden ser: los problemas de inadaptación social al contexto de residencia, las muertes por mal uso de los diferentes tipos de drogas (sobredosis) y los contagios de enfermedades por vía parenteral (V.I.H., hepatitis y tuberculosis, principalmente).

3.- Ampliar el apoyo social que pueden recibir las personas con dependencia a las drogas, para que puedan tener una alternativa terapéutica a la pena de privación de libertad.

4.- Recibir los apoyos económicos que oferta el estado para personas con esta problemática y tener una alternativa viable para su incorporación a la sociedad.

- 5.- Que las personas con problemas de drogodependencia dispongan de otra alternativa de tratamiento en la que se permite la metadona como sustitutivo de las drogas ilegales.
- 6.- Disponer de un tratamiento individualizado y adaptado a la situación de cada persona para que pueda realizar una transición progresiva al contexto habitual donde reside.
- 7.- Que los residentes de la C.T. lleguen a tener un grado de autoconocimiento suficiente para mejorar en el aspecto comportamental, emocional y cognitivo de tal manera que puedan ser autónomos en el plano personal.
- 8.- Realizar un seguimiento a los usuarios del servicio para que sigan la medicación que tienen recetada por la U.T.T. correspondiente al centro de salud al que pertenezcan.
- 9.- Que la C.T. sea útil para que los residentes adquieran hábitos de vida saludables, tanto desde el punto vista personal (higiene personal, alimentación, sueño, etc.), como con el resto de personas del entorno (convivencia, mantenimiento de los espacios comunes, etc.).
- 10.- Conseguir que cada residente llegue a tener una red de apoyo social que le permita integrarse satisfactoriamente en el entorno donde reside.
- 11.- Disponer de un plan individualizado para cada residente de reinserción a la vida laboral que le permita tener autonomía económica.

Todos los objetivos propuestos por el P.R.S.D. deberán de servir como referentes a conseguir y líneas de actuación para los programas, de este tipo, implementados en el Principado de Asturias.

5.1.3 Síntesis de la normativa para realizar las valoraciones

A modo de resumen, las normas y legislación vigente referente a los centros terapéuticos para la rehabilitación de toxicómanos se recogen en la tabla 103, en donde se especifican las leyes de carácter general, las leyes de carácter específico, los requisitos de inclusión y exclusión del centro, las normas relativas al funcionamiento del programa y los referentes de los resultados a lograr por el centro. Todas estas normas y legislación forman parte de la matriz de juicios.

Tabla 103. Síntesis de la normativa de la matriz de juicios

NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
Leyes de carácter general	<ul style="list-style-type: none"> - El R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. - El Decreto 42/1994, de 16 junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula la creación, modificación y supresión o cierre de centros y establecimientos sanitarios. - La Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales, tiene por objeto la ordenación, organización y desarrollo de los servicios sociales para mejorar la calidad de vida. - La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales que tiene por objeto la atención a la seguridad y a la salud de los trabajadores. - El R.D.L. 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores y la legislación que la desarrolla, donde se regulan los derechos y deberes de los trabajadores. - El R.D.L. 1/1994, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social que regula los derechos y obligaciones en materia social. - Norma UNE- en ISO 9001:2000 (Sistemas de Gestión de Calidad).
Leyes de carácter específico	<ul style="list-style-type: none"> - El Decreto 637/1993, de 15 Julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula la autorización y acreditación de centros y servicios de atención sociosanitaria a personas drogodependientes. - Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado y Ley 10/2001 del Principado de Asturias, de 12 de noviembre, del Voluntariado. Regulan todos los aspectos relacionados con los derechos, deberes y participación ciudadana en actividades voluntarias a través de asociaciones. - La Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones, en la que se apoya a fundaciones que contribuyan a la creación y desarrollo de respuestas e iniciativas en consonancia con las necesidades de la sociedad actual. - La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal tiene la finalidad de garantizar y proteger, en lo relativo al tratamiento de datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas.
Requisitos de inclusión y exclusión del centro	<p>Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas derivadas de la red pública de atención a drogodependientes. - Varones y mujeres mayores de 18 años que hayan demandado su inclusión en un recurso complementario al programa de mantenimiento con metadona que realizan en la U.T.T. correspondiente. - Tener una estabilidad en el proceso en el que se encuentran en la U.T.T. compartiendo unos objetivos y pautas de funcionamiento similares al programa de la C.T. <p>Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aquellas personas cuya gravedad orgánica indicase el paso previo por medicina interna. - Tener trastornos infecciosos graves que requieran tratamiento hospitalario o de consulta externa (Eje. Tuberculosis, infección grave de V.I.H, etc.). - Tener una gravedad psicopatológica que indique antes su paso por otros servicios de salud mental, si bien esto no indica que se excluyan del programa pacientes por diagnósticos de comorbilidad leve.
Normas relativas al funcionamiento del programa	<ul style="list-style-type: none"> - Normas de disciplina: Respeto hacia los demás y uso adecuado de las instalaciones del centro. - Normas de seguridad: Salidas y llegadas, visitas, control de objetos que llegan al centro, medicación. - Normas de organización: Horarios de actividades, distribución de actividades, responsables de sectores. - Normas de higiene: Personal para cada residente, del centro y las instalaciones, manipulación de alimentos.
Referentes de los resultados a lograr por la C.T.	<ul style="list-style-type: none"> - Servir de alternativa a los consumidores habituales de drogas ilegales. - Mejorar la problemática social que genera el consumo abusivo de drogas. - Ofrecer apoyo social a las personas adictas al consumo de drogas y tener una opción que sustituya a la privación de libertad. - Recibir los apoyos económicos que oferta el estado para personas con esta problemática. - Que los toxicómanos tengan la opción de seguir un tratamiento terapéutico de mantenimiento con metadona. - Disponer de un tratamiento individualizado que permita la reincorporación progresiva a la sociedad. - Que los residentes adquieran el autoconocimiento personal necesario para tener autonomía personal. - Realizar el seguimiento de la medicación asignada a cada residente por el centro de salud correspondiente. - Facilitar la adquisición de hábitos de vida saludables en el plano personal y social. - Conseguir que los residentes adquieran el apoyo social suficiente para integrarse en el contexto donde residen. - Realizar una planificación de reinserción laboral individualizado que permita a los residentes incorporarse progresivamente a la vida laboral.

5.2 Otros referentes

Debido a la falta de trabajos evaluativos realizados en programas de C.T. de mantenimiento con metadona para la rehabilitación de toxicómanos hemos seleccionado tres trabajos de evaluación de una C.T. realizados en un contexto próximo al programa evaluado, que son los de: Fernández & Secades (1999), Fernández & Secades (2001), Luengo, Romero & Gómez (2001) y López Goñi (2005) con la única diferencia que estos no son con mantenimiento de metadona, sino libres de drogas.

En relación con referentes de otros contextos, sí encontramos programas de mantenimiento con metadona, pero debido al enfoque cuasiexperimental de los trabajos evaluativos realizados sobre estos programas es difícil extraer información relevante para un trabajo con un enfoque observacional como éste. No obstante, sí se pudieron obtener algunos datos concretos que pueden servir como referentes, de los siguientes trabajos: Gossop, Marsden, Stewart & Treacy (2001); Prendergast, Podus, Chang & Urada (2002); Dekel, Benbenishty & Amran (2004); Kerr, Marsh, Li, Montaner & Wood (2005); Peles, Schreiber, Adelson (2006) y Villafranca, Mckellar, Trafton & Humphreys (2006), que especificaremos más adelante.

5.2.1 Referentes del mismo contexto que el programa evaluado

Los resultados que se pueden tomar como referentes, según los estudios de Fernández & Secades (1999) y Fernández & Secades (2001), para los residentes después de realizar el programa, son los siguientes:

- En cuanto al consumo de drogas el 90% de los residentes no consumían drogas ilegales.
- El consumo de alcohol era de “nada” para un 58.2%, “ocasional” para un 23.6% y “habitual” para un 18.2%.
- La situación laboral está distribuida de la siguiente manera: el 84.5% trabajan y el 15.5% no trabajan. De los que trabajan el 33% se siente “bastante satisfecho” con el trabajo.
- El tiempo libre lo utilizan como se muestra en la tabla 104.

Tabla 104. Utilización del tiempo libre y ocio

ACTIVIDAD	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
Deporte	43.4%	25.7%	30.9%
Cultura	36.1%	34.5%	29.3%
Ocio	3.2%	38.6%	57.8%
Políticas	91.6%	4.4%	4%

- En relación con las amistades el 73.5% afirman que tienen amigos **no** consumidores con los que se pueden relacionar normalmente. El 67.3% no tienen relación de ningún tipo con personas consumidoras de drogas ilegales.

- Las relaciones personales no causan problemas a la mayoría de los residentes, concretamente el 57% afirman no tener problemas personales; el 33.3% “algunos”; el 7.6% “bastantes”, y el 1.4% muchos. Por otro lado, el 26% afirma que tiene una relación “muy buena” con su pareja y el 59% “buena”.
- Las relaciones familiares las consideran “muy buenas” el 32.4% y “buenas” el 53.8%.
- La valoración global del programa es “muy satisfactoria” para el 51%; “bastante satisfactoria” para el 25.3%; “satisfactoria” para el 20.5%; “poco satisfactoria” para el 1.6%, y “nada satisfactoria” para el 1.6%.

5.2.2 Referentes de otros contextos

Después de realizar una búsqueda de los trabajos más recientes sobre investigaciones evaluativas que sean pertinentes para obtener información relevante, sobre programas de C.T. de mantenimiento con metadona, hemos seleccionado los siguientes:

- El estudio de Gossop, Marsden, Stewart & Treacy (2001), en donde se destacan los resultados referentes a la reducción del consumo de heroína y cocaína a la mitad de los sujetos al terminar el programa, una quinta parte no cometió ningún tipo de delito y el consumo de alcohol se mantenía constante en comparación con el inicio del programa.
- El trabajo de Prendergast, Podus, Chang & Urada (2002), en el cual se concluye que existe una relación inversa entre la aplicación de la teoría de los programas de C.T. y los resultados obtenidos, es decir, que hay programas que no aplican sistemáticamente la teoría y obtienen mejores resultados que quienes los aplican. Y también se encuentra una relación positiva entre la estancia en los programas de mantenimiento con metadona y la reducción de la actividad delictiva y el consumo de drogas ilegales.
- La evaluación de Dekel, Benbenishty & Amran (2004), especifica que un 76.6% de la muestra abandona antes de terminar el programa. Después de 15 meses de terminar el programa, el 49.7% no consumían drogas ilegales. De las altas terapéuticas el 94.9% no consumían y de los abandonos el 35.9%. Los residentes que tenían menos trastornos o síntomas psicóticos eran los que menos consumo de droga tenían. Por último, los residentes con mayor autonomía y control sobre su propia vida también presentaban menor consumo de drogas ilegales.
- En el estudio de Kerr, Marsh, Li, Montaner & Wood (2005), se comprueba que los residentes de los programas de mantenimiento con metadona que logran permanecer en los mismos el tiempo necesario para realizar el proceso de C.T.

reducen el uso de opiáceos, la actividad delictiva, el desempleo y la tasa de mortalidad.

- El trabajo de Peles, Schreiber & Adelson (2006), especifica los factores de retención en los programas de mantenimiento con metadona. Partiendo de una muestra de 492 sujetos el 72.8% eran hombres y el 27.2% mujeres. El 74% de los residentes permanecía en el programa al menos un año. De éstos, el 65% no consumían opiáceos. Los residentes que mejores resultados obtenían según este estudio eran los mayores de cuarenta años que tenían hijos.

- La investigación evaluativa de Villafranca, Mckellar, Trafton & Humphreys (2006), especifica algunos factores de retención de los programas de mantenimiento con metadona como son: la edad de los residentes de cuarenta años o más, coincidiendo con el estudio anterior, el no tener problemas con la justicia por parte de los residentes y la satisfacción de los mismos con el programa. La retención de la muestra evaluada (258 sujetos) fue del 57% al año de finalizar el programa.

5.3 Juicios y estimaciones sobre el programa evaluado

En este apartado procederemos a realizar los juicios de valor de los diferentes aspectos del programa. Para ello, además de contrastar la información obtenida del programa con las normas legales que aseguran la calidad y con los datos descriptivos de otros programas, también utilizaremos, para cada variable, el contraste de la información entre las distintas audiencias con la finalidad de apoyar nuestros juicios. Por último, se tendrá en cuenta la discrepancia entre lo que las audiencias esperaban del programa y lo que realmente se consiguió con la implementación del mismo.

Con la finalidad de seguir un orden lógico, los juicios serán agrupados en tres apartados:

- 1.- Referentes al diseño del programa de C.T. para la rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona.
- 2.- Los juicios relativos a la implementación y desarrollo del programa.
- 3.- Los resultados obtenidos en las cuatro áreas fundamentales de interés, que son: la personal, la de salud, la social y la laboral.

5.3.1 Juicios relativos al diseño del programa

El proceso de la evaluación de un programa, depende en buena medida del diseño del mismo. En nuestro caso concreto, utilizamos el diseño planteado inicialmente por el programa para realizar el trabajo evaluativo. Así pues valoramos las partes fundamentales (introducción, fundamentación, marco teórico/modelo de intervención,

objetivos, metodología, estructura de recursos y sistema de evaluación) que todo diseño debe contemplar para posibilitar el trabajo evaluativo.

Este programa de C.T. objeto de estudio trata la adicción desde una perspectiva bio-psico-social, es decir busca la reeducación del individuo en todo lo relacionado con la salud, la mejora personal y las relaciones con las demás personas de su entorno.

El concepto que mejor caracteriza a la C.T. como “modelo” de tratamiento terapéutico es el “uso de los pares” (propios compañeros de la C.T.) como instrumento para realizar los cambios psicológicos y sociales de los residentes. Para ello, los residentes realizan el tratamiento durante las veinticuatro horas al día y la estancia en la C.T. es por un periodo largo de tiempo alrededor de los catorce meses.

Por último, antes de empezar a realizar los juicios relativos al diseño, cabe destacar que este programa de C.T. debería estar adaptado a las características de los residentes que utilizan la metadona como sustituto de los opiáceos por lo que no es un programa de los denominados “libres de drogas”.

5.3.1.1 Planteamiento del programa y teoría/modelo de intervención

El programa conforme estaba diseñado en un primer momento carecía de una introducción, en donde se hiciera explícito: el tipo de programa que se va a desarrollar, la alusión a la situación de necesidad a la que trata de dar respuesta haciendo un breve resumen de aspectos cualitativos y cuantitativos que justifiquen la existencia del programa y, por último, una exposición breve de lo que se quiere conseguir o finalidad general, señalando las líneas principales de actuación.

A pesar de lo dicho, el programa inicialmente diseñado comenzaba con un apartado que se denomina “fundamentación”, en donde sí se hacía alusión a la necesidad de este tipo de programas, aunque la justificación que se ofrece no está planteada en base a unos datos cualitativos y cuantitativos.

La teoría o modelo de intervención sobre la que se fundamentaba el programa no aparecía explícitamente, en su lugar había un apartado que hacía las veces de introducción y teoría, el de “fundamentación”. En este apartado no se recogían los aspectos que deberían constar, a saber: como se entiende el programa desde una perspectiva social y psicológica.

Tanto el apartado de “introducción” como este de la “teoría o modelo de intervención” fueron planteados por el evaluador. En relación a este último apartado se dejó explícito que el programa, desde una perspectiva social, podía ser entendido como: una

organización social, con un enfoque abierto a la comunidad, cultural y con una metodología interpretativa, dado que para su estudio y evaluación nos deberíamos acercar más a los paradigmas cualitativos.

5.3.1.2 Propuesta y diseño de objetivos generales y específicos

Los objetivos generales sí se especificaban y estaban organizados en torno a las tres áreas (personal, de salud y sociolaboral) que se abordan en el programa y también los objetivos específicos relacionados con los generales. Ahora bien, hay objetivos específicos que no estaban formulados en infinitivo, por lo que no quedaba claro su intención.

Por otro lado, el programa está incluido dentro del P.R.S.D. de la región, y éste tiene unos objetivos planteados, a los cuales el programa evaluado debe ayudar a conseguir. Este programa no especificaba los objetivos del P.R.S.D. a los cuales contribuía a su desarrollo, lo que fue una tarea del evaluador.

El programa, por su parte, especificaba un punto llamado “principios de la acción”, independiente del resto de apartados donde se enumeraban unas acciones a conseguir, pero que no estaban organizadas conforme a ningún criterio, ni hacían referencia a los objetivos generales o específicos. Por último, en un apartado llamado estructura organizativa aparecían enumerados una serie de objetivos según las fases del programa que no guardaban coherencia interna con el resto de los apartados.

5.3.1.3 Diseño de estrategias terapéuticas y actividades implementadas

El apartado relativo a proyectos o actividades y metodología empleada que todo programa debe recoger, no estaba claramente especificado. Si bien se contemplaban, dentro de un apartado denominado “estructura del programa de C.T.”, las estrategias terapéuticas de cada área que aborda el programa.

Este apartado fue organizado y ordenado correctamente, porque si bien estaban recogidos todos los subapartados (procedimientos de inclusión y exclusión e ingreso, estrategias e instrumentos terapéuticos y temporalización), estos se encontraban sin un orden coherente dentro de la organización del programa.

Las estrategias terapéuticas y actividades estaban correctamente planteadas y definidas, su ordenación era por áreas y son útiles y pertinentes para conseguir los objetivos que se propone el programa. Por otro lado, el programa cuenta con los recursos materiales y humanos para implementarlas según lo planificado.

La temporalización del programa planteada en tres fases (diagnóstico, comunidad terapéutica y reinserción) permite a los residentes:

1º tomar contacto con la nueva realidad a la que se va a enfrentar, dado que existe un gran cambio entre la vida desestructurada que tenían habitualmente y la convivencia con más personas, en un centro terapéutico.

2º Adquirir los recursos personales necesarios para poder vivir en la sociedad sin tener que depender de ninguna droga ilegal.

3º Iniciar un proceso de reinserción social y laboral que permita al residente dejar la C.T. e insertarse en el contexto social donde habitualmente van a residir de una manera autónoma.

Esta temporalización es la que realmente se sigue en el programa si bien la duración de cada fase se adapta a la evolución y necesidades de cada residente con la finalidad de que sea un programa lo más adaptado e individualizado posible a cada problemática particular.

5.3.1.4 Adecuación de la estructura de recursos

Este programa de C.T. cuenta con los recursos personales y materiales para cumplir los objetivos que se propone. Para ello se especifica, como se señaló en capítulo 4, todo lo relacionado con el equipo terapéutico y sus funciones. También se enumeran los recursos materiales de los que consta el programa y la relación con los servicios de la comunidad que son útiles para desarrollar las actividades propuestas.

Cabe destacar que este programa cumple los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001. Esta norma ha sido elaborada por el comité técnico “AEN/CTN 66 Gestión de la Calidad”, cuya Secretaria desempeña la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), lo que garantiza que tanto los recursos como su empleo están certificados conforme a esta norma de gestión de calidad para las empresas.

La UNE-EN ISO 9001 especifica en su desarrollo los requisitos generales y documentación necesaria para tener un sistema de gestión de la calidad, las responsabilidades que debe adquirir la dirección del centro, la gestión oportuna de los recursos, el desarrollo del programa y la medición, análisis y mejora. Por último, destacar que esta norma es la versión oficial de la Norma Europea en ISO 9001/2001 que adopta la Norma Internacional ISO 9001/2000.

5.3.1.5 Sistema de evaluación

El sistema de evaluación planteada inicialmente por el programa contempla un apartado referente a la evaluación de procesos, en donde se especifican una serie de pautas para

realizarla. Estas son muy confusas y hacen referencia al residente, al equipo terapéutico y al centro donde se encuentra la U.T.T.

En cuanto al apartado de la evaluación de los resultados es más escueto que el anterior y solamente se proponen unos indicadores de rendimiento que hacen referencia a las altas terapéuticas, a las derivaciones de residentes a otros programas y a los residentes que abandonan el programa y vuelven posteriormente.

Este planteamiento evaluativo se considera insuficiente para un programa de estas características, por los siguientes motivos:

- 1.- Se debería plantear un modelo evaluativo que tuviera coherencia con la teoría/modelo de intervención propuesto por el programa. Cabe recordar que este debería estar próximo al paradigma cualitativo como así lo especifica la teoría
- 2.- Los objetivos de la evaluación se deberían especificar teniendo en cuenta a todas las audiencias implicadas en el programa y no planteando solamente objetivos para justificar el programa ante los políticos.
- 3.- El diseño metodológico o procedimiento a seguir para realizar la evaluación debería estar especificado, en él se deberían recoger aspectos como las variables a estudiar, la muestra, los instrumentos para recoger la información y el sistema de análisis de datos a utilizar.
- 4.- Por último, se debe plantear algún protocolo o “checklist”, para poder comprobar que la evaluación se realizó conforme a criterios de buenas prácticas, es decir, lo que se conoce como metaevaluación.

Por lo dicho anteriormente el programa debería plantear un sistema de evaluación acorde con los objetivos, las necesidades y la metodología empleada en el mismo.

5.3.1.6 Síntesis de la valoración del diseño del programa

En este apartado, como puede verse en el tabla 105, se valoran las dimensiones fundamentales que debe contemplar todo programa para cumplir los propósitos, para los que fue diseñado.

Por lo expuesto hasta ahora valoramos el diseño del programa³¹ como poco adecuado e insuficiente, puesto que se identifican carencias tanto en el apartado de la teoría, como en el de los objetivos y también en el sistema de evaluación, si bien cabe destacar que

³¹ Cabe destacar que el evaluador tuvo que reelaborar el diseño del programa modificando algunos aspectos del mismo, como fueron la teoría, los objetivos y el sistema de evaluación, para posibilitar el trabajo evaluativo posterior.

los apartados relacionados con la estructura de recursos y metodología están mejor especificados.

Tabla 105. Valoración del diseño del programa

DIMENSIONES	GRADO DE ESPECIFICACIÓN			VALORACIÓN
	NO SE ESPECIFICA	PARCIAL	TOTAL	
Introducción/Planteamiento del programa	X			(--). El programa no especificaba una introducción donde se hiciera explícito: el tipo de programa, la situación de necesidad a la que trata de responder y la finalidad general señalando las líneas principales de actuación.
Teoría/Modelo de intervención	X			(---). No se recogía explícitamente este apartado, en su lugar se especifica uno llamado “fundamentación” donde no se recogían los aspectos relacionados con la perspectiva social y psicológica del programa.
Objetivos		X		(+). Faltaban los objetivos comunes con el P.R.S.D. Se especificaban “principios de acción” independientes del resto de dimensiones. Aparecían objetivos por fases que no guardaban coherencia interna con el resto del programa.
Estrategias terapéuticas y actividades		X		(++). Las estrategias terapéuticas y actividades planteadas inicialmente no estaban adaptadas a un programa de mantenimiento con metadona.
Estructura de recursos			X	(+++). Estaban especificadas y cumplen la norma de gestión de calidad UNE-EN ISO 9001.
Sistema de evaluación		X		(--). Estaba especificado en un apartado, pero era un sistema de evaluación insuficiente para las características del programa y no recogía los aspectos fundamentales de la evaluación (modelo, objetivos, diseño y metaevaluación)

- - - = Nada satisfactoria - - = Poco satisfactoria + = Satisfactoria

++ = Bastante satisfactoria +++ = Totalmente satisfactoria

A modo de conclusión, podemos afirmar que el programa inicialmente estaba diseñado para toxicómanos de una C.T. libre de drogas y lo hubo que adaptar a residentes que tenían tratamiento con metadona, dicha adaptación presenta las carencias que se exponen en la tabla anterior.

5.3.2 Juicios relativos a la implementación y desarrollo del programa

Para desarrollar este apartado y formular los juicios de valor sustentándonos en la evidencia empírica recogida de la valoración realizada por las distintas audiencias y el evaluador llevaremos a cabo el siguiente proceso:

- 1.- Contrastaremos la información aportada por las distintas audiencias implicadas sobre las variables objeto de estudio. Las valoraciones de las audiencias, en relación a las distintas variables las clasificamos como: nada adecuada, poco adecuada, adecuada, bastante adecuada y totalmente adecuada.
- 2.- Compararemos la información obtenida de las audiencias con el referente pertinente para emitir las valoraciones.
- 3.- Compararemos la información recogida de las audiencias con la observación “participante” y “no participante” realizada por el evaluador en su instancia en todas las actividades del programa durante el proceso de C.T.
- 4.- Por último, verificaremos que las estrategias y actividades terapéuticas diseñadas en el programa fueron llevadas a la práctica conforme estaba planificado.

Las valoraciones de las distintas audiencias y del evaluador se realizan conforme a la tabla 106:

Tabla 106. Valoración de las distintas audiencias acerca del programa

AUDIENCIAS VARIABLES	RESIDENTES	TERAPEUTAS	FAMILIAS	VOLUNTARIOS	EVALUADOR
Grupos de autoayuda	- - -	- -	*	*	- - -
Grupos temáticos de salud	+	++	*	*	+
Reunión de la casa	- - -	- -	*	*	- -
Sectores de trabajo	- -	+	*	*	- -
Seguimiento médico	++	+++	*	*	+++
Actividad física/deporte	+	++	*	*	- -
Talleres de habilidades sociales	- -	+	*	*	- -
Actividad de programar salidas de la C.T.	++	+	++	*	+
Actividades de ocio y tiempo libre	+++	++	*	+	+++
Proceso de convivencia	- -	+	+	++	- - -
Entrevistas individuales terapeuta/residente	++	+++	*	*	+++

- - - = Nada adecuado, conveniente, idóneo, apropiado, oportuno, acertado

- - = Poco “ “ “ “ “ “

+ = Adecuado, conveniente, idóneo, apropiado, oportuno, acertado

++ = Bastante “ “ “ “ “ “

+++ = Totalmente “ “ “ “ “ “

* = El diseño del programa tiene planificado que estas audiencias no participen en las actividades señaladas

A continuación expondremos en los siguientes apartados las valoraciones referentes a las cuatro cuestiones anteriormente especificadas.

5.3.2.1 Estimaciones referentes a la monitorización del programa

El monitoreo del programa implica un seguimiento de cómo se desarrolló el mismo, para comprobar si se realizó conforme estaba diseñado a priori o si durante el proceso de puesta en práctica se contemplan carencias que lo lleven a desviarse de los objetivos propuestos inicialmente. Las valoraciones en relación a las estrategias terapéuticas y las actividades que conforman el programa, como se muestra en la tabla 107, son las siguientes:

Tabla 107. Valoración de la monitorización del programa

DIMENSIONES	GRADO DE CUMPLIMIENTO			VALORACIÓN
	NO SE PONE EN PRÁCTICA	PARCIAL	TOTAL	
Grupos de autoayuda		X		(+). Esta actividad se lleva a cabo como estaba prevista, no obstante por problemas entre los residentes no se obtienen los resultados deseados
Grupos temáticos de salud		X		(--). Los “grupos temáticos” no se implementaron conforme estaban planteados a priori, es decir, en torno a bloqueos, vivencias y conductas del pasado, para analizar que comportamientos fueron adaptados y cuales no. En su lugar, se plantearon temas relacionados con las enfermedades más comunes y con los medicamentos más utilizados por las personas toxicómanas.
Seminarios temáticos	X			(---). Nunca se llevaron a la práctica durante el tiempo en que se desarrolló la evaluación. Aquí se deberían haber planteado cuestiones referentes a la C.T., por ejemplo: objetivos de la C.T., estructura organizativa del centro, estilo de comunicación adecuado, etc. No obstante, de estas cuestiones se trataba en los grupos de autoayuda y en la reunión de la casa.
Reunión de la casa		X		(+). La reunión de la casa se implementó como estaba previsto a priori, aunque la falta de confianza entre los residentes hacía casi imposible plantear temas importantes que afectaban a todo el centro
Sectores de trabajo		X		(+). Esta actividad se llevaba a la práctica como estaba diseñada inicialmente, pero el funcionamiento de algún sector no era correcto por el desconocimiento de los residentes en lo que había que hacer (Eje.: cocina)
Seguimiento médico			X	(+++). Siempre se realizó conforme a la pauta diseñada por la U.T.T. correspondiente
Actividades de educación para la salud	X			(--). Las actividades de “educación para la salud” fueron sustituidas por los “grupos temáticos”, anteriormente comentados, pero que no tienen los

				mismos aspectos que las primeras, como por ejemplo, prevención de enfermedades de transmisión sexual, consumos de riesgo, pautas sobre alimentación, higiene, descanso, etc. Algunos de estos aspectos son aprendidos por los residentes debido al funcionamiento del día a día en el programa, pero otros nunca se tratan porque los residentes carecen de este tipo de información, a menos que ya lo supieran por otros medios.
Actividad física/deporte		X		(--). La actividad de “deporte” se llevó a cabo como estaba planificada pero la escasa participación de los residentes por problemas de salud hacia difícil su realización.
Talleres de habilidades sociales		X		(--). Estos talleres se intentaron llevar a la práctica como estaban diseñados pero por diversas circunstancias (baja de no terapeuta y excursiones) no se consiguió del todo.
Estrategia terapéutica de la “línea de la vida”	X			(---). Esta estrategia consistente en una dinámica de recogida de datos sobre la vida pasada del residente que sean relevantes para explicar comportamientos y actitudes del presente, no se llegó a poner en práctica a pesar de estar recogida en el diseño del programa. Los residentes no tenían por tanto un espacio donde hablar y reflexionar sobre sus vivencias pasadas que pudiesen tener influencia en su desarrollo presente.
Actividad de programar salidas de la C.T.			X	(+++). Se realizó habitualmente como estaba diseñada en el programa inicial.
Actividades de ocio y tiempo libre			X	(+++). A lo largo de todo el programa se realizaron actividades de este tipo añadiendo a las mismas aspectos culturales como visitas a museos, etc.
Grupos familiares	X			(--). En esta actividad en donde se pretende analizar el estilo comunicativo y las relaciones entre los miembros de la familia del residente, no se llevaron a la práctica. Lo único que se realizaba con la familia era alguna entrevista personal, con el familiar que se encargaba del seguimiento del residente, por lo que el resto de miembros del núcleo familiar tenían mayores dificultades para entender la situación de los residentes.
Proceso de convivencia		X		(--). Se llevaba a cabo como estaba previsto en el programa, pero los problemas de disciplina y los conflictos entre los residentes hacían que perdiera valor terapéutico.
Entrevistas individuales terapeuta/residente			X	

- - - = Nada satisfactoria - - = Poco satisfactoria + = Satisfactoria
 ++ = Bastante satisfactoria +++ = Totalmente satisfactoria

El programa, desde la perspectiva del monitoreo lo valoramos como satisfactorio, ya que en todo momento se intentó llevar a la práctica tal y como estaba diseñado a priori, pero por cuestiones como falta de tiempo, de recursos y problemas de disciplina en el centro, algunas veces no fue posible. Por ejemplo, los grupos familiares no se realizaban en el mismo centro donde se implementaba el programa, por eso algunas familias no sabían con certeza lo que hacían los residentes. Como manifestaba un testimonio, *“mi familia no se cree mucho lo que estoy haciendo, piensan que es otra estrategia para manipularlos y estar protegido. Excepto mi hermano y mis hijas que son los que me hacen el seguimiento y saben como es esto y lo que me estoy esforzando”* (RES.OBNP.V.48).

5.3.2.2 Valoraciones y juicios referentes a la aplicación del programa

Para realizar los juicios relativos a este apartado tendremos en cuenta si el programa se va implementando y obtiene resultados previstos en la misma línea que esperamos en un primer momento. Para ello nos servimos de la información recogida sobre lo que inicialmente pretendían las audiencias y lo que las audiencias perciben que es el programa en las diferentes estrategias y actividades terapéuticas.

La valoración de la aplicación de las distintas estrategias y actividades terapéuticas, como se muestra en la tabla 108, es la siguiente:

Grupos de autoayuda.- Los residentes no son capaces de expresarse tal como son por falta de confianza, con el resto de residentes y a veces con los terapeutas. Además para que esta estrategia sea terapéutica, los residentes deberían cumplir las normas propias de la misma y algunos no las cumplen, como son: asistir vestidos correctamente a la misma, la puntualidad y la asistencia regular.

Grupos temáticos de salud.- Estos grupos deberían tener una dinámica más estable, de tal manera que no se suspendieran tan a menudo, como en la práctica sucede. En cuanto al funcionamiento interno debería haber menos interrupciones por parte de los residentes, dado que muchas veces se levantan y abandonan el grupo con justificaciones como ir al baño, ir a mirar como va la comida, etc. En esta actividad tampoco se cumplen algunas de las normas propias de la misma, por ejemplo, la puntualidad, la asistencia regular y la vestimenta adecuada.

Reunión de la casa.- Esta estrategia terapéutica no funciona como debería debido, principalmente, a dos razones: la primera hace referencia a la poca importancia que le conceden los propios residentes, no hablando de los problemas importantes que realmente ocurren en la casa, pues sólo tratan cuestiones de poca relevancia para ocupar el tiempo. La segunda razón es que no existe la suficiente implicación por parte del equipo terapéutico que debería tener planificados, a priori, temas relevantes y así evitar el hablar siempre de las mismas cuestiones irrelevantes. *“Algunos residentes se*

dormían durante la reunión, en parte, debido a la alta dosis de metadona que estaban tomando” (VOL.OBNP.V.33).

Tabla 108. Valoración de la aplicación del programa

DIMENSIONES	GRADO DE APLICACIÓN					VALORACIÓN
	Muy baja	Baja	Media	Alta	Muy alta	
Grupos de autoayuda		X				(--). Estos grupos los valoramos como poco adecuados, ya que no se habla de temas importantes, como por ejemplo problemas personales, dificultades en el día a día y conflictos con otros residentes.
Grupos temáticos de salud			X			(+). Estos grupos los valoramos como idóneos, sin embargo deberían aportar información más variada referente a los problemas relacionados con las toxicomanías, ya que para algunos residentes no resultaban interesantes.
Reunión de la casa	X					(---). Esta estrategia terapéutica la valoramos como nada apropiada por la poca importancia que le conceden los residentes y la falta de implicación del equipo terapéutico.
Sectores de trabajo			X			(+). Esta estrategia terapéutica la valoramos como acertada, dado que facilita a los residentes adquirir hábitos de trabajo que más adelante les puede facilitar la inserción a vida laboral.
Seguimiento médico					X	(++). Esta actividad la valoramos como bastante conveniente y tanto residentes como terapeutas coinciden en que funciona correctamente.
Actividad física/deporte				X		(++). La actividad de deporte la valoramos como bastante oportuna, ya que mejora la salud de los residentes.
Talleres de habilidades sociales		X				(--). Esta estrategia terapéutica la valoramos como poco adecuada por la escasez de actividades de este tipo que se llevaron a la práctica.
Actividad de programar salidas de la C.T.				X		(++). Esta estrategia la valoramos como bastante idónea y en ello coinciden las tres audiencias que participan en ella: residentes, terapeutas y familias
Actividades de ocio y tiempo libre					X	(++). Estas actividades las valoramos como bastante oportunas, son las que mejor valoran los residentes por la libertad que les ofrece poder salir de la rutina del día a día del programa.
Proceso de convivencia		X				(--). El proceso de convivencia lo valoramos como poco adecuado pues los conflictos entre los residentes hacen que pierda valor terapéutico.
Entrevistas individuales terapeuta/residente					X	(+++). Esta estrategia la valoramos como totalmente apropiada porque ofrece la posibilidad a los residentes de exponer sus problemas personales para buscarles soluciones apropiadas.

- - - = Nada adecuado, conveniente, idóneo, apropiado, oportuno, acertado

- - = Poco “ “ “ “ “ “

+ = Adecuado, conveniente, idóneo, apropiado, oportuno, acertado

+ + = Bastante “ “ “ “ “ “

+ + + = Totalmente “ “ “ “ “ “

Sectores de trabajo.- Estos sectores funcionan correctamente, no obstante, algunas veces, no se cumplen las normas de funcionamiento de la estrategia. Por ejemplo:

- No respetando el horario del “sector”.
 - En el “sector cocina”, a la hora de tirar alimentos, que no están en buen estado, no siempre se comenta con los terapeutas.
 - Para acudir al sector que a cada uno le corresponde, hay sujetos que no contemplan los hábitos de higiene propuestos.
- Esto sólo ocurre ocasionalmente, por eso creemos en la idoneidad de esta estrategia.

Seguimiento médico.- En el programa en todo momento se lleva un control de las pautas de medicación tanto de la metadona como del tratamiento psiquiátrico, en los residentes que lo tienen, si bien los terapeutas afirman que podría haber más coordinación entre el centro y las U.T.T.s En el seguimiento médico se contemplan todas las normas del centro. En relación a los referentes del Plan Regional Sobre Drogas (P.R.S.D.) se cumplen el 1, 2, 5 y 8, como puede verse en el apartado 6.1.2.3.

Además, se cumple la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en su art. 41, que hace referencia a la necesidad de envasar y etiquetar correctamente los medicamentos utilizados por los residentes, para que su conservación no comporte riesgos para los trabajadores que las manipulan habitualmente.

Actividad física/deporte.- Esta actividad permite a los residentes mejorar el estado físico en general y, por tanto, aumentar su calidad de vida. No obstante, hay que matizar que algunas veces no se cumplen los horarios marcados en el tablón de anuncios del centro. Esta actividad ayuda a cumplir el referente del P.R.S.D. que destaca que la C.T. debe ser útil para que los residentes adquieran hábitos de vida saludables.

Talleres de habilidades sociales.- Esta estrategia no se aplicó como se debería principalmente por la falta de continuidad en el tiempo y por las pocas actividades de este tipo que se hicieron, existiendo residentes que no se acordaban de haber realizado actividades de este tipo. Sin embargo, cuando se realizaban con cierta constancia ayudaban a incrementar los recursos de los residentes facilitando la integración social, la participación y la creación de una red social de apoyo, tal y como proponen la Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero de Servicios Sociales y el P.R.S.D.

Programar salidas de la C.T.- Esta actividad es muy importante para los residentes porque les ayuda a organizar su tiempo y proponer actividades que les facilite su reinserción en el entorno social donde residen.

Por otro lado, esta actividad, está en consonancia con la Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, ya que promueve la autonomía, la integración y la participación social de las personas y grupos. Por último, el P.R.S.D. también considera importante que los residentes lleguen a integrarse satisfactoriamente en la red social de la comunidad a la que pertenecen.

Actividades de Ocio y Tiempo Libre.- Tanto los terapeutas como los voluntarios creen que estas actividades son adecuadas, aunque los voluntarios opinan que algunos residentes asisten a ellas obligados y esto no debería ser así, sino que habría que ofrecer suficientes actividades de este tipo para que todos fuesen voluntariamente.

Dado que muchas de estas actividades se realizan fuera del centro facilitan la participación de los residentes en la comunidad, como promueve la Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero de Servicios Sociales. Además también se cumple la norma de organización del centro que dice que todos los residentes se apuntarán a una actividad diaria de ocio y tiempo libre que se realizan de 16:30 h. a 18:00 h.

Proceso de convivencia.- El proceso de convivencia es entendido en el programa como una estrategia terapéutica más y debería de servir a los residentes para desarrollar el aprendizaje por modelaje. Esto no sucede debido a los conflictos continuos que hay en el centro, por eso podemos afirmar que el proceso de convivencia aporta muy poco desde el punto de vista terapéutico. Ahora bien, las audiencias lo valoran como adecuado, a pesar de los conflictos que surgen en el día a día. Por otro lado, las normas de funcionamiento del proceso de convivencia se cumplen habitualmente, por ejemplo: los horarios, el tiempo de llamada por teléfono y los turnos para tomar la medicación, aunque algunas personas excepcionalmente no las cumplan.

Entrevistas individuales.- Esta estrategia terapéutica, desde el punto de vista terapéutico, es la que más ayuda a los residentes a resolver sus problemas concretos para avanzar en su proceso de rehabilitación. Si las actividades de ocio y tiempo libre eran las mejor valoradas por los residentes, esta estrategia es la mejor valorada por los terapeutas, aunque también los residentes la valoran como bastante adecuada.

Estas entrevistas son privadas y confidenciales cumpliendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para proteger la intimidad de los residentes sintiéndose así más seguros para hablar de cualquier problema o dificultad personal que pueda tener dentro del centro o fuera de éste.

5.3.2.3 Valoración de la cobertura

El programa de C.T. de mantenimiento con metadona, objeto de evaluación tiene la finalidad inicial de ofrecer una alternativa terapéutica a los usuarios de las U.T.T.s ubicadas en los centros de salud de la región, dado que dichas unidades solo facilitan la metadona a los usuarios, resultando esto insuficiente para aquellas personas que quieren cambiar su estilo de vida vinculado a la problemática de la toxicomanía.

Dicho esto, en primer lugar, resulta pertinente conocer cuantos usuarios de las U.T.T.s se benefician del programa. En este sentido, según el “Informe 2006” del Observatorio sobre Drogas para Asturias, en el año 2005 fueron atendidos, en dichas unidades, 2.606 sujetos. De éstos, según la “Memoria de Proyecto Hombre de Asturias 2005”, 51 ingresaron en el programa de C.T. de mantenimiento con metadona, lo que corresponde con un 1.96%, como puede verse en la tabla 109.

Tabla 109. Sujetos atendidos en las U.T.T.s e ingresos en programa

Año	Nº de sujetos atendidos U.T.T.s	Nº de ingresos en el programa	%
2005	2606	51	1.96

En segundo lugar, resulta relevante conocer la proporción de ingresos en el programa evaluado en relación a los ingresos en el resto de programas de la región. Así, tenemos que en el año 2005, según las fuentes antes citadas, hubo 500 admisiones de toxicómanos, en los 16 centros registrados en la región. Como puede comprobarse en la tabla 110, 51 toxicómanos corresponden al programa evaluado, lo que significa un 10.2% del total. Por todo lo dicho anteriormente, valoramos como muy positiva la cobertura que hace el programa a los sujetos toxicómanos de la región.

Tabla 110. Ingresos en programas de la región y en el programa evaluado

Año	Nº de ingresos en programas de la región	Nº de ingresos en el programa	%
2005	500	51	10.2%

En tercer lugar, cabe destacar la proporción de sujetos que ingresaron en el programa en relación a los que terminaron el proceso de comunidad terapéutica y la satisfacción de los mismos con el programa. Como puede verse en la tabla 111, más de la mitad de los sujetos logran realizar el proceso de C.T. cifra que valoramos como muy positiva si tenemos en cuenta que dicho proceso dura 6 meses, aproximadamente, y la exigencia del mismo es media/alta. Además la satisfacción personal, de los residentes, con los servicios prestados por el programa y la atención recibida por el equipo terapéutico valorado de 0 a 10 es de 8.82.

Tabla 111. Proporción de ingresos en el programa que finalizaron la C.T.

Nº de ingresos	Nº de sujetos que finalizaron la C.T.	% de sujetos que finalizaron la C.T.	Satisfacción con el programa de 0 a 10
101	56	55.44%	8.82

A modo de conclusión, se valora como muy positiva la cobertura del programa evaluado, dado que, por un lado, y en relación a los sujetos atendidos en las U.T.T.s es utilizado por un número representativo de los mismos y su satisfacción con el mismo es muy alta. Por otro lado, en relación a los ingresos realizados en el resto de programas de la región también existe una proporción elevada de sujetos que recurren al programa objeto de estudio.

5.3.3 Juicios referentes a los resultados obtenidos

Para realizar los juicios de los resultados obtenidos por el programa nos apoyaremos en el contraste de la información ofrecida por todas las audiencias que intervienen en el programa y la del evaluador, como puede verse en la tabla 112. Además, también utilizamos la comparación con los referentes obtenidos del mismo contexto donde se desarrolla el programa, como los de contextos diferentes al de la implementación del programa.

Las áreas de las que se realizarán los juicios de valor serán:

- 1.- El área personal, sobre la que se valorará la dimensión comportamental, la emocional y la cognitiva.
- 2.- El área de salud, en donde se recogen las dimensiones de medicación, hábitos de higiene y salud física sobre las que realizar los juicios y estimaciones.
- 3.- El área social, en donde se tienen en cuenta las dimensiones de: relaciones de pareja, amistades, familia y tiempo libre.
- 4.- El área laboral, en donde se tienen en cuenta las dimensiones formación e inserción al trabajo.

Tabla 112. Valoración de resultados según las diferentes audiencias

AUDIENCIAS		RESIDENTES	TERAPEUTAS	FAMILIAS	VOLUNTARIOS	EVALUADOR
ÁREAS/VARIABLES						
PERSONAL	Comportamiento	+	++	+++	++	++
	Emocional	--	+	---	--	---
	Cognitiva	+	--	++	+	+
SALUD	Medicación	+++	++	+++	*	+++
	Hábitos de higiene	+++	+++	+++	+++	+++
	Salud física	+	++	+++	++	+
SOCIAL	Relaciones pareja	++	+	+	+	+
	Amistades	--	+	++	--	--
	Familia	+	++	+++	+	++
	Tiempo libre	+	--	+	+	+
LABORAL	Formación	+	+++	+	++	++
	Inserción al trabajo	++	+	+	--	+

-- = Nada satisfactorio, positivo, útil, relevante, cumplido * = El diseño del programa tiene planificado que esta audiencia no participe en la actividad señalada
 -- = Poco “ “ “ “ “
 + = Satisfactorio, positivo, útil, relevante, cumplido
 ++ = Bastante “ “ “ “ “
 +++ = Totalmente “ “ “ “ “

A continuación, se desarrollan las valoraciones de los resultados de las áreas anteriormente mencionadas, para ello las dividimos en cuatro apartados.

5.3.3.1 Juicios en torno al Área Personal

El Área Personal la conforman las siguientes variables:

- 1.- Variable comportamental, que hace referencia a todos los aspectos relacionados con el comportamiento de los residentes en su contexto habitual, el comportamiento con respecto a las drogas ilegales y el comportamiento relativo al consumo de alcohol.
- 2.- Variable emocional, que se recogen aspectos relacionados con la expresión de emociones y sentimientos a las personas del entorno del residente, los recursos adquiridos para canalizar las emociones y hablar de ello de modo correcto y la capacidad de los residentes para controlar las emociones surgidas debido a la exposición a situaciones afectivas intensas.

3.- Variable cognitiva, que se refiere a todo lo relacionado con los pensamientos que tienen los residentes con respecto a ellos mismos y a su interacción con el entorno que les rodea y a sus perspectivas del futuro.

Respecto a la variable **comportamental**, la valoramos como totalmente cumplida, dado que todas las audiencias están de acuerdo en que los residentes tienen un comportamiento adaptado. El 44% de los terapeutas así lo afirman; las familias en un 80%; los voluntarios con un 50%, y los propios residentes en un 37%, los cuales afirman que no tienen problemas en sus relaciones interpersonales.

Esto está de acuerdo con la Ley del Principado de Asturias de 1/2003 de 24 de febrero de Servicios Sociales que en su art. 3 dice que es función de los Servicios Sociales “promover la integración social de las personas y grupos”. El Plan Regional Sobre Drogas (P.R.S.D) hace referencia a la necesidad de reducir los problemas de inadaptación social al contexto de residencia.

Otros estudios como los de Fernández & Secades (1999, 2000) afirman que los residentes, después de realizar el proceso de C.T. tienen un comportamiento adaptado y unas relaciones personales correctas en el 57% de los casos.

Dentro de esta misma dimensión, en cuanto al comportamiento hacia el consumo de drogas ilegales este se redujo sobresalientemente, por lo que lo valoramos como muy positivo, de tal manera que solo tenemos algún consumidor esporádico de heroína, cocaína y hachís. Ningún residente dice haber consumido drogas de síntesis, ni de otro tipo.

Respecto al consumo de alcohol, podemos calificar los resultados de muy positivos, ya que solamente seis sujetos (13%) consumen alcohol a diario y excepto algún caso aislado a ninguno le causa problemas dicho consumo, en el ámbito laboral, en las relaciones familiares o en las relaciones con los iguales. Además esto está en consonancia con los estudios de Fernández & Secades (1999, 2000) en donde se afirma que más de la mitad de los sujetos no consumen nada de alcohol y solamente el 18.2% lo consumen habitualmente.

El componente **emocional** lo valoramos como nada satisfactorio, dado que las audiencias afirman que los residentes no pueden expresar libremente sus emociones y sentimientos de lo que les ocurre con casi ninguna persona. Cabe destacar el testimonio de un familiar que dice que ni siquiera con la familia, el residente, puede expresar sus sentimientos.

Por otro lado, en cuanto al control de las emociones en momentos afectivos intensos, los residentes se suelen controlar casi siempre, excepto en situaciones puntuales de mucha carga emocional. El programa, desde la perspectiva emocional, no ayuda mucho a cumplir con el referente del P.R.S.D. que especifica que estos programas deberían mejorar el aspecto emocional de los residentes para facilitar su autonomía personal.

Los aspectos **cognitivos** los valoramos como útiles para los residentes. Los pensamientos de los mismos, según su propio testimonio son más positivos, afirmándolo el 50% de ellos, coincidiendo con las familias (50%) y con los voluntarios (40%). Los terapeutas, en cambio, sólo lo afirman el 20%, y otro 20.57% opinan que los pensamientos de los residentes son ambivalentes, es decir, en ciertos momentos muy positivos y en otros muy negativos. Otras afirmaciones que comparten todas las audiencias son: que necesitan mejorar su actitud, que tienen miedo al futuro y que no se valoran a si mismos lo suficiente.

Los residentes durante su paso por el programa aprenden a identificar algunos de sus puntos fuertes a potenciar y algunas de sus debilidades a mejorar. Además, la mayoría se suelen plantear tanto objetivos a corto plazo, como metas a conseguir a largo plazo.

En esta misma línea el P.R.S.D. afirma que los residentes deben de tener el suficiente autoconocimiento, y la actitud positiva necesaria para alcanzar la autonomía personal, de tal manera que no dependan emocionalmente de ninguna persona, ni de ninguna situación que se de en el día a día.

A modo de resumen, podemos concluir que el juicio que hacemos referente al desarrollo del programa sobre el área personal es positivo, con la excepción del apartado emocional y más concretamente lo relacionado con la expresión de sentimientos donde la valoración es negativa, dado que los residentes no llegan a interiorizar la utilidad de hablar con resto de compañeros y componentes de la C.T. de sus sentimientos, emociones y aspectos que les preocupan realmente.

5.3.3.2 Estimaciones en relación al Área de Salud

En el área de la Salud cabe destacar las siguientes variables:

- 1.- La medicación que comprende todo lo relativo a la administración diaria de metadona que deben de proporcionar a los residentes, según las pautas estipuladas por la U.T.T. de cada residente. Además del tratamiento psiquiátrico de aquellos residentes que lo tengan.
- 2.- Hábitos de higiene, que hacen referencia a las pautas de limpieza personal, de sus pertenencias y del centro terapéutico.

3.- Salud física, comprende todo lo relacionado con el bienestar físico y no solamente la ausencia de enfermedad.

Respecto a la **medicación**, los resultados han sido totalmente cumplidos estando de acuerdo con esto todas las audiencias implicadas. La toma de la medicación (metadona y tratamiento psiquiátrico, si lo hay) siempre se realiza en el tiempo y en la forma estipulada por el programa, con las pautas propuestas por la U.T.T., a la que pertenece cada residente.

Además, se cumplen los resultados propuestos por P.R.S.D. que hacen referencia a reducir los problemas sociales derivados del consumo de cualquier tipo de drogas y ofrecer un tratamiento donde se permite la metadona con sustitutivo de las drogas ilegales. Y realizar un seguimiento a los residentes del centro para que sigan la medicación que tienen recetada por la U.T.T.

Los **hábitos de higiene** los valoramos como totalmente cumplidos, dado que los residentes siempre, salvo raras excepciones, realizan las pautas marcadas por el programa, como son: ducharse y afeitarse todos los días antes del desayuno, lavarse las manos antes de las comidas, mantener los servicios limpios y desinfectados y mantener limpias sus pertenencias.

La **salud física** se cuida con la actividad de “deporte” y la valoramos como bastante útil. Todas las audiencias están de acuerdo en que los residentes mejoran notablemente el estado físico desde que empiezan el programa hasta que lo terminan. Esto ayuda a conseguir la integración social de los residentes como propone el art. 3 de la Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales.

La valoración que realizamos de los resultados del programa en relación al área de salud es muy positiva dado que los residentes siguen la medicación propuesta por la U.T.T., adquieren hábitos de higiene necesarios para mejorar la salud y realizan la actividad física necesaria para recuperar la capacidad física.

5.3.3.3 Valoraciones referentes al Área Social

Dentro del Área Social se recogen las siguientes variables:

- 1.- Relación de pareja.- Está definida por los aspectos de la comunicación entre los dos componentes y la satisfacción del residente con la relación en comparación a la que tenía antes de empezar el programa.
- 2.- Amistades.- Aquellas relaciones establecidas con personas que no consumen drogas ilegales, con las cuales pueden compartir actividades de ocio y tiempo libre.

3.- Relaciones familiares.- Comprenden aquellas relaciones con el círculo familiar próximo al residente, especialmente la/s persona/s que siguen todo el proceso de C.T. realizando el seguimiento del mismo.

4.- Tiempo libre y ocio.- Comprende los periodos temporales que se pueden dedicar a actividades cuya iniciativa y organización parte de los propios residentes, pues se realizan en el tiempo libre de los mismos.

Los resultados referentes a las **relaciones de pareja** las valoramos como satisfactorias, esto también coincide con lo que afirman todas las audiencias, dado que al mejorar, en los residentes, la manera de expresar las opiniones personales y la expresión de emociones y sentimientos también mejora la relación de pareja. Esto ayuda a conseguir el resultado propuesto por el P.R.S.D. referente a que cada residente llegue a tener una red de apoyo social que le permita integrarse satisfactoriamente en el entorno donde reside.

Los resultados obtenidos en relación a las **amistades** las valoramos como poco útiles, dado que los residentes no logran establecer relaciones de amistad con personas de fuera de su entorno familiar que no consuman drogas ilegales, salvo casos excepcionales. Esto es contradictorio con lo que manifiestan algunos residentes que dicen que tienen muchos amigos, pero cuando se pregunta a los familiares y a los terapeutas afirman que no tienen amigos verdaderos, sino solo personas conocidas que cuando los ven los animan. Cuando se les escucha hablar entre ellos todos afirman que encontrar amigos es casi imposible.

Los resultados de otros trabajos (Fernández & Secades, 1999; 2001) coinciden con estos resultados, por lo que los residentes no pueden establecer una red de apoyo social. Además, la dificultad de encontrar alternativas diferentes al consumo de droga, sobre todo en su tiempo libre, es muy grande.

Los resultados referentes a las **relaciones familiares** los valoramos como muy positivos, así lo confirman todas las audiencias, dado que desde que los residentes ingresan en el programa las relaciones con los familiares van mejorando día a día, especialmente el aspecto relativo a la comunicación con el resto de los componentes de la familia.

Estos resultados vuelven a coincidir con los de Fernández & Secades (1999, 2001) que también afirman que la mayor parte de los residentes consideran que las relaciones con sus familiares es buena o muy buena. Esto hace posible que puedan integrarse más fácilmente en el entorno donde residen como pretende el P.R.S.D.

Los resultados referentes a la utilización del **tiempo libre** los valoramos como satisfactorios. Los residentes aprenden a organizar planificadamente su tiempo libre buscando actividades deportivas, culturales y de ocio, principalmente. No obstante, hay testimonios de terapeutas, familiares y voluntarios que afirman que no emplean y aprovechan correctamente el tiempo libre.

A pesar de que existen opiniones diferentes, respecto a la correcta utilización del tiempo libre, podemos afirmar que gracias al trabajo y a la organización del mismo se consigue el resultado que propone el art. 3 de la Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, de que estos programas deben de favorecer la participación y el pleno desarrollo de las personas dentro de la sociedad.

La valoración que realizamos del área social es positiva, ya que los residentes mejoran las relaciones interpersonales que tienen con su pareja, familiares y amistades. Además, los residentes son conscientes de la impotencia de la utilización del tiempo libre y buscan alternativas para utilizarlo de forma satisfactoria.

5.3.3.4 Apreciaciones sobre el Área laboral

Las variables a tener en cuenta en el Área laboral son las siguientes.-

- 1.- Formación.- Comprende todos los contenidos aprendidos tanto en la C.T., como en los cursos realizados fuera del centro referentes a aspectos que estén relacionados con el ámbito laboral, para facilitar el acceso al mismo o para mejorar la situación una vez dentro.
- 2.- Inserción laboral.- Aquí se incluyen todo tipo de trabajos que los residentes empiezan a realizar fuera de la C.T. y se tienen en cuenta tanto los trabajos esporádicos realizados en un periodo de tiempo limitado, como las propuestas de trabajos definitivos.

La posibilidad de **formación** que ofrece el programa a los residentes la valoramos como bastante útil. Todas las audiencias están de acuerdo con esto, especialmente los terapeutas que afirman que los residentes realizan numerosos cursos de formación laboral utilizando los recursos de ofrece la comunidad. En este sentido también los voluntarios y las familias opinan que los residentes mejoran las posibilidades de acceso al mercado laboral al mejorar la formación.

Podemos afirmar que el programa cumple con el P.R.S.D. de disponer de un plan individualizado para que los residentes lleguen a tener un trabajo con el cual puedan tener autonomía económica, para no depender de otras fuentes de financiación ajenas a su trabajo (familia, pareja, etc.).

En la línea con los resultados obtenidos, la Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales también propone como finalidad a lograr por este tipo de programas la participación y el fomento del desarrollo comunitario de los colectivos desfavorecidos.

La **inserción laboral** la valoramos como satisfactoria, teniendo en cuenta que hay residentes que por su estado de salud no pueden trabajar, por estar de baja temporal o permanente, el resto suelen empezar a realizar trabajos esporádicos que les ayudan a tomar contacto con el mercado laboral. Además, también se preocupan de tener la documentación actualizada necesaria para acceder a cualquier trabajo.

Los residentes que logran trabajar manifiestan, en su mayoría, que están muy satisfechos o satisfechos con su trabajo, además también afirman que saben administrar su dinero correctamente. Esto coincide con las investigaciones de Fernández & Secades (1999, 2001) y de Kerr, Marsh, Li, Montaner & Wood (2005), que también hacen notar que el programa facilita a los residentes la reinserción laboral y la satisfacción con el trabajo desempeñado.

Resumiendo, podemos valorar los resultados obtenidos por el programa en relación al área laboral como bastante satisfactorios, ya que los residentes mejoran notablemente su formación y las posibilidades de inserción laboral. No obstante, los trabajos que obtienen suelen ser temporales y algunos residentes debido a sus discapacidades se ven limitados a la hora de trabajar.

5.3.3.5 Síntesis de las valoraciones de los resultados

A modo de resumen se ofrece la valoración de las distintas áreas de intervención, como puede verse en la tabla 113, en donde ofrecemos la conclusión general después de tener en cuenta las valoraciones parciales de las variables que forman parte de cada área.

Tabla 113. Síntesis de la valoración de las áreas de intervención

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	GRADO DE CONSECUCCIÓN			VALORACIÓN
	BAJO	MEDIO	ALTO	
PERSONAL	X			(--). Los residentes no pueden expresar con claridad sus emociones y sentimientos, por no tener confianza suficiente con la mayoría de las personas y por no tener recursos suficientes para canalizar dichas emociones, no obstante tienen un comportamiento adaptado. En cuanto a los pensamientos son ambivalentes entre los positivos por la situación actual y los negativos por lo poco que se valoran y el miedo al futuro.
SALUD			X	(+++). Los residentes logran seguir correctamente las pautas de medicación prescritas, además se preocupan de realizar ejercicio físico adaptado a sus necesidades y cumplen con los hábitos de salud que están propuestos en el programa.
SOCIAL		X		(+). Los residentes consiguen mejorar la relación de pareja que tenían antes de empezar el programa. En cuanto a las amistades, no suelen conseguir amigos con las que compartir su tiempo libre. Las relaciones familiares mejoran mucho a la vez que el residente realiza el programa. La utilización del tiempo libre y ocio mejora al realizar el programa, pero debería mejorar más de lo que lo hace.
LABORAL			X	(++). Los residentes logran aumentar la formación que tenían antes de empezar el programa, al realizar diferentes cursos orientados a la inserción laboral. Además algunos residentes logran incorporarse al mundo laboral, en un primer momento realizando trabajos esporádicos. Cabe destacar que hay residentes que debido a sus problemas de salud están en situación de baja por enfermedad y no pueden trabajar.

- - - = Nada satisfactoria - - = Poco satisfactoria + = Satisfactoria
 ++ = Bastante satisfactoria +++ = Totalmente satisfactoria

El área de Salud es la mejor valorada, ya que los residentes logran cumplir los objetivos propuestos por el programa y obtienen resultados positivos mejorando todos los aspectos relacionados con la salud. El área Laboral también está bien valorada, sobre todo los aspectos relacionados con la formación de los residentes. El área Social es valorada satisfactoriamente y los residentes obtienen resultados positivos en los aspectos relacionados con las amistades, el tiempo libre y familia. El área personal es la peor valorada porque los residentes no son capaces de expresar con claridad sus sentimientos y los pensamientos que tienen de lo que les ocurre en el día a día son ambivalentes, entre el optimismo y el miedo al futuro.

CAPÍTULO VI

Capítulo 6. Conclusiones del trabajo

6.1 Idoneidad de la C.T. en relación al cumplimiento de sus objetivos

6.2 Implicaciones metodológicas del estudio bibliométrico

6.3 Conclusiones referentes al diseño, aplicación y resultados del programa

6.4 Valoración global. Puntos fuertes y débiles del programa

6.5 Propuestas de mejora

6.6 Análisis crítico del trabajo evaluativo. Autoevaluación

6. Conclusiones del trabajo

Una vez realizado el análisis de datos y obtenidos los resultados del estudio evaluativo, vamos a considerar si se cumple la hipótesis de partida de la tesis y los objetivos generales propuestos. Tal como especificamos en el capítulo 3, podemos afirmar que los programas que utilizan el tratamiento de “Comunidad Terapéutica”, como modelo para la rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona, son eficaces y cumplen la finalidad básica que persiguen. Es decir, producen un cambio en los hábitos y estilo de vida de los residentes que les permite llevar una vida más autónoma sin depender de ninguna sustancia ilegal que modifique el comportamiento.

Respecto a los objetivos planteados en esta investigación:

- 1.- Comprobar si el programa de Comunidad Terapéutica con Mantenimiento de Metadona para la rehabilitación de toxicómanos alcanza los objetivos que se propone en función de los resultados obtenidos.
- 2.- Obtener información de la valoración que realizan sobre el tratamiento de Comunidad Terapéutica los destinatarios a los que va dirigido el programa objeto de evaluación.
- 3.- Recabar información del resto de las audiencias implicadas (terapeutas, familias y voluntarios) sobre la valoración que realizan del programa en relación a las intenciones y los resultados a lograr.
- 4.- Evaluar la adecuación y pertinencia del propio programa de Comunidad Terapéutica en cuanto al diseño, aplicación y sistema de evaluación, para la rehabilitación de toxicómanos con tratamiento de metadona.

Procede recordar que distinguimos, por un lado, entre los aspectos relacionados con el estado de la cuestión sobre las evaluaciones en el ámbito de las toxicomanías cuyas conclusiones e implicaciones metodológicas especificamos en el capítulo 3, apartados 2.4.3 y 2.4.4, por lo que no consideramos oportuno volverlas a repetir en este apartado y, por otro lado, los específicos relacionados con la evaluación del estudio de caso que constituye el objeto de nuestro trabajo. Por ello, en este momento, reflejamos las conclusiones que hacen referencia específica a la evaluación de la comunidad terapéutica objeto de investigación.

6.1 Idoneidad de la C.T. en relación al cumplimiento de sus objetivos

Después del trabajo realizado constatamos que la C.T. resulta un tratamiento adecuado para la rehabilitación de toxicómanos con mantenimiento de metadona, ya que el programa implementado con este modelo cumplió los objetivos para los que fue diseñado. Justificamos esta afirmación en función de las siguientes observaciones³²:

1.- La mayor parte de los residentes, después de realizar el proceso de C.T., logran adquirir un grado de conocimiento personal suficiente para mejorar en los ámbitos comportamental, emocional y cognitivo permitiendo adquirir un estilo de vida satisfactorio. Constatamos esta afirmación fundamentándonos en los siguientes principios:

1.1 Mejoran el autocontrol en situaciones de conflicto, como por ejemplo en las discusiones familiares, saber decir no cuando les ofrecen droga, etc.

1.2 Adquieren la capacidad de conocer muchas de sus propias respuestas emocionales y los estímulos que las producen expresándolas de forma adecuada mediante el diálogo.

1.3 Adquieren la madurez afectiva necesaria para sentirse aceptado por su entorno más próximo (amigos y familia) y comportarse adaptadamente al contexto donde residen y, generalmente, pueden tomar sus propias decisiones de forma autónoma.

1.4 Logran recuperar casi todas las habilidades y capacidades que tenían antes de ingresar en la C.T. lo que les posibilita la reinserción social.

1.5 Mejoran la percepción que tienen de sus propios pensamientos y del entorno que les rodea y pueden llegar a cambiarlos.

1.6 Se plantean algunos objetivos y metas a corto y largo plazo y planifican estrategias para conseguirlos.

2.- Los residentes (salvo raras excepciones), a largo del proceso de C.T., mantienen el contacto con la Unidad de Tratamiento de Toxicómanos que les suministra la medicación (metadona) siguiendo la pauta establecida por la misma.

2.1 Se responsabilizan del tratamiento psiquiátrico (si lo tienen) que realizaban antes de ingresar en la C.T.

2.2 Conocen los recursos sanitarios de la zona donde residen y los utilizan si es necesario.

3.- Los residentes, en general, adquieren hábitos de vida saludables en aspectos como la higiene, alimentación, relaciones con los iguales y tiempo libre.

3.1 Realizan diariamente pautas de higiene dental, descanso y alimentación.

³² Las evidencias empíricas que sustentan los argumentos aquí expuestos se pueden ver en el capítulo 4 apartado 4.2.11

3.2 Conocen las conductas de riesgo que ponen en peligro su propia salud y la de los compañeros de la C.T. y realizan las estrategias pertinentes para evitarlas.

3.3 Realizan ejercicio adecuado a su estado de salud y mejoran su estado físico progresivamente durante su estancia en la C.T.

4.- La gran mayoría de los residentes logran adquirir una red de apoyo social y familiar que les posibilita la inserción social y laboral que les reporta estabilidad y autonomía personal.

4.1 Retoman las relaciones con los familiares más próximos, siempre que estos quieran, aumentando la confianza y el vínculo familiar.

4.2 Logran conocer y relacionarse con personas que no consumen drogas ilegales mejorando la red social y utilizan el apoyo que ésta les brinda para mejorar su estilo de vida.

4.3 Utilizan el tiempo libre en actividades no vinculadas al mundo de la droga que están relacionadas con el entorno cultural del contexto donde residen.

4.4 Aprender a utilizar los recursos propios, en cuanto a formación laboral, habilidades sociolaborales, administración económica y búsqueda de empleo.

Todas estas observaciones nos permiten afirmar que las C.T.s constituyen una estrategia muy útil para la rehabilitación de toxicómanos, ya que tiene efectos positivos sobre la conducta de los residentes tanto desde el punto de vista personal, como sanitario y socio-laboral.

6.2 Conclusiones referentes al diseño, aplicación y resultados del programa

Las principales observaciones que deducimos de la evaluación del programa para la rehabilitación de toxicómanos desarrollado por la C.T. evaluada las recogemos en los apartados referentes al diseño, aplicación y resultados.

6.2.1 Conclusiones referentes al diseño del programa

1.- Del estudio de evaluación del caso concreto de una C.T. hemos podido constatar que el diseño teórico del programa planteado inicialmente resulta insuficiente y poco pertinente para la C.T. donde se implementa, por los siguientes motivos:

1.1.- El programa no recoge en su introducción los aspectos referentes al: tipo de programa que se introduce, a la situación de necesidad a la que trata de dar solución y a la finalidad principal y líneas generales de actuación que se pretenden llevar a cabo.

1.2.- La teoría en la que se fundamenta el programa y el modelo de tratamiento teórico que se implementa no estaban explicitados en un apartado propio en donde

se deberían recoger los aspectos relacionados con la perspectiva social y psicológica del mismo.

1.3.- Los objetivos planteados inicialmente por el programa no hacían referencia a los del Plan Regional sobre Drogas en donde se incluye. Además, el programa especificaba unos objetivos por fases que no estaban relacionados con las área de intervención del programa por lo que carecían de coherencia con el resto de objetivos planteados.

1.4.- Las estrategias y actividades terapéuticas especificados inicialmente en el programa fueron extraídas de un programa de comunidad terapéutica para usuarios libres de drogas, por ello no estaban adaptadas a usuarios con mantenimiento de metadona.

1.5.- La estructura de recursos del programa si es la adecuada siendo este el único apartado que constatamos como pertinente para una C.T. con las características de la evaluada.

1.6.- El sistema de evaluación estaba recogido en un apartado independiente pero tenía carencias y no especificaba los objetivos de la evaluación, el modelo evaluativo y el diseño metodológico a seguir, por ello su puesta en práctica resultaría muy difícil.

6.2.2 Conclusiones referentes a la aplicación del programa

1.- De la realización del monitoreo del programa se puede afirmar que el programa se diseñó como estaba previsto a priori y, excepto por determinadas actividades, no se desvía de los objetivos previamente establecidos, como se justifica en las siguientes afirmaciones:

1.1.- La estrategia terapéutica “grupos de autoayuda” se lleva a cabo como estaba prevista inicialmente, no obstante el desarrollo de la misma no es todo lo adecuado que se quisiera debido, fundamentalmente, a la falta de confianza de los residentes entre ellos y con los terapeutas.

1.2.- La estrategia terapéutica “reunión de la casa” se pone en práctica conforme al plan inicial, aunque su funcionamiento podría mejorar motivando a los residentes para que participen habitualmente y al equipo terapéutico para que prepare los temas a tratar con más exhaustividad.

1.3.- La actividad “sectores de trabajo” se realizaba conforme estaba previsto, cabe destacar el buen funcionamiento del “sector cocina” debido a la implicación y el interés de la mayor parte de las personas que estaban en él. Sin embargo otros sectores como el de “mantenimiento de la casa” no funcionaban muy bien debido a que los componentes del mismo se encontraban con problemas que no tenían recursos para solucionarlos. Eje.: trabajos de albañilería.

1.4 El “seguimiento médico” se realizaba habitualmente conforme a la pauta establecida por la C.T. y los residentes, salvo raras excepciones, siempre seguían el plan previsto inicialmente.

1.5 La “actividad física/deporte” se realizaba conforme estaba diseñada en el programa, pero la escasa participación de los residentes, principalmente por problemas de salud, hacía difícil realizar actividades donde se necesitasen grupos grandes, como por ejemplo partido de fútbol, etc.

1.6 Los “talleres de habilidades sociales” se intentaron implementar conforme estaba previsto inicialmente, pero por diversas circunstancias, como la baja del terapeuta encargada de las mismas y la coincidencia con excursiones del centro no se realizaron todas las que sería necesario.

1.7 La “actividad de programar salidas de la C.T.” se realizaba correctamente y permitía a los residentes proponer actividades y alternativas de ocio fuera de la C.T. lo que les posibilitaba no perder el contacto con el entorno social próximo.

1.8 Las “actividades de ocio y tiempo libre” se llevaban a cabo como estaban organizadas y se planificaban entre todos los componentes de la C.T. (terapeutas, residentes, familias y voluntarios). Estas actividades fueron las mejor valoradas por los residentes, pues les permitían desconectarse de la rutina habitual de trabajo.

1.9 El “proceso de convivencia” como estrategia terapéutica se realizaba conforme estaba planificado por el programa, pero los continuos conflictos internos entre residentes y el poco control por el equipo terapéutico impidieron que este proceso tuviese un mejor aprovechamiento terapéutico.

1.10 Las “entrevistas individuales terapeuta/residente” se realizaron conforme estaban planteadas inicialmente y no presentan carencias importantes. Cabe destacar que esta estrategia terapéutica es la más contribuía a la solución de los problemas planteados por los residentes y en ello estaban de acuerdo tanto los terapeutas, como los residentes.

1.11.- Los “seminarios temáticos” y la “línea de la vida” no se llevaron a la práctica, la justificación ofrecida por el equipo terapéutico fue que las cuestiones a tratar en estas estrategias ya se hacían en los “grupos de autoayuda” y en “la reunión de la casa”. Los “grupos familiares” no se realizaban en el centro donde se implementaba el programa por lo que las familias de los residentes no asistían a los mismos.

1.12.- Los “grupos temáticos” no se llevaron a la práctica como estaban diseñados sino que se utilizaron para sustituir a las actividades de “educación para la salud” que no se llegaron a realizar. La temática planteada en los “grupos temáticos” no coincidía, exactamente, con la de las actividades de “educación para la salud” por lo que se crea una carencia de contenidos.

6.2.3 Conclusiones referentes a los resultados del programa

1.- Una vez implementado el programa la situación de los residentes ha mejorado notablemente, como así lo constatan los terapeutas, familias y voluntarios. Además, las actividades realizadas en la C.T. son valoradas positivamente por todas las audiencias. Si tenemos en cuenta una visión integradora, desde la perspectiva técnica, podemos constatar que:

1.1.- Los residentes después de su paso por la C.T. se muestran como personas más responsables consigo mismas y con el entorno que les rodea, dado que tienen mayor claridad mental y confianza en si mismos para solucionar los problemas del día a día. No obstante, tienen grandes dificultades para expresar sus emociones y sentimientos. Los residentes adquirieron hábitos de salud como: seguir la medicación, horas de descanso, higiene personal y alimentación. Las relaciones con las personas de su entorno próximo son muchos mejores y también la situación laboral, dado que mejoraron la formación. Los principales motivos que los residentes tienen para seguir en el programa son: los resultados obtenidos, el apoyo que le ofrece el programa y el dejar de consumir drogas ilegales definitivamente.

1.2.- Las actividades mejor valoradas del programa, según los residentes y los terapeutas son las relacionadas con el área de salud, tanto el seguimiento médico, como las actividades físicas cumplen notablemente los objetivos para los que fueron diseñadas.

Las actividades dirigidas a mejorar el área personal, como son los grupos de autoayuda, los temáticos y la reunión de la casa son valoradas positivamente, no obstante los residentes no logran alcanzar el nivel de confianza suficiente como para expresar sus sentimientos y emociones con claridad y libertad. Sin embargo, en las entrevistas individuales con los terapeutas, los residentes son capaces de plantear temas realmente importantes e intentar buscar la solución más adecuada.

Los talleres de habilidades sociales deberían ser realizados más regularmente, dado que el contenido de los mismos no es interiorizado por los residentes debido a la falta de continuidad. Las actividades de ocio y tiempo libre son las mejor valoradas por los residentes estas son útiles para conocer diferentes alternativas que no impliquen el consumo de drogas ilegales. La actividad de programar salidas de la C.T. es valorada positivamente, tanto por los terapeutas como por los residentes, dado que es útil para que estos últimos aprendan a organizar su propio tiempo de una manera responsable.

El proceso de convivencia, al igual que las actividades anteriores, también va dirigido al desarrollo del área social y se podría mejorar fomentando más la confianza y la implicación entre los residentes.

Las actividades dirigidas a mejorar el área laboral ayudan a los residentes a tener contacto con los aspectos relacionados con el trabajo. Los sectores de trabajo fomentan la adquisición del hábito de realizar diferentes tareas y deberían tener más variedad de actividades y facilitar un aprendizaje de las mismas a los residentes. Por último, las salidas del centro para realizar trámites burocráticos relacionados con el trabajo son muy útiles, pero los residentes manifiestan que debería de haber más personas disponibles para realizar estos trámites.

2.- Los resultados obtenidos en las cuatro áreas de intervención (de salud, personal, social y laboral) que se trabajan en la C.T. los podemos calificar de satisfactorios, excepto en algunos aspectos que a continuación detallamos. Desde una perspectiva técnica y con una visión integradora podemos afirmar que:

2.1.- Los resultados obtenidos respecto al Área de Salud son satisfactorios, puesto que los residentes adquirieron hábitos saludables y son responsables de su propia salud. Dentro del Área Personal la mejora es notable y ello se manifiesta en el comportamiento adaptado y en la autonomía personal adquirida. No obstante, existe una gran dificultad en los residentes para expresar emociones y sentimientos abiertamente y con claridad. Los resultados obtenidos en el Área Social tienen relación con la mejora de las relaciones familiares y la organización responsable del propio tiempo, aunque deberían mejorar en todo lo relacionado con las amistades porque tienen mucha dificultad para relacionarse con personas que no consuman drogas ilegales y realizar actividades que fomenten la creatividad. En el Área Laboral los resultados obtenidos hacen referencia a la mejora de la formación y al aumento de las oportunidades para encontrar trabajo, aunque la inserción laboral no es muy alta, en parte debido a las limitaciones físicas de algunos residentes.

6.3 Valoración global. Puntos fuertes y débiles del programa

Desde una perspectiva general podemos concluir que el programa cumple los objetivos para los que fue diseñado ayudando al Plan Regional Sobre Drogas de Asturias a conseguir algunos de sus objetivos³³, como son:

A.- Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma continuada en Asturias.

B.- Disminuir de forma significativa la frecuencia de aparición de problemas derivados del consumo de alcohol y de drogas ilegales de las personas que se encuentran a tratamiento.

³³ Los datos empíricos que justifican los logros obtenidos por el programa y sus puntos fuertes y débiles se encuentran en el capítulo 5 “Recogida y análisis de la información. Matriz descriptiva”.

C.- Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencias.

El programa también obtiene resultados positivos en cuanto a la consecución de sus propios objetivos que son:

- 1.- Alcanzar un grado suficiente de autoconocimiento que propicie la mejora en los planos comportamental, emocional y cognitivo permitiendo al residente alcanzar un estilo de vida satisfactorio.
- 2.- Mantener la vinculación y cumplir el proceso del recurso público de salud (Centro de salud. Unidad de Tratamiento de Toxicómanos) del que es derivado a lo largo de la duración del programa.
- 3.- Adquirir hábitos de vida saludables en el ámbito de la higiene, de las relaciones con los iguales en el ocio y tiempo libre.
- 4.- Establecer una red de apoyo social y familiar que favorezca la integración y reinserción del residente de forma que le reporte estabilidad y autonomía, para alcanzar una plena inserción laboral en el mercado de trabajo.

Además de lo dicho anteriormente, el programa como toda intervención social tiene sus puntos fuertes y débiles que es necesario especificar, en este apartado destacamos los diez puntos fuertes y débiles más relevantes. Los puntos fuertes del programa son los siguientes:

- 1.- Los sujetos toxicómanos que ingresan en el programa mejoran en aspectos relacionados con la salud, el desarrollo personal, las relaciones sociales y con el entorno y en el ámbito laboral.
- 2.- La comunidad donde se realiza el programa se beneficia de la reducción del consumo de drogas ilegales, de los problemas sociales que causan los sujetos con problemas de toxicomanías y de la mejora de las condiciones sociales de dichos sujetos.
- 3.- La satisfacción de los residentes (ex –toxicómanos) con la sensibilidad y el conocimiento de la realidad demostrada por el equipo terapéutico que trabaja en el programa.
- 4.- La adecuación y oportunidad de las actividades planteadas por los voluntarios, así como el trato personal con los residentes que les ayuda a tener una relación continua con personas no vinculadas al mundo de la droga.
- 5.- La tarea de seguimiento y atención desarrollada por las familias haciendo de unión entre la C.T. y el contexto habitual donde se resocializan los residentes.
- 6.- El acierto del programa de orientar sus acciones hacia un colectivo de personas que están tratando de dejar de consumir drogas ilegales con un sustitutivo como la metadona y no tenían la oferta de ningún tipo de tratamiento terapéutico.

7.- Las actividades terapéuticas realizadas en coordinación con diversos servicios de la comunidad, como centros deportivos, museos, centros sociales, etc., favoreciendo la reinserción social de los residentes del programa.

8.- La pertinencia de las actividades terapéuticas realizadas en el propio centro para alcanzar los objetivos propuestos por el programa en las áreas de salud, personal, social y laboral.

9.- La puesta en marcha por el programa de procedimientos dirigidos al seguimiento y evaluación de los residentes a la vez que avanzan en las distintas fases terapéuticas.

10.- La decisión de los responsables del programa de posibilitar la realización de una evaluación externa ofreciendo al equipo terapéutico toda clase de facilidades necesarias para llevar a cabo el trabajo evaluativo.

Como puntos débiles destacan los siguientes:

1.- Los residentes no logran adquirir la confianza y los recursos suficientes para poder expresar sus emociones y sentimientos de lo que les ocurre en el día a día, sin temor a ser juzgados.

2.- Los pensamientos de los residentes sobre lo que les ocurre siguen siendo ambivalentes, no valorándose por los logros conseguidos y teniendo miedo al futuro y a salir a la calle, cuando no tengan el apoyo del programa.

3.- Las familias, a pesar de que están contentas y valoran el esfuerzo de los residentes, no confían plenamente en ellos, y piensan que en cualquier momento pueden volver a consumir drogas ilegales como hicieron otras veces en el pasado.

4.- El documento donde se recogía el diseño del programa presentaba lagunas y hubo que reelaborarlo ajustando algunas cuestiones relevantes para poder realizar el planteamiento de la evaluación y, posteriormente, el trabajo evaluativo.

5.- El incumplimiento de actividades terapéuticas (seminarios temáticos, línea de la vida, actividades de educación para la salud y grupos familiares) que no se llevaron a la práctica y otras, como los grupos temáticos, que no se realizaron conforme a como estaban diseñadas.

6.- La implementación de algunas actividades y estrategias terapéuticas (grupos de autoayuda, reunión de la casa, deporte, taller de habilidades sociales y el proceso de convivencia) no fue del todo adecuado, como así manifestaron los propios residentes, los voluntarios y los terapeutas.

7.- La escasa participación de los residentes en actividades creativas relacionadas con la organización del tiempo libre en el centro, dedicándose la mayor parte de las veces a realizar comentarios sobre el resto de los compañeros.

8.- La falta de una evaluación del proceso del programa que posibilite obtener conclusiones relevantes que orienten la toma de decisiones sobre la implementación de las distintas actividades y estrategias terapéuticas.

9.- Los procedimientos e instrumentos diseñados para llevar a cabo la evaluación planteada inicialmente por el programa son insuficientes para obtener información válida y fiable con la que emitir juicios de valor sobre el mismo.

10.- La necesidad de plantear y llevar a cabo una evaluación coherente, tanto de procesos como de resultados, que posibilite:

- Desarrollar teoría e incrementar el conocimiento sobre el programa.
- Mejorar la puesta en práctica e implementación del programa.
- Y por último, orientar la toma de decisiones para la mejora de todos los aspectos relacionados con el programa.

6.4 Propuestas de mejora

Una vez señalados los puntos fuertes y débiles más destacados del programa se puede pensar que existe una contradicción entre dichas valoraciones. Sin embargo, esta contradicción no existe dado que en cualquier intervención social que, como el caso que nos ocupa, es bien evaluada se pueden concretar aspectos que funcionan bien y se deben potenciar y otros que no funcionan según lo esperado y que se deben mejorar.

El presente programa ofrece una estrategia terapéutica complementaria a la medicación (metadona y medicación psiquiátrica) que les proporciona a las personas toxicómanas los recursos necesarios para iniciar un cambio de vida e incrementar su bienestar personal en todos los aspectos.

No obstante, del estudio evaluativo realizado podemos señalar algunos aspectos deficientes relativos al diseño, implementación y evaluación de las estrategias y actividades terapéuticas utilizadas en el programa, que deben ser revisados, con la finalidad de lograr una mayor eficacia en las acciones en relación con los objetivos propuestos. Entre estos cabe mencionar los siguientes:

- 1.- Efectuar una planificación más estructurada del programa donde se contemplen los aspectos fundamentales del mismo, especialmente la fundamentación teórica, los objetivos generales, específicos, operativos y el sistema de evaluación.
- 2.- Incidir y recordar el plan terapéutico diseñado para cada residente, de tal modo que tenga claras las directrices y acciones a realizar en el futuro y se sienta motivado hacia ellas.
- 3.- Realizar un trabajo más intenso con las familias, a través de grupos de autoayuda, para que se sientan motivadas y seguras del proceso de rehabilitación de los residentes y les puedan transmitir más confianza en la rehabilitación.
- 4.- La aplicación del programa carece de la suficiente rigurosidad, ya que existen estrategias y actividades terapéuticas que no se llevaron a cabo y otras que no se realizaron conforme estaban diseñadas inicialmente.

5.- Intensificar las actividades de habilidades sociales de comunicación, para los residentes del centro, con la finalidad de que puedan tener la suficiente confianza y recursos necesarios para poder expresar sus emociones y sentimientos de lo que les ocurre en el día a día.

6.- Los “grupos de autoayuda” se deberían restringir y deberían fomentarse otras actividades dirigidas a solucionar problemas concretos como el aprendizaje de las tareas de los sectores de trabajo y la mejora de la convivencia. Además se deberían plantear de una forma que motivase a los residentes a hablar de sus verdaderos problemas.

7.- La “reunión de la casa” se debería mejorar preparando con más antelación los temas a tratar, para que estos hagan referencia a cuestiones específicas del funcionamiento de la casa. Por ejemplo, el proceso de convivencia debería fomentar el aprendizaje por modelaje y no es así por los continuos conflictos que se dan entre los residentes.

8.- Los “talleres de habilidades sociales” deberían realizarse con más regularidad y siguiendo un orden prefijado, de tal manera que favorezca el aprendizaje y la evaluación continua de los residentes.

9.- Mejorar la coordinación y la colaboración entre las unidades de tratamiento de toxicómanos de los centros de salud, de donde llegan derivados los residentes y la C.T., en todos los aspectos relacionados con el proceso de medicación de los mismos.

10.- Se debería plantear un sistema de evaluación con los procedimientos e instrumentos pertinentes para poder realizar una valoración tanto de los proceso como de los resultados, de tal manera que se puedan obtener conclusiones relevantes que orienten la toma de decisiones sobre el programa.

6.5 Análisis crítico del trabajo evaluativo. Autoevaluación

Los estudios evaluativos tienen sus propios límites y posibilidades que inciden en el trabajo final y es preciso aclarar con la finalidad de que puedan ser útiles en otras investigaciones posteriores. Este trabajo cumplió las expectativas que se tenían inicialmente, teniendo en cuenta que se desarrolló en un contexto, donde las relaciones personales con el colectivo que recibe el tratamiento (ex –toxicómanos) son siempre difíciles. De esta manera, los responsables del programa también se mostraron satisfechos con el trabajo realizado.

En relación a los límites o problemas de la investigación los podemos dividir en tres apartados: teóricos, metodológicos y prácticos.

A) Teóricos.- El programa carecía inicialmente de un documento formal adaptado a las características del mismo donde se especificaran los aspectos más relevantes

(introducción, fundamentación y/o modelo teórico, objetivos, metodología, estructura de recursos y sistema de evaluación).

B) Metodológicos.- El principal problema de este apartado era la carencia de modelo y diseño evaluativo, así como la falta de instrumentos evaluativos adaptados a este tipo de programas.

C) Prácticos.- La dificultad para generalizar los resultados, dado que cada C.T. se encuentra ubicada en un contexto diferente con sus particularidades propias.

El presente trabajo, intentando superar los límites y dificultades anteriormente citadas, ofrece las siguientes posibilidades:

A) Teóricas.- La formalización del documento marco del programa donde figuran todos los apartados necesarios para orientar la práctica y poder realizar una evaluación sobre el mismo.

B) Metodológicas.- La definición de un modelo evaluativo y un diseño que posibilita la valoración de las acciones llevadas a cabo en el programa. La elaboración de instrumentos que posibilitan la recogida de información sobre diferentes aspectos del programa, como son: los antecedentes, los procesos y los resultados, en relación a las intenciones o lo que esperan las distintas audiencias implicadas y a lo que realmente ocurre en el mismo.

C) Prácticas.- Se tuvieron en cuenta a todos los implicados en la evaluación lo que les permitió valorar su propio proceso. Se tuvo en cuenta el proceso terapéutico, además de los resultados obtenidos por los residentes, para buscar las soluciones a los posibles problemas. El trabajo de campo permitió un proceso de reflexión de todos los componentes de la C.T. sobre aspectos éticos y sociales del proceso evaluativo.

Todo trabajo evaluativo debería de estar sometido a un proceso de revisión, para comprobar que la evaluación se realizó conforme a un protocolo de buenas prácticas. En este caso concreto, la revisión la realizó el propio evaluador, ante la imposibilidad, por falta de tiempo y recursos, de poder contar con un comité de expertos externos a la evaluación. La revisión se realizó a través de la herramienta que se muestra en la tabla 114 y que se creó adaptando el modelo de Joint Comitte y de Stake a una evaluación de estudio caso como la que nos ocupa.

Tabla 114. Herramienta para realizar la autoevaluación

ÁREA	CUESTIONES A REVISAR	GRADO DE CUMPLIMIENTO				
		NINGUNO	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
A. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DEL PROGRAMA	A1 En la descripción del programa se recogen cuestiones como: objetivos, prioridades, metodología, recursos, temporalización y evaluación.				X	
	A2 El informe de evaluación recoge posibles discrepancias entre el programa diseñado teóricamente y el que finalmente se llevó a la práctica.				X	
	A3 El programa está definido con precisión en aspectos como: contexto técnico, social y organizativo.			X		
	A4 Se tienen en cuenta todas las actividades del programa, aunque no se hayan realizado en el centro, que puedan influir en los resultados.			X		
	A5 Se especifica la situación geográfica y social donde se encuentra inmerso el programa, para una mejor comprensión del mismo.				X	
B. DISEÑO	B1 Las preguntas u objetivos de la evaluación son claras y explícitas.					X
	B2 El tipo de evaluación aplicada está descrita en el trabajo.					X
	B3 El tiempo utilizado en el trabajo es suficiente para realizar el tipo de estudio planteado inicialmente.				X	
	B4 Las bases de las que se parte en el estudio (pertinencia, variables, validación, etc.) están especificadas en el mismo y son apropiadas para dicho estudio.					X
C. RECOGIDA DE INFORMACIÓN	C1 Los métodos utilizados para recoger datos están explícitos y son apropiados.				X	
	C2 La/s persona/as que recogen la información tienen la formación suficiente para realizar la tarea.					X
	C3 Toda la información recogida es descrita claramente.			X		
D. CONSTRUCCIÓN DE BASES DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	D1 Las bases de datos, para ordenar y sistematizar la información recogida son explícitas y pertinentes para el estudio.				X	
	D2 Las técnicas para procesar y garantizar la validez de los datos son correctamente descritas y apropiadas.				X	
	D3 La interpretación de los datos ha sido contrastada entre expertos del ámbito de la evaluación.				X	

	D4 Son tenidos en cuenta los resultados, las técnicas y los instrumentos utilizados en otros estudios similares. Para poder aumentar el conocimiento.				X	
E. INFORME	E1 Las fortalezas y debilidades metodológicas están presentes en el trabajo.					X
	E2 Los argumentos tanto positivos como negativos que responden a las preguntas de la evaluación son expresadas claramente.				X	
	E3 El informe explicita factores y argumentos que interpretan y explican la realidad observada.			X		
	E4 El informe recoge si las evidencias que explican las conclusiones fueron obtenidas por datos (cualitativos y/o cuantitativos) u opiniones contrastadas o ambos.				X	
F. IMPARCIALIDAD Y POSIBILIDAD DE GENERALIZACIÓN	F1 El evaluador realizó el proceso evaluativo de un modo imparcial respetando los derechos de todas las audiencias implicadas.					X
	F2 Los comentarios sobre la evaluación realizadas por los implicados fueron tenidos en cuenta en el estudio.				X	
	F3 Es elegida la información adecuada para hacer generalizaciones, que puedan ser aprovechadas en otros estudios.		X			
	F4 Son tenidas en cuenta las limitaciones y posibilidades para realizar generalizaciones.			X		

Fuente: Creada a partir de Stake (1998) y Joint Committee on Standards (1994).

Como se comprueba, en la revisión efectuada por evaluador, podemos afirmar que la evaluación fue realizada cumpliendo requisitos de calidad, tanto metodológicos como de respeto a las audiencias implicadas en la misma. De tal modo, que en relación a la “definición y contexto del programa”, la evaluación recoge una descripción exhaustiva del programa y también posibles discrepancias entre el programa diseñado y el que finalmente se lleva a la práctica. Además, se tienen en cuenta todas las actividades planteadas por el programa.

Respecto al “diseño de la evaluación” han sido recogidos los objetivos, el tipo de evaluación y los supuestos teóricos de partida. El tiempo empleado en el trabajo evaluativo es suficiente para cumplir los objetivos planteados inicialmente, aunque hubiese sido necesario más tiempo para poder plantear otras cuestiones (Eje.: un estudio de seguimiento), por lo que no se tuvieron que realizar modificaciones en los objetivos.

La “recogida de información” fue realizada con los métodos apropiados y por el propio evaluador lo que garantiza la calidad de la misma, no obstante para dar cuenta de una realidad tan compleja sería necesario haber recogido más información, no siendo posible debido a la problemática planteada (conflictos, problemas de disciplina, enfermedades de larga duración, etc.) para acceder a los residentes del programa. La descripción de toda la información recogida no fue posible pues superaría ampliamente la extensión del trabajo.

La “construcción de bases de datos y análisis de la información” son explicitadas en el trabajo y óptimas para analizar la información seleccionada. Las técnicas para procesar los datos garantizan la fiabilidad y validez de los mismos. Los resultados obtenidos son coherentes con otros trabajos similares y contrastados por expertos en la disciplina.

El “informe” recoge las posibilidades y límites metodológicos del trabajo. Las preguntas que se derivan de los objetivos planteados son respondidas explícitamente y ayudan a comprender la realidad estudiada. Las conclusiones obtenidas están fundamentadas en datos y opiniones contrastadas, como así se recoge en el informe.

Por último, respecto a la “imparcialidad y posibilidad de generalización”, el evaluador respetó, a lo largo de todo el proceso evaluativo, los derechos de las audiencias implicadas en la evaluación. Las apreciaciones y valoraciones realizadas por los implicados fueron tenidas en cuenta y recogidas en el informe final. La información seleccionada en esta evaluación permite hacer, con cierta prudencia, generalizaciones a otros programas, siempre que el contexto y las condiciones de dichos programas sean similares.

BIBLIOGRAFÍA

7. Bibliografía

- Abarca Ponce, M.P. (Coord.).(1989). *La evaluación de programas educativos*. Madrid: Escuela Española.
- Aguilar, M^a. J. & Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Alvar, M. (Dir.).(1994). *Diccionario Actual de la Lengua*. Barcelona: Bibliograf.
- Amezcua, C. & Jiménez, A. (1996). *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Ander-Egg, E. (1993). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Magisterio del Rio de la Plata.
- Ander-Egg, E. (1991). *Introducción a la planificación*. Buenos Aires: LUMEN.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: C.I.S.
- Anguera, M^a.T. (1992). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Anguera, M^a.T. (1996). Diseños. En R. Ballesteros. (Ed.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Págs. 149-172. Madrid: Síntesis.
- Aguirre, A. (Ed.).(1995). *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo.
- Angulo, J. (1988). La evaluación de programas sociales. *Revista de Educación*, nº 286, págs. 193-207.
- Angulo, J & Martínez, J. (1990). *Hacia un enfoque interpretativo de la enseñanza: etnografía y currículum*. Granada: Universidad de Granada, Servicio de Publicaciones.
- Apodaca, P. (1999). Evaluación de los resultados y del impacto. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 17, nº2, págs. 363-377.
- Arnal, J.; Del Rincón, D. & Latorre, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Ary, D.; Jacobs, L. & Razavieh, A. (1987). *Introducción a la investigación pedagógica*. México: Interamericana.
- Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Bañón i Martínez, R. (2003). *La Evaluación de la Acción y de las Políticas Públicas*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Barbier, J.M. (1993). *La evaluación en los procesos de formación*. Barcelona: Paidós.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bean- Bayog, M. (1988). Alcoholism as a Cause of Psychopathology. *Hop. Community Psychiatric*, nº 39, págs. 352-354.

- Bernstein, J.; et. al. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 77, págs. 49-59.
- Beutler, L. (1990). Methodology: GAT are the design issues involved in the defined research priorities?. *Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse*, nº 104, págs. 105-118.
- Bisquerra, R. (Coord.).(2004). *Metodología de investigación educativa*. Barcelona: CEAC.
- Booth, R.; Corsi, K. & Mikulich-Gilbertson, S. (2004). Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 74, págs. 177-185.
- Borisova, N. & Goodman, A. (2004). The effects of time and money prices on treatment attendance for methadone maintenance clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol 26, págs. 43-50.
- Botella, J. & Barriopedro, I. (1996). Análisis de datos. En R. Ballesteros. (Edit.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Págs. 173-203. Madrid: Síntesis.
- Briones, G. (1991): *Evaluación de programas sociales*. México: Trillas.
- Broekhaert, E.; Vanderplanchen, W.; Temmerman, I.; Ohenberg, D. & Kaplan, C. (2000). Retrospective study of similarities and relations between american drug-free and european therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 32, págs. 407-417.
- Callon, M.; Courtial, J. & Penan, H. (1995). *Cienciometría. El estudio cuantitativo de la actividad científica: de la bibliometría a la vigilancia tecnológica*. Gijón: Trea.
- Campbell, D. & Stanley, J. (1988). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrurtu Editores.
- Cañas, J. (2004). La persona adicta y los fundamentos antropológicos de su rehumanización. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 69-87. Madrid: Proyecto Hombre.
- Carvajal, J. (2004). El espíritu de la Comunidad Terapéutica. Trascendencia y espiritualidad en el sendero de la humanización. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 89-94. Madrid: Proyecto Hombre.
- Chen, X.; et. al. (2004). Factors associated with retention of drug abusing women in long-term residential treatment. *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, págs. 205-212.
- Code, B. & O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós
- Colas, P. & Buendía, L. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Ediciones.
- Colas, P. & Rebollo, M.A. (1993). *Evaluación de programas*. Sevilla: Kronos.

- Coll, C. (1983). La evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje. *Cuadernos de pedagogía*, nº 103-104, págs. 13-17.
- Comas, D. (200). Historia de la implantación y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas para toxicómanos en España. En J.A. Abeijón & L. Pantoja. (Ed.). *Las Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Págs. 37-58. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Comas, D. (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Grupo GID.
- Crombach, L. (1980). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De Ketele, J. & Roegiers, X. (1995). *Metodología para la recogida de información*. Madrid: La Muralla.
- Decreto 63/1993, de 15 Julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula la creación, modificación y supresión o cierre de centros y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, nº 180, de 4 de agosto de 1993.
- Decreto 42/1994, de 16 Junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, nº 165, de 18 de julio de 1994.
- Dekel, R.; Benbenishty, R.; & Amran, Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*, vol. 29, págs. 1833-1837.
- De Miguel, M. (1988). Paradigmas de la investigación educativa española. En I. Denduluce. (Ed.). *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Págs. 60-77. Madrid: Narcea.
- De Miguel, M. (1989). Modelos de investigación sobre organizaciones educativas. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 7, nº 13, pág. 21-56.
- De Miguel, M. (1995). Indicadores de rendimiento y evaluación de programas. En R. Pérez. (Coord.). *Evaluación de programas y centros educativos*. Madrid: UNED. Págs. 169-172.
- De Miguel, M. (1999). La Evaluación de Programas: entre el conocimiento y el compromiso. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 17, nº 2, págs 345-348.
- De Miguel, M. (2000a). La evaluación de programas sociales: fundamentos y enfoques teóricos. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 18, nº 2, págs. 289-317.
- De Miguel, M. (2000b). Modelos y diseños en la evaluación de programas. En S. Fernández. (Ed.). *Orientación profesional: Diagnóstico e Inserción sociolaboral*. Barcelona: Estel.
- De Miguel, M. (2000c). Evaluación externa de un programa de educación social. En G. Pérez. (Coord.). *Modelos de Investigación cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea.

- De Miguel, M. & Pereira, M. (2002). Evaluación de necesidades de los jóvenes con deficiencias auditivas en el proceso de transición al mundo laboral. En *Revista de Investigación Educativa*, vol. 20, nº1, págs. 89-111.
- De Landsheere, G. (1985). *Diccionario de la evaluación y de la investigación educativas*. Barcelona: Oikus-tau.
- De Leon, G. (1997). Comunidades Terapéuticas. En M. Galanter & H. Kleber (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Págs. 403-421. Barcelona: MASSON.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, model ad method*. New York: Springer.
- De Leon, G. (2001). *Tratment process: Enhancing peer mentor performance*. Unpublished grant proposal. Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes, New York.
- De Leon, G. (2004a). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones*. Bilbao: Desclée de Browwer.
- De Leon, G. (2004b). Therapeutic communities: Research-practice reciprocity. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 113-127. Madrid: Proyecto Hombre.
- De Leon, G.; Sacks, S.; Stainess, G. & McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: Treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, nº 26, págs. 461-480.
- Del Rincón, D.; Arnal, J.; Latorre, A. & Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.
- Delgado, E. (2002). *La investigación en biblioteconomía y documentación*. Gijón: Ediciones Trea.
- Delgado, J. & Gutiérrez, J. (Coord.).(1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Dendaluze, I. (1994). Diseños cuasiexperimentales. En V. García Hoz. (Ed.). *Problemas y métodos de investigación en educación personalizada*. Págs. 286-304. Madrid: Rialp.
- Ellingstad, T.; Sobell, L.; Sobell, M. & Planthara, P. (2002). Drug Treatment outcome methodology (1993-1997). Strengths, weaknesses, and a comparison to the alcohol field. *Addictive Behaviors*, vol. 27, págs. 319-330.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas; incluyendo el apéndice "Fenomenología de las drogas"*. Madrid: Espasa Calpe.
- Expósito, J. & Fernández, A. (2002). La productividad de la investigación sobre evaluación de programas educativos españoles (1975-2000). *Revista de Investigación Educativa*, vol. 20, nº 1, págs. 113-129.

- Expósito, J.; Olmedo, E. & Fernández, A. (2004). Patrones metodológicos en la investigación española sobre evaluación de programas educativos. *Relieve*, vol.10, nº 2.
- Ferman, G. S. & Levin, J. (1979). *Investigación en ciencias sociales*. México: Trillas.
- Fernández Miranda, J. (2001). Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin*, nº 116, págs. 150-154.
- Fernández, J.R. & Secades, R. (1999). *Evaluación de la Eficacia del Programa Educativo-Terapéutico para Rehabilitación de Toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernández, J.R. & Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del Programa de Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Flynn, P.; Kristiansen, P.; Porto, J. & Hubbard, R. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drugs and Alcohol Dependence*, vol. 57, págs. 167-174.
- Forner, A. & Latorre, A. (1996). *Diccionario terminológico de investigación educativa y psicopedagógica*. Barcelona. E.U.B.
- Frances, R.; Franklin, F. & Borg, L. (1997). Teorías psicodinámicas. En M. Galanter & H. Kleber (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Págs. 243-256. Barcelona: MASSON.
- Gaitan, J.A. & Piñuel, J.L. (1998). *Técnicas de Investigación en comunicación social. Elaboración y registro de datos*. Madrid: Síntesis.
- García, G. & Ramírez, J.M. (1996). *Diseño y evaluación de Proyectos Sociales*. Zaragoza: Certeza.
- Gautier, R. (1997). La Psicopatología del Toxicómano. En C. Sirvent & J. Rodríguez. (Coords.). *Drogodependencias*. Págs. 255-271. Oviedo: Dpto. Publicaciones. Instituto Spiral.
- Goetz, J. & LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D. & Kidd, T. (2002). Changes in use of crack cocaine alter drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 66, págs 21-28.
- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D. & Treacy, S. (2001). Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up from the National Treatment Study Outcome Research Study. *Drug and alcohol dependence*, vol. 62, págs 255-264.
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Mexico: EDITIA MEXICANA.

- Grella, C.; Scout, C.; Foss, M.; Joshi, V. & Hser, Y. (2003). Gender differences in drug treatment outcomes among participants in the Chicago Target Cities Study. *Evaluation and Program Planning*, vol. 26, págs. 297-310.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1981). *Effective Evaluation*. California: Jossey Bass.
- Gutiérrez, J. (1992). *Criterios Metodológicos para la Fundamentación y Evaluación de la Educación Ambiental No Formal*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Hernández Pina, F. (1995). *Bases Metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona: Grafiques 92.
- Hernández López, J. (1996). Procedimientos de recogida de información en evaluación de programas. En R. Ballesteros. (Ed.). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Págs. 75-113 Madrid: Síntesis.
- House, E. (1980). *Evaluación, ética y poder*. Madrid: Morata.
- Hubbard, R; Craddock, S. & Anderson, J. (2003). Overview of 5-year follow up outcome in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 25, págs 125-134.
- Joint Committee on Standards. (1994). *Normas de evaluación para programas, proyectos y materiales educativos*. México: Trillas.
- Kasarabada, N.; Hser, Y.; Boles, S. & Chuang, Y. (2002). Do patient's perceptions of their counselors influence outcome of drug treatment?. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 23, págs. 327-334.
- Kaufman, E. (1997). Terapia Familiar. En M. Galanter & H. Kleber (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Págs.339-360 Barcelona: MASSON.
- Kaufman, R. (1982). *Identifying and solving problems: A system Approach*. San Diego: University Ass.
- Kernberg, O. (1991). Transference regression and psychoanalytic technique with infantile personalities. *International Journal Psychoanal*, nº 12, págs. 189- 200.
- Kerr, T.; Marsh, D.; Li, K.; Montaner, J. & Word, E. (2005). Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drugs users in Vancouver. *Drug and alcohol dependence*, vol. 80, págs 329-335.
- Kleiman, et al. (1990). Crack and cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse*, nº 104, págs. 24-34.
- Kooyman, M. (1996). *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica par la investigación aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Latorre, A.; Del Rincón, D. & Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona; GR92.
- Lewis, G. (1987). *Shame and the narcissistic personality in The Many Faces of Shane*. New York: Guilford.
- Lewis, B. & Ross, R. (1994). *Therapeutic community: Advances in research and application*. NIDA. Monograph 144 (NIH Publication N° 94-3633). Washington: Superintendent of Documents U.S. Government Printing Office.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y legislación que desarrolla. *Boletín Oficial del Estado*, n° 269, de 10 de noviembre de 1995.
- Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado. *Boletín Oficial del Estado*, n° 15, de 17 de enero de 1996.
- Ley 10/2001 del Principado de Asturias, de 12 de noviembre, del Voluntariado. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, n° 266, de 16 noviembre de 2001.
- La Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones y legislación que desarrolla. *Boletín Oficial del Estado*, n° 310, de 27 de diciembre de 2002.
- Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero, de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, n° 56, de 8 de marzo de 2003.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, n° 298, de 14 de diciembre de 1999.
- López, P. (1996). *Introducción a la bibliometría*. Valencia: Promolibro.
- López Goñi, J. (2005). *Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra*. Pamplona. UPN.
- Luengo, E.; Romero, J. & Gómez, J.A. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago: Editorial Compostela, S.A.
- Maltrás, B. (2003). *Los indicadores bibliométricos. Fundamentos y aplicación al análisis de la ciencia*. Gijón: Trea.
- Martín, S.; Butzin, C. & Inciardi, J. (1995). Assessment of a Multistage Therapeutic Community for Drug-Involved Offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 27, n° 1, págs 109-116.
- Mateo, J. (1990). La toma de decisiones en el contexto de la evaluación educativa. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 8, n° 16, págs. 95-112.
- Maturana, H. & Varela, J. (1990). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Debate.
- McDougall, J. (1984). The “dis-affected” patient: reflections on affect pathology. *Psychoanal Q*, n° 53, págs. 366-409.
- McMillan, J. & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson
- McLellan, A. et al. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*, vol.93, págs. 1489-1499.
- Meissner, W. (1986). *Psychotherapy and the Paranoid Process*. New York: Jason Arosen.

- Melnick, G.; De Leon, G. & Thomas, G. (2001). A client-treatment matching protocol for therapeutic communities: First report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 21, págs. 119-128.
- Mereki, P. (2004). Las fronteras variables en la Comunidades Terapéuticas. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 155-175. Madrid: Proyecto Hombre.
- Migotsky, C. & Stake, R. (2001). *An Evaluation of an Evaluation: CIRCE's Metaevaluation of the Site Visits and Issue Papers of the ATE Program Evaluation*. Chicago: University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Monedero, J.J. (1998). *Bases teóricas de la evaluación educativa*. Málaga: Aljibe.
- Morral, A.; Belding, M. & Iguchi, M. (1999). Identifying methadone maintenance clients at risk for poor treatment response: pre-treatment and early progress indicators. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 55, págs. 25-33.
- Noel, N. & McGrady, B. (1984). Behavioral treatment of an alcohol abuser with spouse present. En E. Kaufman. (Edit). *Power to Change: Family Case Studies in the Treatment of Alcoholics*. New York: Gardner Press.
- Norma UNE- en ISO 9001:2000 (Sistemas de Gestión de Calidad).
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2005). Informe anual de 2005 sobre el problema de la drogodependencia en Europa. En <http://ar2005.emcdda.europa.eu/download/ar2005-es.pdf>. Consultada el 6-5-2008.
- Observatorio sobre drogas para Asturias. (2006). Informe 2006. En <http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/infodrog06.pdf>. Consultada el 23-2-2008.
- Palacios, J. (2004). Ética y Comunidad Terapéutica: La búsqueda de una autocrítica. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 197-206. Madrid: Proyecto Hombre.
- Peles, E.; Schreiber, S. & Adelson, M. (2006). Factor predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 82, págs. 211-217.
- Pérez, A. & Gimeno, J. (1992). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Pérez, G. (1993). *Elaboración de proyectos sociales*. Madrid: Narcea.
- Pérez, G. (2003). *Análisis bibliométrico en educación. Incidencia en la calidad universitaria*. Madrid: MECD. Subdirección General de Estudios y Análisis.
- Pérez, R. (2000). La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 18, nº 2, págs. 261-287.

- Pérez, R. & García, J.M. (1989). *Diagnóstico, evaluación y toma de decisiones*. Madrid: Rialp.
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1995). *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson.
- Pineda, J.Mª. (1987). *La literatura pedagógica española contemporánea*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2004). Memoria 2004. En <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2004.pdf>. Consultada el 7-5-2008.
- Plan Regional Sobre Drogas del Principado de Asturias 2001-2003.
- Pons, I. (1993). *Programación de la investigación social*. Madrid: C.I.S.
- Porowski, A.; Burgdorf, K. & Herrell, J. (2004). Effectiveness and sustainability of residential substance abuse treatment programs for pregnant and parenting women. *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, págs. 191-198.
- Pozo, C.; Alonso, E. & Hernández, S. (Ed.).(2004). *Teoría, Modelos y Métodos en Evaluación de Programas*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Pozo, M. & Salmerón, H. (1999). Tendencias conceptuales y metodológicas en la evaluación de necesidades. *Revista de Investigación Educativa*, vol. 17, nº2, págs. 349-357.
- Prendergast, M.; Podus, D.; Chang, E. & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison of group studies. *Drug and alcohol dependence*, vol. 67, págs 53-72.
- Proyecto Hombre. (2005). Memoria Asturias 2005. En <http://www.proyctohombrestur.org/>. Consultada el 23-2-2008.
- R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 254, de 23 de octubre de 2003.
- R.D.L. 1/1994, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social y legislación que desarrolla. *Boletín Oficial del Estado*, nº 154, de 29 de marzo de 1994.
- R.D.L. 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y legislación que desarrolla. *Boletín Oficial del Estado*, nº 75, de 29 de marzo de 1995.
- Revista Bordón. (1991). *Monográfico sobre evaluación de programas*. Vol. 43, nº 4.
- Revista de Investigación Educativa. (1990). *Monográfico sobre evaluación de Programas*. Vol 8, nº 16.
- Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica contemporánea*. Madrid: Mcgraw-Hill.
- Rodríguez, J. (Dir.).(1987). *Etnografía*. Gijón: Júcar.

- Rodríguez, G.; Gil, J. & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Roldan, G. (2004). La función de la Comunidad Terapéutica, Ayer y Hoy. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 239-254. Madrid: Proyecto Hombre.
- Rossi, H.P. & Freeman, H.E. (1989). *Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Trillas.
- Rotger, B. (1989). *Evaluación Formativa*. Madrid: Editorial Cincel.
- Sánchez, S. (Dir.).(1983). *Diccionario de las Ciencias de la Educación*. Madrid: Santillana.
- Sanz Oro, R. (1990). *Evaluación de programas en orientación educativa*. Madrid: CIS.
- Scott, C.; Foss, M. & Dennis, M. (2003). Factors influencing initial and longer-term responses to substance abuse treatment: a path analysis. *Evaluation and Program Planning*, vol. 26, págs. 287-295.
- Scriven, M. (1991). Beyond formative and summative evaluation. En M. Mclaughlin & C. Phillips (Ed.). *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*. Boston: Kluwer.
- Senay, E. (1997). Mantenimiento con metadona. En M. Galanter & H. Kleber (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Págs. 209-218 Barcelona: MASSON.
- Sierra, R. (1984). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paraninfo.
- Sierra, R. (1987). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Silva, A. (Coord.).(1994). *La Evaluación de drogodependencias. Vol. I: La situación española*. Madrid: G.I.D.
- Simpson. D. & Curry, S. (Edit.).(1997). Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 11, págs. 211-337.
- Simpson. D. & Joe, R. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, vol. 30, págs. 357-368.
- Simpson. D.; Wexler, H. & Incardi, J. (Eds.) (1999). Drug treatment outcomes for correctional settings. *Prision Journal*, vol. 79.
- Sirvent, C. (1997). Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias. En C. Sirvent & J. Rodríguez. (Coords.). *Drogodependencias*. Págs. 309-344. Madrid: Dpto. Publicaciones. Instituto Spiral.
- Stake, R. (1988). Seeking sweet water. En R. M. Jaeger (Ed.). *Complementary methods for research in education*. Págs. 300-353. Washington: American Educational Research Association.

- Stake, R. (1989a). The Case Study Method in Social Inquiry. En G. Madaus, M. Scriven & D. Stufflebeam. (Eds.). *Evaluation Models*. Págs. 279-285. Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Stake, R. (1989b). Program Evaluation, particularly Responsive Evaluation. En G. Madaus, M. Scriven & D. Stufflebeam. (Eds.). *Evaluation Models*. Págs. 287-310. Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Stake, R. (1989c). Evaluation at Grays at Harbor. *Pacific Education*, vol. 1, nº 8, págs. 109-130.
- Stake, R. (1995). *The art of study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Stake, R. (1998b). When policy is merely promotion, by what ethic lives an evaluator?. *Studies in Educational Evaluation*, vol. 24, nº 2, págs. 203-212.
- Stake, R. (2005). Standards-Based and Responsive Evaluation. *Evaluation and Program Planning*, nº 28, págs. 119-120.
- Stake, R. (2006). *Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares*. Barcelona: Graó.
- Staton, M. & Todd, T. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Gilford.
- Stufflebeam, D. (Dir.).(2001). *Estándares de evaluación de personal: cómo evaluar sistemas de evaluación de educadores*. Bilbao: Mensajero.
- Stufflebeam, D. & Skinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática*. Madrid: Paidós/M.E.C.
- Suchman, E. (1967). *Evaluative research principles and practice in Public Service & Social Action Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Taylor, J. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Piados.
- Tejada, J. (1999). La evaluación: su conceptualización. En B. Jiménez (Edit.). *Evaluación de programas centros y profesores*. Págs. 31-44. Madrid: Síntesis.
- Therapeutic Communities of America, Critical Justice Comité (2001). *Therapeutic Community Standard Development*. Washington: Author.
- Tolchinski, L. et al. (2002). *Tesis, tesinas y otras tesituras*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Valverde, J. (2001). *Vivir con la droga. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vedung, E. (1997). *Evaluación de políticas públicas y programas*. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- Vega, A. (1993). *La Acción Social ante las drogas. Propuestas de Intervención Socioeducativa*. Madrid: Narcea, S.A.

- Villafranca, S.; Mckellar, J.; Trafton, J.; & Humphreys, K. (2006). Predictors of retention in methadone programs: A signal detection analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 83, págs. 218-224.
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU.
- Walberg, H. & Haertel, G. (Ed.).(1990). *The International Encyclopedia of Educational Evaluation*. Oxford: Pergamon Press.
- Weiss, C. (1975). *Investigación evaluativa*. México: Trillas.
- White, J.; Danz, C.; Kneebone, J.; La Vincente, S.; Newcombe, D. & Ali, R. (2002). Relationship between LAAM-methadone preferente and treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 66, págs. 295-301.
- Witkin, R. & Altschuld, J. (1995). *Plananning and Conducting Needs Assessments*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Woods, P. (1989). *La escuela por dentro: la etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.
- Woody, G.; Mercer, D. & Luborsky, L. (1997). Psicoterapia individual. En M. Galanter & H. Kleber. (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Págs. 279-290. Barcelona: Masson.
- Worthen, B.; Sanders, J. & Fitzpatrick, J. (1997). *Program evaluation alternative approaches and practical guidelines*. Newbury Park: Sage.
- Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic psychotherapy*, nº10, págs. 227-258.

8. Anexos (Ver C.D.)

Anexo I.- Cuadro de Unidades de observación, variables y categorías del estudio bibliométrico.

Anexo II.- Addiction Severity Index.

Anexo III.- Parrilla análisis de documentos.

Anexo IV.- Cuestionario comprobación de objetivos.

Anexo V.- Entrevistas referentes a antecedentes, transacciones y resultados.

Anexo VI.- Glosario.