

**COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE:****RESPONSABLE DEL PROGRAMA:**

Rosario Abaitua Arana

**EQUIPO TÉCNICO:**

Francisco Herrera del Pueyo

Arantza Yubero Fernández

Juan Carlos Menéndez Gómez

Antonio Jesús Molina Fernández

Belén Aragonés Pastor

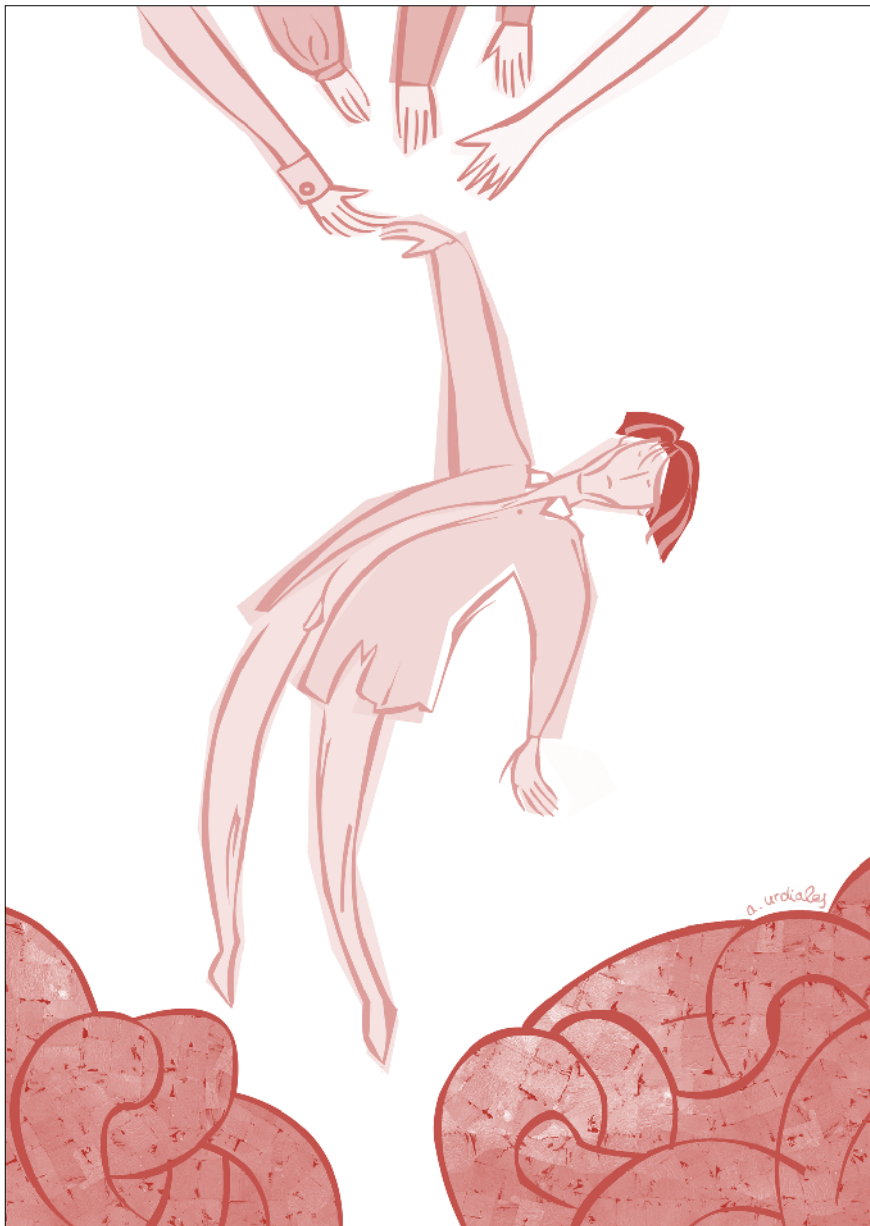
Amalia Calvo Ríos

Estrella Rueda Aguilar

**ASESORAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**M<sup>a</sup> Cristina Fernández Coll**PALABRAS CLAVE:**

Programas de tratamiento de cocaína, evaluación programa ambulatorio de cocaína, fase de evaluación y diagnóstico, motivación e integración, desarrollo personal, mantenimiento de autonomía.

## EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE COCAÍNA DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



Ilustraciones: Alberto Urdiales

Durante los últimos años, han aumentado en Proyecto Hombre de forma sostenida y con un ritmo constante los programas ambulatorios de cocaína, por lo que la Asociación, siguiendo su cultura evaluativa, ha realizado este estudio que a continuación presentamos. A lo largo del mismo se detallan el proceso y los objetivos, así como los resultados y conclusiones de la evaluación.

## INTRODUCCIÓN

Durante el pasado año 2007 la Comisión de Evaluación de la Asociación Proyecto Hombre ha evaluado los programas ambulatorios de cocaína de 20 centros de dicha asociación. Los objetivos perseguidos en este proceso de evaluación han sido:

- Introducir una metodología de evaluación continua y sistemática en los programas de tratamiento para cocainómanos.
- Evaluar la eficacia, eficiencia, pertinencia y cobertura de los programas de tratamiento para cocainómanos, identificando elementos de mejora de dicho programa en función de los resultados de la evaluación.
- Evaluar la percepción de los profesionales sobre el tratamiento y el clima laboral.
- Evaluar la satisfacción de los usuarios y familias con el tratamiento recibido.
- Diseñar y elaborar instrumentos ad hoc y coordinación del trabajo de campo en todos los centros de tratamiento para cocainómanos de la Asociación Proyecto Hombre en España.
- Realizar un informe de resultados de evaluación.
- Detectar necesidades de investigación-evaluación sobre cuestiones específicas.
- Formar y motivar a los profesionales en tareas de evaluación sistemática, que incorporen a sus rutinas de trabajo habitual.

## LOS PROGRAMAS AMBULATORIOS DE TRATAMIENTO DE COCAÍNA

Los Programas de Tratamiento para Cocainómanos de los centros que forman parte de la Asociación Proyecto Hombre y que han participado en el proceso de evaluación, tienen

diferentes años de vida o trayectoria dedicados a un mismo objetivo. El primer programa se puso en funcionamiento en el año 1997 y desde ese momento hasta la actualidad se han abierto programas de similares características por todo el territorio español. Ha sido a partir del año 2000 cuando se ha producido una creciente apertura de centros para dar respuesta a la también emergente demanda.

Todos los programas se estructuran en tres fases interdependientes que constituyen un proceso integral, con una prefase o fase inicial, en la que se realiza la evaluación y diagnóstico del caso. Esta prefase o fase inicial, puede depender bien del propio programa de tratamiento objeto de esta evaluación, bien de un dispositivo común a todos los programas del centro, encargado de realizar dicha labor.

De los programas de los que se tenía información en el momento de la evaluación, un 35% contaba con una fase específica de evaluación y diagnóstico, mientras que esta labor se realizaba en el 65% restante de los programas en la primera fase de tratamiento.

Una característica común a todos los programas es que se desarrollan en régimen ambulatorio, con un horario de atención ajustado a las características y necesidades del perfil atendido. El 74% de los programas atiende en un horario sólo de tarde/noche, el 15,4% atiende habitualmente de tarde excepto los viernes que tiene horario de mañana, el 7,7% alterna mañanas y tardes y el 2,9% de los programas atiende habitualmente de tarde, aunque realiza entrevistas individuales dos mañanas a la semana. Atienden fundamentalmente a personas con problemas de abuso de cocaína o de cocaína y alcohol.



## NECESIDADES INFORMATIVAS

En una primera parte del proceso se ha trabajado con el objetivo de lograr un consenso a través del trabajo en equipos y en las zonas, para detectar las necesidades evaluativas de los diferentes agentes implicados. Hay que partir de la base de que cada uno de los centros autorizados de la Asociación, se gestiona de forma autónoma, lo que implica que aun compartiendo el mismo método terapéutico y la misma filosofía, el modo práctico de concretar dicho método en los diseños de los programas de tratamiento puede conllevar algunas diferencias. De ahí que el primer trabajo elaborado por la Comisión de Evaluación haya sido la revisión de los objetivos de los programas de tratamiento para cocainómanos de cada uno de los centros, y la elaboración de una matriz de programación que contuviera los objetivos generales y específicos de cada una de las fases que componen el tratamiento, y que recogiera los aspectos comunes de todos los centros.

Esta matriz, en base a la cual se elabora el resto del proceso de evaluación, fue consensuada con el Foro de Cocaína<sup>1</sup> y es la que se recoge a continuación:

### OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Facilitar el proceso de cambio conductual, emocional y cognitivo necesario para lograr la extinción del consumo de drogas y de otras conductas adictivas, la autonomía personal y la integración social.

*NOTA: Se entiende que los objetivos son progresivos y por tanto en fases avanzadas se siguen manteniendo los de fases anteriores.*

<sup>1</sup> El Foro de Cocaína es un espacio de discusión y trabajo conjunto de los técnicos que trabajan en los programas de cocaína de los centros de la Asociación.



## FASE DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

**Objetivo General:** Clarificar la demanda de atención y facilitar la integración de la persona y su entorno sociofamiliar en el tratamiento.

AGENTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica que favorezca la vinculación de la persona en tratamiento al mismo.</li> <li>• Conseguir que la persona en tratamiento y su entorno sociofamiliar tengan la información necesaria sobre el mismo.</li> <li>• Elaborar un plan preliminar de tratamiento ajustado a las necesidades de cada usuario.</li> <li>• Implicar en el proceso terapéutico-educativo de la persona en tratamiento al entorno sociofamiliar cuando sea pertinente.</li> </ul>
PERSONAS EN TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el consumo de sustancias y otras conductas adictivas.</li> <li>• Tomar la decisión de iniciar un tratamiento para superar la dependencia.</li> </ul>
ENTORNO SOCIOFAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar la participación activa en el proceso terapéutico-educativo del usuario.</li> </ul>

## FASE I: MOTIVACIÓN - INTEGRACIÓN

**Objetivo General:** Facilitar el proceso personal de motivación al cambio en el estilo de vida.

AGENTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un marco de referencia a las personas en tratamiento, que favorezca la vinculación al tratamiento.</li> <li>• Ajustar el plan de tratamiento individualizado atendiendo a las áreas básicas.</li> <li>• Facilitar a las personas en tratamiento recursos terapéuticos y educativos que ayuden en el proceso de cambio conductual, cognitivo y emocional.</li> <li>• Conocer el funcionamiento del sistema sociofamiliar y proporcionar, si es necesario, pautas encaminadas a su reajuste.</li> </ul>
PERSONAS EN TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrarse en la propuesta de tratamiento.</li> <li>• Mantener la abstinencia del consumo de alcohol/drogas y otras conductas adictivas.</li> <li>• Mantener y/o adquirir hábitos de vida saludables y socialmente responsables.</li> <li>• Establecer y/o mantener relaciones sociales satisfactorias que contribuyan al mantenimiento de la abstinencia.</li> <li>• Ocupar el tiempo libre evitando prácticas y/o situaciones de riesgo.</li> <li>• Iniciar un cambio en el estilo de vida reforzando los factores de protección.</li> <li>• Adquirir y asumir las responsabilidades familiares que sean pertinentes.</li> <li>• Tomar conciencia de la realidad personal.</li> </ul>
ENTORNO SOCIOFAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicarse en el proceso de la persona en tratamiento.</li> <li>• Iniciar los cambios necesarios en la dinámica de funcionamiento sociofamiliar.</li> </ul>

## FASE II: CRECIMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL.

Objetivo General: Facilitar el proceso de conocimiento y desarrollo personal de las personas en tratamiento.

AGENTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover los cambios en el nivel afectivo y cognitivo necesarios.</li> <li>• Promover la experimentación de hábitos saludables de tiempo libre.</li> <li>• Fomentar el desarrollo de habilidades personales.</li> <li>• Facilitar la integración en el ámbito sociofamiliar y formativo-laboral.</li> </ul>
PERSONAS EN TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar, expresar y analizar las necesidades, limitaciones y potencialidades.</li> <li>• Analizar el pasado personal y del entorno sociofamiliar y sus influencias en el presente.</li> <li>• Aprender a identificar y expresar las emociones adecuadamente.</li> <li>• Aprender y aplicar técnicas de prevención de recaídas.</li> <li>• Identificar y afrontar situaciones de riesgo sin presentar consumo de drogas ni conductas adictivas.</li> <li>• Reestructurar ideas irracionales.</li> <li>• Integrarse funcionalmente en el entorno sociofamiliar.</li> <li>• Clarificar los valores sobre los que van a basar su comportamiento.</li> <li>• Reforzar factores de protección.</li> <li>• Mantener una red social favorable a la participación e integración social.</li> </ul>
ENTORNO SOCIOFAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar mecanismos funcionales de afrontamiento de conflictos en el entorno sociofamiliar.</li> </ul>

## FASE III: MANTENIMIENTO-AUTONOMÍA.

Objetivo General: Integrar los cambios realizados y consolidar el proceso de autonomía personal.

AGENTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la integración de los cambios realizados por parte de los usuarios.</li> <li>• Favorecer la desvinculación progresiva del programa de las personas en tratamiento y de su entorno sociofamiliar.</li> <li>• Acompañar al entorno sociofamiliar en el proceso de reajuste familiar.</li> </ul>
PERSONAS EN TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamentar y definir su proyecto de vida desde una elección progresiva de metas y valores propios.</li> <li>• Llevar un estilo de vida autónomo y satisfactorio.</li> <li>• Mantener la abstinencia.</li> <li>• Manejar las estrategias oportunas para el afrontamiento de conflictos y problemas.</li> <li>• Tomar decisiones responsables y acordes a su realidad.</li> <li>• Afianzar un entorno sociofamiliar estable acorde al nuevo estilo de vida.</li> </ul>
ENTORNO SOCIOFAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar a la persona en tratamiento el proceso de autonomía personal.</li> </ul>

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación se ha realizado en base a los criterios de evaluación que identifican las preguntas relacionadas con la matriz del proyecto que nos queremos contestar con la evaluación y a través de los cuales se podrá hacer un balance sobre la realidad. El listado de los criterios seleccionados por la Comisión de Evaluación proporciona la base lógica y una serie de puntos críticos a tener en cuenta para emitir un juicio de valor sobre los programas de tratamiento.

En el presente artículo se presentan los resultados obtenidos en el criterio de Eficacia, que establece la medida en que se alcanzan los objetivos de una actividad en una población beneficiaria y en un período temporal determinado, sin considerar los costes en los que se incurre para obtenerlos (SECIPI, 1998).

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

### MUESTRA DE PERSONAS EN TRATAMIENTO

Constituida por 417 usuarios de los programas de atención a coconómanos de Proyecto Hombre. Personas que estaban en tratamiento en el momento de la evaluación y que llevaban al menos la mitad del tiempo de duración establecido para la fase de tratamiento en la que se encontraban. Los hombres representan el 91,6% de la muestra. En el 20% de programas no había mujeres en tratamiento, en el momento de la evaluación. En programas con menor número de usuarios, el porcentaje de mujeres es mayor, pero al aumentar el número de personas en tratamiento la representación de mujeres se estabiliza alrededor del 8%.

La persona más joven tiene 18 años y la mayor 63. La edad media está en





los 31 años y medio. El 76% de las personas en tratamiento tiene entre 18 y 35 años. El gráfico representa el porcentaje de personas en cada grupo de edad (ver gráfico).

Más de la mitad de personas en tratamiento, 55,2%, son solteros, el 32,7% está casado o tiene pareja de hecho, el 11,9% está separado o divorciado y el 0,2% viudo.

En el momento de la evaluación prácticamente la mitad de personas en tratamiento convive con sus padres (o sólo con su madre) y uno de cada cuatro con su pareja y sus hijos.

Respecto a su nivel de estudios el 12,8% no finalizó los estudios obligatorios. El nivel de formación de estudios obligatorios lo tienen el 48,4%, el 26,7% finalizó COU o Bachiller, el 4,7% ha cursado algún módulo superior de FP y el 7,4% tiene estudios universitarios.

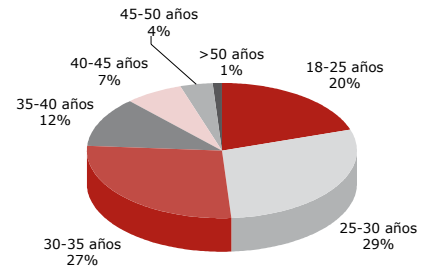
El 85% de personas en tratamiento están activos laboralmente, un 28,9% con contrato temporal, el 34,7% con contrato fijo y 21,4% como autónomo. El 11,3% está en situación de paro y el 2,7% está en situación de incapacidad laboral.

### MUESTRA DE ACOMPAÑANTES

Constituida por 410 personas del entorno familiar y social de los usuarios que han participado en la evaluación. El 82% son mujeres de edad mínima de 18 años y máxima de 84. La relación que mantienen con las personas en tratamiento es:

- Pareja: 42,5%
- Madre: 32,8%
- Padre: 14,3%
- Otro familiar (hermano/a generalmente): 9%
- Abuelo: 0,5%
- Otra relación: 0,9%

La edad media de acompañantes que son pareja de las personas en tratamiento es de 32,3 años y la de



las personas que son progenitores es 54,5 años.

### MUESTRA DE PROFESIONALES

Formada por 115 profesionales activos en el momento de la evaluación. Han participado 19 presidentes de los centros, 24 directores de los programas de cocaína y 72 terapeutas. En la mayoría de los centros los directores también realizan trabajo terapéutico.

### RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Los resultados que se presentan pueden interpretarse relacionándolos con los objetivos expuestos en las tablas del apartado de Necesidades Formativas. Dichos resultados se exponen, siguiendo la clasificación de los diferentes agentes utilizada en las tablas mencionadas.

Del estudio realizado se desprende que **los profesionales establecen una relación que favorece la vinculación al tratamiento de la persona que solicita ayuda, proporcionando un marco de referencia a las personas en tratamiento que favorece dicha vinculación al mismo.**

Esto lo indica el 60% de las personas que piden ayuda y se incorporan a tratamiento, así como la valoración positiva que hacen del vínculo que establecen con el terapeuta. Perciben además el grupo, como un espacio en

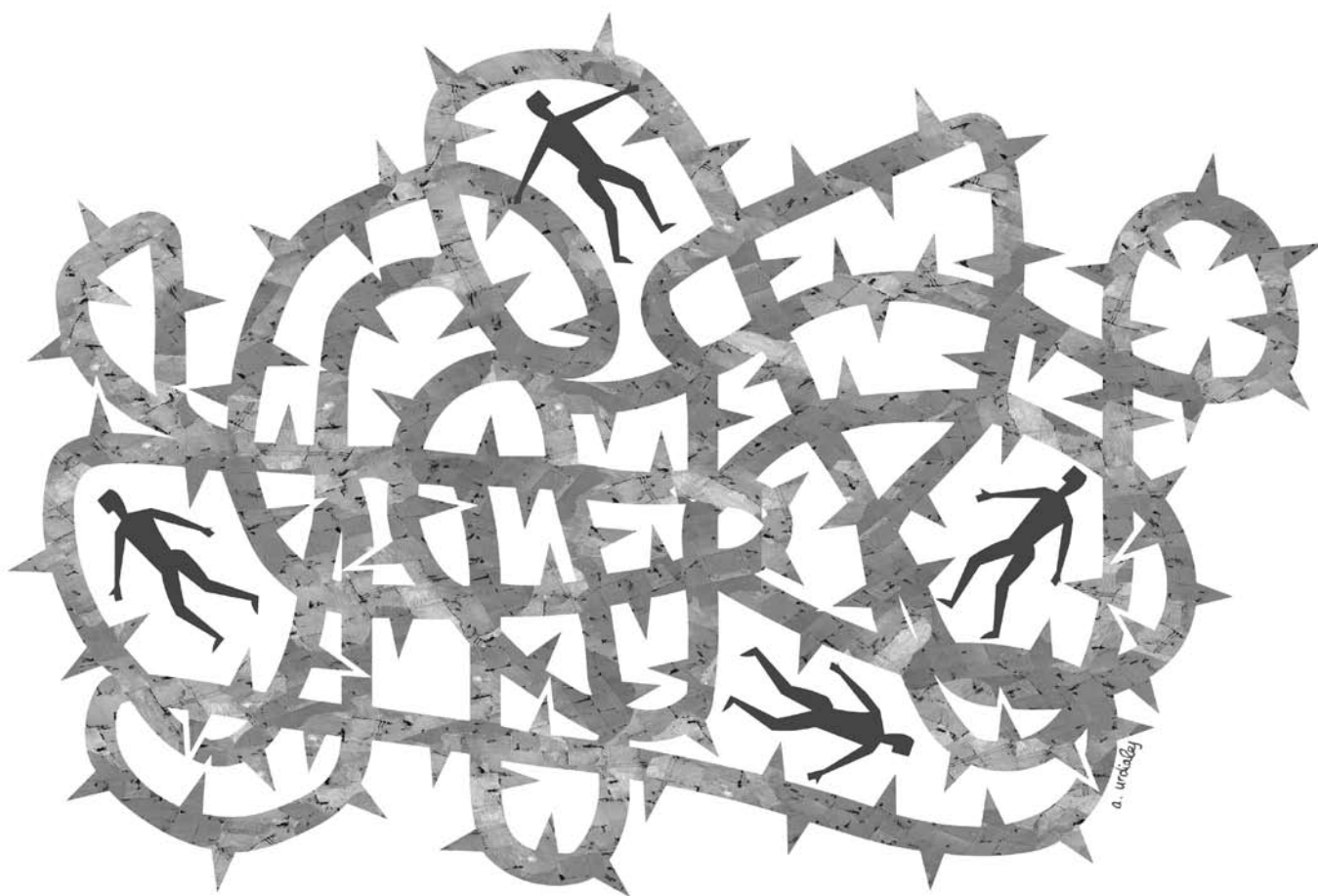
el que se sienten totalmente apoyados y ayudados, con un clima adecuado y valoran muy positivamente al equipo terapéutico.

Sin embargo, la primera fase es crítica en lo referente a la tasa de bajas, especialmente en los dos primeros meses. Se observa, por otra parte, que se produce una integración óptima del resto de usuarios al tratamiento, dado que existe una alta participación en los grupos y actividades propuestas y un alto cumplimiento de

En la mayoría de los casos se elabora un plan preliminar de tratamiento ajustado a las necesidades de cada persona en la fase de evaluación y diagnóstico. En la primera fase de tratamiento un 66,8% de personas en tratamiento tienen un plan elaborado y ajustado a sus necesidades. En un 24% de centros no se contempla el diseño de un plan preliminar.

El programa proporciona a las personas en tratamiento recursos terapéuticos y educativos que les ayudan en

Se conoce el funcionamiento del sistema familiar y se propone, en caso necesario, pautas de reajuste a través de diferentes actividades y entrevistas con personas del entorno en la primera fase del tratamiento. Los profesionales indican que, en esta primera fase, aproximadamente la mitad de los usuarios presentan una buena adaptación familiar y un 45,4% mantienen la relación aunque tienen conflictos importantes.



las pautas y normas de tratamiento. Se consigue, además, que la persona en la fase de tratamiento y las personas de su entorno sociofamiliar tengan la información necesaria sobre el tratamiento. En esta valoración coinciden las personas en tratamiento y el entorno sociofamiliar.

su proceso de cambio conductual, cognitivo y emocional. Entre los instrumentos terapéuticos más utilizados destacan las entrevistas individuales y grupos de autoayuda con usuarios, el contrato terapéutico, análisis, grupos y entrevistas con familiares, el Europasi y la anamnesis.

Los conflictos familiares disminuyen desde los primeros momentos de tratamiento, posiblemente porque la mayoría de conflictos estaban relacionados con el consumo de drogas y empiezan a disminuir desde el inicio del programa. La valoración de los cambios que se producen en el entor-



no durante el tratamiento es positiva para la mayoría de los usuarios. Un 74,5% se muestra satisfecho con el tipo de relación familiar que mantiene. El acompañamiento de los profesionales en el reajuste familiar se mantiene hasta final de tratamiento, aumentando significativamente la asistencia de los acompañantes a las actividades programadas.

Se verifica la integración de los cambios realizados por los usuarios a lo largo del proceso de manera continua en las reuniones de equipo y en

Los conflictos familiares disminuyen desde los primeros momentos de tratamiento, posiblemente porque la mayoría de conflictos estaban relacionados con el consumo de drogas y empiezan a disminuir desde el inicio del programa.

momentos puntuales del proceso a través de autoinformes, grupos evaluativos y otros registros.

Se favorece la desvinculación del programa de las personas en tratamiento y de las personas del entorno, en la última fase del tratamiento, a través de la disminución progresiva de la asistencia al centro.

Respecto a los objetivos de las personas en tratamiento, se logra interrumpir el consumo de drogas y/o las prácticas de otras conductas adictivas, siendo un porcentaje muy poco significativo el que tiene algún consumo durante la fase de diagnóstico (7,5%). Como podemos ver, el porcentaje de éxito es muy elevado probablemente motivado por el hecho

de que la abstinencia es un requisito previo al ingreso en fase I.

En las fases posteriores de tratamiento se observa el mantenimiento de la abstinencia por parte de los usuarios, constituyéndose la tercera fase como una etapa crítica, puesto que, al disminuir el control externo y aumentar la desvinculación del programa, se producen episodios esporádicos de consumo, fundamentalmente de alcohol y de cocaína.

Es necesario aclarar que solamente reciben el alta terapéutica las personas que consiguen mantener la abstinencia.

Los datos indican que las personas en tercera fase utilizan con mayor frecuencia las estrategias de prevención de recaídas que las personas en primera fase, y que recurren más al apoyo social hablando con las personas cercanas o llamando al terapeuta. Además, estas estrategias les funcionan habitualmente, siendo significativamente menor su utilidad entre las personas de primera fase. Las situaciones de estrés se convierten en las de mayor riesgo de consumo para los usuarios de última fase.

Respecto a las capacidades personales a lo largo del tratamiento se observa un incremento en el porcentaje de usuarios que consideran que utilizan mejor sus potencialidades.

Ya desde la primera fase de tratamiento, se observa que las personas presentan valores por encima de la puntuación media teórica en las diferentes escalas medidas a través del VIP<sup>2</sup>. Al comparar las puntuaciones entre las personas en primera y última fase de tratamiento se obtiene un mayor porcentaje de personas, en esta última fase, que presenta mayores puntuaciones en los ítems de

las diferentes escalas. Sin embargo, en alguno de los aspectos las personas en tercera fase, manifiestan todavía dificultades en:

- Mantener la persistencia en lo que se proponen.
- Actuar de manera precipitada.
- Sentirse descontrolados ante emociones intensas.
- Respuesta emocional ante los problemas.
- Búsqueda de apoyo social.
- Establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales.

En las tres fases de tratamiento, los usuarios manifiestan necesidad de trabajar las relaciones sociales, la autoestima y la responsabilidad.

Al final del tratamiento uno de cada cuatro usuarios manifiesta necesidad de trabajar las relaciones sociales y uno de cada cinco la responsabilidad, la madurez y la capacidad de pedir ayuda. También es elevado el porcentaje de usuarios que creen necesario trabajar las diferentes áreas de intervención (social, familiar, afectivo-sexual, etc.). Es destacable que las personas en primera fase de tratamiento manifiestan menor necesidad de trabajar todas las áreas, lo que indicaría que a medida que se avanza en el proceso terapéutico, aumenta la conciencia de las propias carencias y limitaciones, lo que demuestra que los usuarios aumentan su autoexigencia. Refuerza esta idea el hecho de que los terapeutas informen de un menor porcentaje de personas con dificultades en las áreas evaluadas, que el porcentaje de personas que creen que necesitan trabajarlas.

En general, las personas en tratamiento consiguen analizar la influencia que en el presente tiene su historia personal, y este análisis es importante para ellas. La percepción de los profesionales es que en segunda fase de tratamiento el 39,4% de usuarios no son capaces de hacer este análisis y en la última fase, todavía tiene dificultad el 14,5%.

<sup>2</sup> Cuestionario de Variables de Interacción Social (VIP) de Pedrero, Pérez, De Ena y Garrido (2005).

Valores actuales	Fase I	Fase II	Fase III
Honradez, sinceridad, honestidad, coherencia, humildad	25,2% (13%)	35,8% (22,1%)	35,8% (22,5%)
Responsabilidad, implicación, madurez, afrontamiento	16,8% (6,1%)	21,4% (8,4%)	29,4% (9,8%)
Valoración personal, autoestima, independencia	0,8%	11,5%	10,8%
Trabajo, estudios	35,1%	29,7% (3,8%)	33,4% (2%)
Disfrute y control de la vida sin drogas, abstinencia	27,5% (8,4%)	19,9% (3,1%)	19,6% (4,9%)
Familia, pareja e hijos	65,7% (49,6%)	55,7% (35,1%)	51% (38,2%)
Amistad, amor, bondad, generosidad, gratitud	25,3%	26% (4,6%)	28,4% (3,9%)

Nota: los porcentajes entre paréntesis son aquellos que fueron seleccionados en primera opción

Los usuarios consiguen además reestructurar las ideas irracionales a lo largo del tratamiento, aunque al final del mismo, un porcentaje significativo (41,2%) rara vez confía en que le pasen cosas buenas, alrededor de un 20% no confía en llegar a sentirse satisfecho con su vida, no cree poder llegar a ser feliz ni que le pasen cosas buenas. Las personas que siguen pensando que lo que pasa en la vida se debe a la suerte, y por eso no merece la pena hacer planes de futuro, representan el 15% de usuarios en tercera fase.

La mayoría de los usuarios en tratamiento **asumen y cumplen con las responsabilidades convenidas en el programa y mantienen hábitos de vida saludables**. Los hábitos de salud se mantienen, incluso cuando las normas del programa no son tan rígidas (en tercera fase). Están al día en sus obligaciones económicas y los que tienen asuntos judiciales, los tienen actualizados. Por último, siguen adecuadas pautas de salud, de higiene y de autocuidado y son responsables con los tratamientos médicos.

Se observa que el cumplimiento de responsabilidades es significativamente mayor en las personas de la tercera fase, sobre todo en aquellas

áreas más deficitarias entre los de primera fase, que son la pareja, el cuidado de los hijos y el uso responsable del dinero.

**Las personas en tratamiento establecen relaciones satisfactorias que contribuyen al mantenimiento de la abstinencia.** En general, el tiempo que las personas en tratamiento pasan con personas no consumidoras aumenta una vez iniciado el proceso. A este respecto, se pone de manifiesto una satisfacción adecuada tanto en las relaciones familiares como en las relaciones sociales. En ambas, se observa menor conflictividad cuando se alcanza la última fase del tratamiento. El dato aportado por los terapeutas, de que un 30% de personas en tercera fase de tratamiento tiene una red social deficiente, coincide con el porcentaje de usuarios que manifiestan tener dificultades en el ámbito de las relaciones sociales, y de sentirse poco satisfechos con las mismas.

Se puede concluir que **las personas en tratamiento toman conciencia de su realidad personal e inician un cambio en el estilo de vida y en la escala de valores**. La mayoría de los usuarios (80,2%) manifiesta una necesidad de profundizar en aspectos

personales y en aquellos ligados directamente al consumo de sustancias. Las personas en tratamiento, desde su inicio, empiezan a reconocer los valores importantes en los que basar su vida y toman conciencia de aquellos que les resultan más costosos. En general, los valores que aparecen como importantes son similares y se puede afirmar que desde los programas de tratamiento se transmiten esos valores. Antes del tratamiento las personas consideraban importantes el valor de la familia, la amistad y el amor, y el trabajo. En el momento actual siguen siendo valores importantes. Sin duda, el mayor crecimiento se observa en los valores de honradez, sinceridad, honestidad y en responsabilidad e implicación; siendo éstos importantes para un bajo porcentaje de personas antes del tratamiento. A partir de la segunda fase pasan a estar entre los valores principales. La siguiente tabla muestra el porcentaje, cuando alcanza al menos el 10% en alguna de las fases, de personas que eligieron cada uno de los valores, entre los tres principales de su vida actual y en cada una de las tres fases. Los valores fueron recogidos

Las personas en tratamiento, desde su inicio, empiezan a reconocer los valores importantes en los que basar su vida y toman conciencia de aquellos que les resultan más costosos.

en un formato de pregunta abierta, y se han respetado las categorías de respuesta que mencionaron las personas en tratamiento (ver tabla).

Respecto a la coherencia entre el estilo de vida que llevan y su escala de valores, manifiestan que existe bastante o mucha coherencia un 71,7% en primera fase, un 78,6% de las personas en segunda fase y un 84,3% de personas en tercera fase. Así, se puede afirmar que la percepción de coherencia entre estilo de vida y escala de valores es mayor en la última fase de tratamiento. Aun así, los valores que resaltan como más difíciles de llevar adelante y ser coherentes son las relaciones sociales y de amistad, la honestidad, la constancia, la responsabilidad y la autoestima.

La valoración del equipo terapéutico indica que, existe una progresión a lo largo del tratamiento de la coherencia en la toma de decisiones, siendo el 81,4% las personas que así lo hacen en tercera fase de tratamiento.

Referente a los objetivos de las personas del entorno sociofamiliar, mayoritariamente las personas en tratamiento cuentan con al menos una persona que les apoya activamente durante el proceso de rehabilitación. Además, los acompañantes indican conocer bastante bien en qué consiste el tratamiento. Los acompañantes acuden a



las entrevistas y participan con regularidad en las actividades programadas para ellos. Así mismo, en general no presentan dificultades en el cumplimiento de las pautas y normas indicadas por los profesionales. Según los propios acompañantes las orientaciones que reciben de los profesionales están encaminadas a mejorar la dinámica familiar y les resultan útiles. Se sienten satisfechos con la atención y la ayuda recibida, destacando sólo una dificultad, el 12,7% de acompañantes que tiene que ver con la incompatibilidad horaria.

## CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

De los resultados expuestos se desprende el óptimo grado de consecución de los objetivos en los programas de tratamiento de los centros de la Asociación Proyecto Hombre. Nos permiten además detectar algunas de las áreas que necesitan ser reforzadas. Entre ellas destaca la necesidad de mejorar el trabajo motivacional en los primeros meses de tratamiento, para aumentar la adherencia al tratamiento en la fase inicial.



El análisis exhaustivo de las causas de las bajas permitiría además establecer acciones concretas para reforzar el proceso de integración a los programas de tratamiento.

Asimismo es importante el trabajo en prevención de recaídas en las últimas fases de tratamiento, incidiendo en el trabajo sobre el alcohol, por ser ésta la sustancia protagonista de la mayor parte de los consumos que se dan durante el tratamiento, sola o combinada con otras sustancias. La creación y mantenimiento de la red social, al

margen de la red familiar, como factor de protección y potenciador del proceso de rehabilitación e integración social, es un aspecto que requiere ser especialmente reforzado, puesto que una tercera parte de personas en tratamiento manifiesta tener una red social deficiente al final del mismo.

Respecto a la evaluación señalar la necesidad de realizar estudios longitudinales para el análisis detallado de los procesos de cambio de las personas en tratamiento. Destacar además el uso que se ha hecho de instru-

mentos de evaluación ya validados y recomendar la inclusión de este tipo de pruebas, sensibles a los cambios y que aportan información sobre un amplio número de variables.

La evaluación realizada está teniendo continuidad en el trabajo que actualmente está realizando la Comisión de Evaluación de la Asociación Proyecto Hombre, que consiste en la elaboración de una Guía de Buenas Prácticas en Programas de Atención a Cocainómanos, que se publicará a en los primeros meses del año 2009.