

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS
CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO
ACOGIDA A NIVEL NACIONAL**

I. INTRODUCCIÓN.

El proceso de desarrollo de un sistema de evaluación continua de los programas de tratamiento de Proyecto Hombre se pone en marcha en el momento en que la Asociación Nacional, incluye la evaluación como línea de actuación fundamental del Plan Estratégico. La asunción de dicha metodología necesitaba de la preparación y especialización de profesionales que liderara la implantación del proceso de evaluación en los 26 Centros Autorizados. Para ello se crea la Comisión de Evaluación en el año 2000, formado por diferentes profesionales de distintos Centros del territorio español.

Esta labor implica una revisión a fondo de la teoría del programa y de implementación. Podemos decir que este proceso es muy positivo en cuanto a:

- a) Motiva el cambio. Mejora y/o progresa en los tratamientos de rehabilitación, y en general, en la práctica profesional.
- b) Impulsa la formación. Comparte y adquiere nuevos conocimientos y experiencias.
- c) Aporta un modelo de sistematización de experiencia dentro de la Asociación Proyecto Hombre (figura 1). Se diseña un itinerario para implantar y construir un proceso interno de evaluación.

d) Consigue el desarrollo de la cultura y práctica evaluativa en los programas de los Centros que constituyen la Asociación.

e) Genera procesos de Aprendizaje Institucional. Se ponen de manifiesto debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que se presentan en los distintos programas y aporta evidencias sobre cuales pueden ser las líneas de intervenciones futuras.

La Comisión de Evaluación durante el año 2004 realiza la evaluación de los Centros de Tratamiento Ambulatorios Acogida. Esta es la primera fase de un programa de rehabilitación más amplio que denominamos Programa Base (compuesto por una segunda fase Comunidad Terapéutica y una tercera fase Centro de Día de Reinserción). Los objetivos de los Centros de Tratamientos Ambulatorios Acogida, en base a los cuales se ha diseñado todo el proceso de la evaluación, son:

OBJETIVO GENERAL:

Facilitar y promover el proceso personal de motivación para el cambio de los/las usuarios/as.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Crear un ambiente en el que el usuario/a se sienta acogido y que favorezca su vinculación al programa.
- 2.- Lograr el distanciamiento de la "cultura de las drogas".
- 3.- Fomento de hábitos de vida saludable y socialmente responsable.
- 4.- Toma de conciencia de la realidad personal.
- 5.- Desarrollo de capacidades personales.
- 6.- Implicar al núcleo familiar como coterapeuta.

El presente trabajo presenta los resultados e interpretaciones obtenidos de la evaluación de la eficacia en el tratamiento de estos Centros (punto 9 y 10 de la figu-

ra 1), resaltando la importancia del mismo por ser un estudio pionero dentro de la Asociación Nacional Proyecto Hombre.

II.- DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL Y MÉTODO EMPLEADO.

II.1. Contexto de la evaluación.

Proyecto Hombre es un programa educativo-terapéutico para el tratamiento y prevención de las drogodependencias que nace en España en 1984. Trabaja tres aspectos fundamentales: la prevención del consumo de drogas, la rehabilitación y la reinserción del drogodependiente en todas las áreas de la sociedad.

La Asociación Proyecto Hombre está integrada por 26 Centros, en un total de 15 comunidades autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 13.000 drogodependientes. Cada Centro se gestiona de manera autónoma y comparte con los demás el método terapéutico y la misma filosofía, lo que quiere decir que los Centros participan de su experiencia recíproca, trabajan desde el apoyo y la cooperación entre ellos y comparten formación e investigaciones.

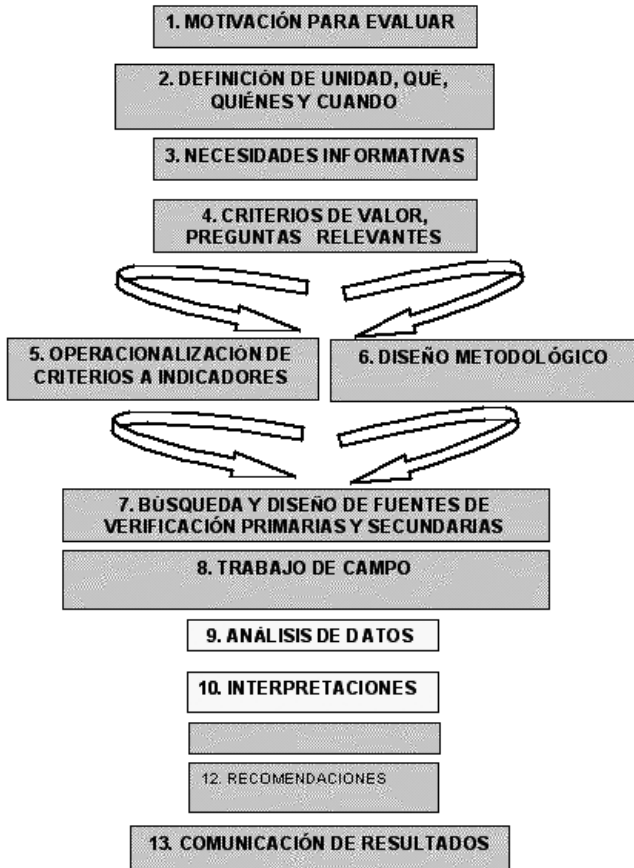
El modelo de intervención terapéutica de Proyecto Hombre también involucra a la familia en el proceso de rehabilitación. La variedad de programas muestra el esfuerzo de la organización por adaptarse a las necesidades de los/las usuario/as y a los cambios en los hábitos de consumo.

Todos los programas son de cumplimiento voluntario por parte de los toxicómanos y están abiertos a cualquier persona que desee comenzar un tratamiento, de forma que nadie quede excluido por razones económicas.

En la actualidad, son 26 los programas que se extienden por toda España y que pertenecen a la Asociación, y por este motivo y dadas las dimensiones, los programas próximos geográficamente se reúnen por zonas para reflexionar, debatir, supervisar, orientar y formarse de forma permanente y continuada en adicciones, para así poder estar a la altura de una realidad cambiante y trabajar con experien-

cia avalada profesionalmente. Hay creada, por tanto, una estructura de trabajo en red que permite una mayor eficacia en el trabajo.

Figura 1. Modelo sistemático del proceso de evaluación



II.2. Metodología.

El diseño metodológico seguido se ha presentado en la figura 1, destacando siempre su enfoque participativo en el procedimiento de la misma

Una vez definida la unidad de evaluación, Centro de Tratamiento Ambulatorio Acogida, pasamos a reformular y consensuar los objetivos de estos Centros (ya mencionados anteriormente). Para ello, creamos una matriz de programación siguiendo el esquema de la figura 2.

Figura 2. Estructura de Matriz de Programación de Centro de Tratamiento Ambulatorio de Acogida.

FASE:		
OBJETIVO GENERAL		
OBJETIVOS ESPECIFICOS	RESULTADOS	ACTIVIDADES
RECURSOS		
HUMANOS	INFRAESTRUCTURA	ECONÓMICOS

A continuación, se procedió a la formulación de las preguntas criterios de evaluación y a la elección de las preguntas más relevantes, a las que la evaluación tiene que dar respuesta de forma prioritaria. Se elaboraron las GUIAS METODOLÓGICAS DE EVALUACIÓN DE CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ACOGIDA, con el fin de estructurar los criterios e indicadores de recogida de información en torno a cada uno de los objetivos específicos definidos (figura 3).

Figura 3. Estructura de Matriz de Evaluación de Centro de Tratamiento Ambulatorio de Acogida.

OBJETIVO:				
CRITERIOS	PREGUNTAS	ASPECTOS	INDICADORES	FUENTES
Eficacia				

Eficiencia				
Pertinencia				
Cobertura				
Viabilidad				
Impacto				
Visibilidad				

Al mismo tiempo, determinamos y consensuamos los agentes que iban a estar implicados en dicha evaluación, llegando a la conclusión de que debían de participar: usuarios/as, acompañantes a usuarios/as (normalmente algún familiar), miembros del equipo terapéutico (directores/as, terapeutas, médicos, abogados/as), voluntarios/as y presidentes.

Seguidamente se pasó al diseño de diferentes instrumentos de recogida de información, tales como:

- a) Cuestionario Equipo Terapéutico-Formativo.
- b) Cuestionario al Director/a del Centro.
- c) Cuestionario Presidente/a.
- d) Memoria del Presidente/a.
- e) Base de Datos.
- f) Cuestionario Usuarios/as.
- g) Cuestionario Familias.
- h) Cuestionario Voluntarios/as.
- i) Cuestionario Médico.
- j) Vaciado de Carpetas.
- k) Cuestionario Servicio Jurídico.
- l) Análisis de Fuentes secundarias.

Posteriormente se procedió al trabajo de campo y por lo tanto, a la recogida de datos, para inmediatamente después pasar al análisis estadístico de los datos con el programa informático SPSS.

Por último, se realizó la interpretación de los datos, se elaboraron conclusiones y se establecieron recomendaciones que fueron comunicadas a los diferentes Centros que participaron en la evaluación.

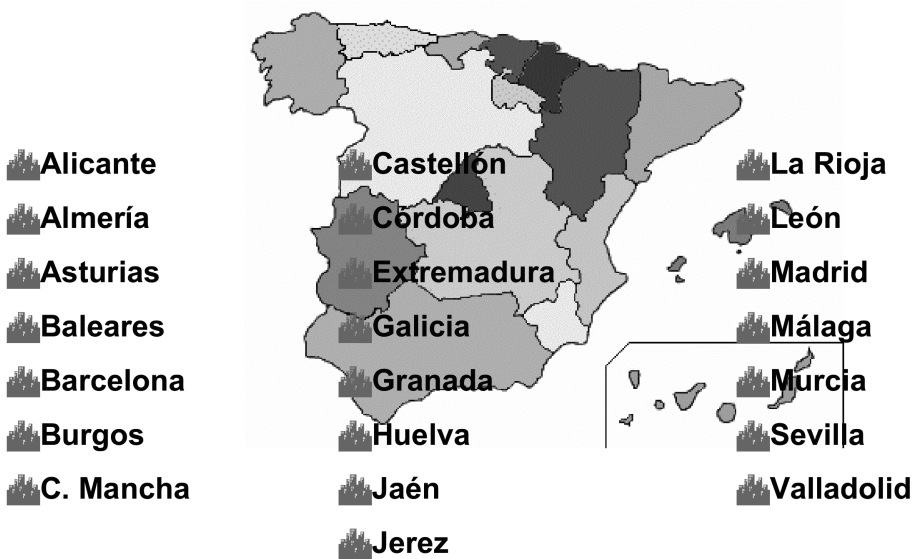
II.3. Participantes de la evaluación.

En total, han participado en la evaluación de los programas Centro de Tratamiento Ambulatorio Acogida, 22 Centros de los 26 pertenecientes a la Asociación (figura 4).

A continuación reflejamos la totalidad de los diferentes participantes de la evaluación:

PARTICIPANTES	N
Usuarios/as	604
Acompañantes a usuarios/as	448
Miembros del equipo terapéutico (directores/as, terapeutas, médicos, abogados/as, etc.)	174
Voluntarios/as	278
Presidentes	21

Figura 4. Centros que han participado en la Evaluación



III.- RESULTADOS Y CONCLUSIONES FINALES.

A continuación, presentamos los datos más significativos de la evaluación de los Centros de Tratamiento Ambulatorio Acogida según el criterio de eficacia, destinado a analizar en qué medida se han alcanzado los objetivos de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y los resultados esperados, el criterio de pertinencia, destinado a analizar la adecuación del proyecto de los Centros a la prioridades y necesidades de la población beneficiaria y el criterio de visibilidad, destinado a valorar la apreciación de los usuarios/as y de la población en general sobre nuestros Centros y/o proyectos.

III.1. Criterio de eficacia.

Objetivo 1. Crear un ambiente en el que el usuario/a se sienta acogido y favorezca su vinculación al programa.

- Permanencia de los usuarios/as.

Según los datos estadísticos aportados por los Centros el porcentaje de usuarios/as que finalizan la fase de Acogida es del 50,22% y un 42,68% de los abandonos regresan pasado un tiempo a la fase. Además de los abandonos como principal causa de baja, resaltar, el 25,23% de bajas que corresponden a derivaciones. Como datos significativos podemos señalar que la mayoría de los/las usuarios/as (84%) han desarrollado sentimientos de pertenencia al Centro y (88%) opinan que trabajar en grupo hace que se sientan más acompañados en su proceso de rehabilitación.

Podríamos decir que se cumple el objetivo de proporcionar un grupo de referencia a los usuarios/as que les aporte un apoyo emocional.

- Ambiente de Acogida.

En general, las respuestas parecen indicar que el ambiente del Centro es incompatible con el consumo de drogas (60-87% según el participante de la evaluación que conteste). Sólo un 15% de los usuarios/as manifiesta que les resultaría muy fácil o fácil consumir dentro del espacio físico del Centro.

En general, se logra conseguir un ambiente que favorece el proceso de los/las usuarios/as y la experimentación de valores. En la tabla 1, 2, 3 y 4 se aprecia que la valoración del ambiente que hacen los/as profesionales y las familias es más positiva que la de los/las usuarios/as.

Tabla 1. ¿Se crea ambiente de autoayuda entre usuarios/as?

	DIRECTOR/A	TERAPEUTAS	USUARIOS/AS	FAMILIA
NUNCA			2%	0,7%
RARAS VECES	4,5%	6,8%	19%	2,5%
A MENUDO	77,3%	75%	56%	48%
SIEMPRE	18,2%	15,9%	22,2%	46,8%
NS/NC		2,3%	0,8%	2%

Tabla 2. ¿Se crea ambiente de respeto y responsabilidad entre usuarios/as?

	DIRECTOR/A	TERAPEUTAS	JURÍDICO	MÉDICO	USUARIO/A	FAMILIA
NUNCA					2%	0,2%
RARAS VECES	3,7%	5,8%	4,3%		22,4%	2%
A MENUDO	77,8%	79,6%	34,8%	42,9%	51,5%	45,3%
SIEMPRE	18,5%	13,6%	39,1%	57,1%	23,3%	50,9%
NS/NC		1%	21,7%		0,8%	1,6%

Tabla 3. ¿Se crea ambiente de compañerismo, compartir, cooperación entre usuarios/as?

	DIRECTOR/A	TERAPEUTAS	JURÍDICO	MÉDICO	USUARIO/A	FAMILIA
NUNCA					2,2%	0,2%
RARAS VECES		9,7%			28%	3,3%
A MENUDO	81,5%	81,6%	47,8%	52,4%	49,3%	46,4%
SIEMPRE	18,5%	8,7%	26,1%	47,6%	19,5%	47,3%
NS/NC			26,1%		1%	2,8%

Tabla 4. ¿Se crea ambiente de confianza entre los usuarios/as?

	USUARIO/A	FAMILIA
NADA	4%	0,2%
POCO	38,6%	5,1%

BASTANTE	43,7%	58,7%
MUCHO	13,1%	33,5%
NS/NC	0,7%	2,5%

Se observa un porcentaje (21-42%) de usuarios/as que discrepan en la percepción del ambiente de autoayuda, respeto, responsabilidad, cooperación, compañerismo y compartir. Dicha discrepancia se puede explicar, entre otras razones por:

- a) Mecanismos de defensa con los que los propios usuarios/as llegan al Centro (desconfianza, individualismo, etc.).
- b) Dificultad para comprender por parte de los los/las usuarios/as en esta primera etapa del tratamiento los conceptos de autoayuda y de los valores que se tratan de transmitir así como sus implicaciones en la relación con los demás.

El tratamiento de rehabilitación que plantea Proyecto Hombre se concibe como un proceso de cambio gradual e individual, por lo que los/as propios/as usuarios/as requieren diferentes tiempos en los que realizar un proceso de comprensión, experimentación e interiorización.

No obstante, la vivencia del ambiente es diferente dependiendo de los/las participantes del proceso:

- Los/las usuarios/as se sienten más presionados en el proceso y viven una exigencia mayor de cambio en su comportamiento, estilo de relación, etc.
- Las familias tienden a sobrevalorar los cambios, ante el hecho de que el/la usuario/a haya iniciado el tratamiento, y esto, en sí mismo, implica una descarga emocional.
- Los/las profesionales entienden que la interiorización de valores y los cambios forman parte de un proceso, que se inicia en esta fase y que no

concluye al término de la misma, con lo cual, relativiza problemáticas que en este momento considera que son normales, teniendo en cuenta el ritmo personal de los/las usuarios/as en su proceso de rehabilitación.

Respuestas a las necesidades del usuario/a.

En general, los Centros de Proyecto Hombre cuentan con recursos propios para la desintoxicación o realizan desintoxicaciones ambulatorias o residenciales pautadas por los médicos del Centro. No obstante, también se utilizan recursos externos para las desintoxicaciones (Centros de atención al drogodependiente de cada Gobierno Autónomo, Unidades de desintoxicación hospitalaria, Consultas con el médico de familia, Cruz Roja, etc.)

Existen diferentes motivaciones para acudir a tratamiento a Proyecto Hombre, destacando los problemas familiares, los problemas psíquicos y el haber tocado fondo. Una vez en el Centro los/as usuario/as manifiestan sentirse menos satisfechos con las actividades formativas y de ocio y tiempo libre que con las actividades terapéuticas (tabla 5).

Tabla 5. Satisfacción de los usuarios/as con las actividades

	TERAPÉUTICAS	FORMATIVAS	OCIO Y T/L
MUY INSASTIFECHO	1,3%	13,6%	14,7%
ALGO INSATISFECHO	7%	25,2%	28,5%
ALGO SATISFECHO	40,9%	31,6%	31,1%
MUY SATISFECHO	49,3%	21,4%	20,2%
NS/NC 1,5%	8,3%	5,5%	

En general, se valora positivamente la utilidad del programa hasta el punto de que, casi la totalidad de los/as usuarios/as, recomendarían acudir al Centro a

otros/as usuarios/as potenciales, aunque un 46.3% de usuarios/as indican que Proyecto Hombre no les inspiraba confianza antes de llegar. Los aspectos menos valorados son la atención médica y formativo-cultural (tabla 6).

Tabla 6. Adecuación de la atención recibida según los usuarios/as

	MÉDICA	FORMATIVO CULTURAL	JURÍDICO LEGAL	ATENCIÓN A FAMILIARES
NADA ADECUADA	5,8%	7%	3,5%	0,8%
POCO ADECUADA	20,2%	21,5%	8,3%	6%
BASTANTE ADECUADA	40,1%	47,4%	45,7%	49,2%
MUY ADECUADA	25%	19,1%	21,7%	42,2%
NS/NC	8,9%	5%	20,9%	1,8%

Por otra parte, las familias consideran que el/la usuario/a ha mejorado (90%) con el tratamiento, que su relación familiar también ha mejorado (85%) y que esta fase es útil para la rehabilitación de su familiar (97.1%). Su grado de satisfacción con relación a la respuesta a sus demandas, la rapidez de la atención y la disponibilidad del equipo terapéutico es muy alto (96% aproximadamente).

Valoración positiva del programa.

En relación a la rapidez de la respuesta y la facilidad para conseguir cita, tanto usuarios/as como familias, muestran un alto nivel de satisfacción (95% aproximadamente).

En el momento de la evaluación un 83,1% de usuarios/as manifiestan sentirse motivados para seguir en el tratamiento y el 96,7% de las familias están motivados a seguir con las tareas de apoyo al tratamiento. En general, se valora positivamente la calidad de la atención.

En cuanto a la ayuda que ofrece el equipo terapéutico a la hora de resolver un problema, un 81,8% considera que es bastante o mucha.

Del total de usuarios/as que experimentaron deseos de consumir, un 67,6% manifiesta haber recibido la ayuda que necesitaban.

Respecto a la atención del equipo terapéutico, en general se valora positivamente, el 71.1% consideran suficiente el tiempo que le dedican los profesionales.

Los familiares valoran de manera muy positiva la profesionalidad (99.3%) y la atención de los equipos (92.1%), así como la información recibida en los seminarios y la participación en los grupos de autoayuda (73.1%-77.9%). En general las familias consideran que los usuarios/as han mejorado con el tratamiento, al igual que la relación familiar (88.8%), considerando la Acogida como bastante y muy útil para el familiar en tratamiento (97.1%).

Grado de conocimiento y aceptación por parte de los usuarios/as de los objetivos del programa.

El 53.9% de los usuarios/as no tenían claro el tipo de ayuda que necesitan cuando llegaban al Centro. Un 65.3% expresa que le explicaron suficientemente en qué iba a consistir su tratamiento, y un 55.3% manifiesta ser informado de las decisiones sobre su tratamiento.

OBJETIVO 2. LOGRAR EL DISTANCIAMIENTO DE LA CULTURA DE LA DROGA.

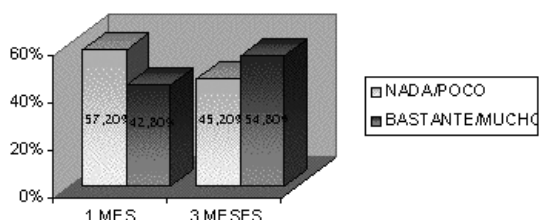
Abandono de los hábitos ligados a la dependencia.

El tiempo de permanencia en Acogida de los/as usuarios/as no está relacionado con la frecuencia en la que se han visitado lugares de riesgo de consumo ni con los contactos que mantienen con consumidores/as no familiares.

Como se puede observar en el Gráfico 1 existe una clara tendencia a que, a medida que aumenta el tiempo de permanencia en la fase, los usuarios/as modifican elementos de identificación. Mientras que el porcentaje de usuarios/as que han modificado sus elementos de identificación nada o poco es mayor entre los que llevan 1 mes, los que los han modificado bastante o mucho es mayor entre los que llevan 3 meses.

Las diferencias que se mencionan, sin embargo, no son estadísticamente significativas, es decir, existe la tendencia pero, con los datos que tenemos, no podemos dar como válida la hipótesis de que a mayor tiempo en la fase mayor modificación de los elementos de identificación.

Gráfico 1. Grado de modificación de los elementos de identificación de los usuarios/as en función del tiempo que llevan en Acogida



En general, se abandonan los hábitos ligados a la dependencia, lo que viene condicionado por el cumplimiento de las normas que marca el programa dentro de la fase de Acogida.

Mantenimiento de la abstinencia en Acogida.

En general, un 83% de usuarios/as mantienen la abstinencia durante la fase de Acogida. El porcentaje restante (17%), presenta entre 1 y 2 consumos en un mes. Se considera que la existencia de consumos puntuales es previsible dentro de un proceso de rehabilitación y fundamentalmente en la primera fase: el consumo es una respuesta aprendida al malestar.

Entre las causas de la no abstinencia los/las directores/as y los/as terapeutas, señalan principalmente la falta de motivación al cambio, la falta de apoyo familiar y la no aceptación de las normas.

OBJETIVO 3. FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y SOCIALMENTE RESPONSABLE.

308

Adecuación de la atención médica

Sólo el 40,9% de los Programas tienen un médico en plantilla, lo que condiciona el hecho de que todos los/las usuarios/as atendidos/as tengan abiertos históricos clínicos.

El 90,5% de los programas han afirmado que realizan pruebas médicas obligatorias a los/las usuarios/as. Un 71,5% solicitan entre 2 y 4 pruebas, siendo las más solicitadas la analítica completa, el mantoux y radiografía.

La perspectiva de género no se tiene en cuenta a la hora de establecer cuáles son las pruebas médicas necesarias que debe realizarse a las usuarias.

Adquisición de conductas adecuadas respecto a la higiene, alimentación y puntualidad.

Se constata una clara mejoría en los comportamientos de higiene, alimentación y cumplimiento de horarios en la mayoría de los/las usuarios/as (79%, 71.5% y 76.1% respectivamente).

Atención adecuada de los problemas jurídicos.

Se han tramitado problemas judiciales en un 43% de los programas. El porcentaje medio de usuarios/as con problemas a los que se ha dado repuesta es 73,7%. El 67,4% de los/las usuarios/as considera que la respuesta del programa a sus problemas jurídico-legales es bastante o muy adecuada.

El 82,6% de los responsables del Área Jurídica considera que la respuesta a los problemas jurídicos de los usuario/as es bastante adecuada o muy adecuada.

Las principales acciones que desarrollan los equipos jurídicos son:

- Asesoramiento y seguimiento de los casos, elaboración de informes
- Contactos con jueces y estamentos judiciales
- Solicitud de medidas alternativas
- Puesta al día de los expedientes judiciales
- Seguimiento y grupos en prisión

En general, se percibe que la atención dispensada en el servicio jurídico es adecuada, tanto por parte de los/las usuarios/as como por parte de los/las profesionales.

Valoración de los usuarios/as de las actividades promovidas en el centro.

Las actividades menos valoradas son las de ocio y tiempo libre (un 43,2% muy o algo insatisfechos) y las formativas (el 38,8% muy o algo insatisfechos). La variabilidad y diferencia de las actividades ofertadas en las diferentes Acogidas, no nos ha permitido realizar una evaluación pormenorizada en este área.

OBJETIVO 4. TOMA DE CONCIENCIA DE LA REALIDAD PERSONAL.

Concienciación del usuario/a de que el problema no sólo es la droga.

A los 3 meses se produce una evolución positiva en cuanto a la identificación y al tratamiento en grupo de sus problemáticas. Los/las usuarios/as que llevan en Acogida 3 meses verbalizan con más frecuencia sus problemas ($c^2=16,447$, $p<0.01$), sus conflictos familiares ($c^2=14,026$, $p<0.01$), dificultades en sus relaciones interpersonales ($c^2=10,367$, $p<0.05$) e identifican con mayor facilidad sus mecanismos de defensa ($c^2=26,106$, $p<0.000$), que los que llevan 1 mes. Los Gráficos 2, 3, 4 y 5 muestran la distribución de porcentajes en los dos grupos.

Gráfico 2. Grado de verbalización de problemas de los usuarios/as en función del tiempo que llevan en Acogida

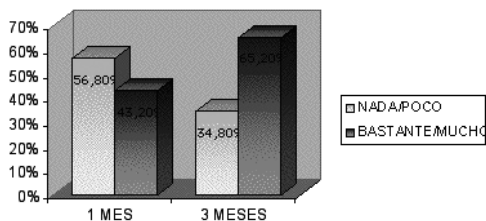


Gráfico 3. Grado de verbalización de conflictos familiares de los usuarios/as en función del tiempo que llevan en Acogida

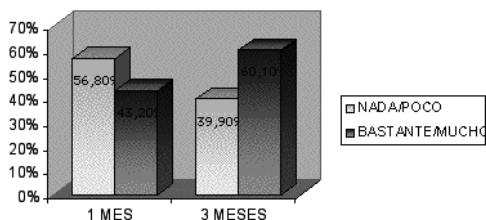


Gráfico 4. Grado de verbalización de conflictos familiares de los usuarios/as en función del tiempo que llevan en Acogida

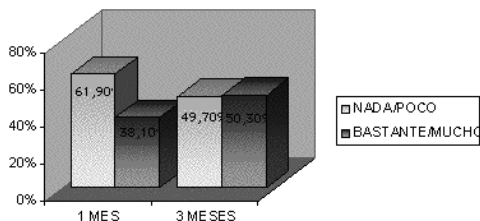
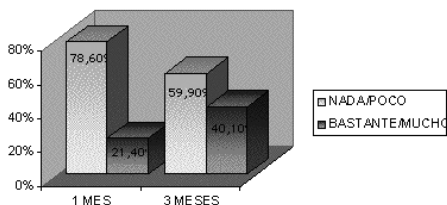


Gráfico 5. Grado de identificación de mecanismos de defensa en función del tiempo que llevan los usuarios/as en Acogida



Participación activa de los usuario/as/as en su proceso terapéutico.

El cumplimiento de las normas y los compromisos no tiene relación con el tiempo que llevan los usuarios/as en la Acogida. Un 70% de los mismos cumplen habitualmente las normas y un 58,4% cumplen sus compromisos, independientemente del tiempo que lleven en la misma. En cuanto a la solicitud de atenciones personalizadas o coloquios, existe tendencia (no significativa estadísticamente) a que los/las usuarios/as que llevan 3 meses en Acogida soliciten coloquios con más frecuencia que los que llevan 1 mes.

Los usuarios/as que llevan 3 meses en Acogida participan ($c^2=12,920$, $p<0.05$), y confrontan en grupo de autoayuda ($c^2=18,185$, $p<0.000$), con más frecuencia que los que llevan 1 mes (Gráfico 6 y 7).

Gráfico 6. Grado de participación en grupo en función del tiempo que llevan los usuarios/as en Acogida

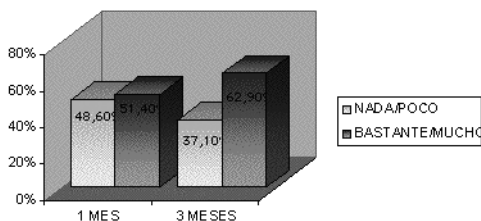
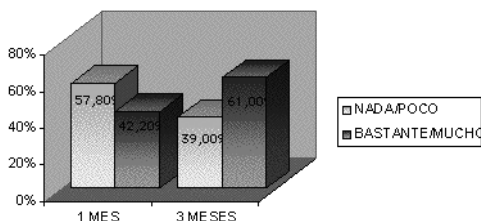


Gráfico 7. Grado de confrontación en grupo de autoayuda en función del tiempo que llevan los usuarios/as en Acogida



OBJETIVO 4. DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES PERSONALES.

Con relación a las capacidades personales, aunque existe una percepción de mejora tanto por parte de los profesionales como por parte de los usuarios/as, la Comisión de Evaluación considera que son habilidades que requieren mediciones específicas a lo largo del proceso.

312

Algunas percepciones subjetivas quedan recogidas en las tablas 7, 8, 9 y 10.

Tabla 7. Mejoría autoeficacia según equipos

	DIRECTORES/AS	TERAPEUTAS
RARAS VECES		4,9%
A MENUDO	88,9%	83,5%
SIEMPRE	7,4%	10,6%
NS/NC	3,7%	1%

Tabla 8. Mejoría autoeficacia según usuarios

	USUARIOS/AS
HA EMPEORADO MUCHO	1,3%
HA EMPEORADO ALGO	2,2%
SE MANTIENE	12,1%
HA MEJORADO ALGO	56,5%
HA MEJORADO MUCHO	27,3%
NS/NC	0,6%

Tabla 9. Mejoría Habilidades Sociales según equipos

	DIRECTORES/AS	TERAPEUTAS
RARAS VECES	7,4%	6,8%
A MENUDO	85,2%	80,6%
SIEMPRE	3,7%	12,6%
NS/NC	3,7%	

Tabla 10. Mejoría Habilidades Sociales según usuarios/as

	USUARIOS/AS
HA EMPEORADO MUCHO	1%
HA EMPEORADO ALGO	4,5%
SE MANTIENE 1	9,4%
HA MEJORADO ALGO	41,7%
HA MEJORADO MUCHO	32,3%
NS/NC	1,1%

OBJETIVO 5. IMPLICAR AL NÚCLEO FAMILIAR COMO CO-TERAPEUTA.

Las familias obtienen una información adecuada sobre el programa.

Según el registro de carpetas terapéuticas, un 79,6% de familias asisten a coloquios informativos y un 67,52% asisten a seminarios siendo éstas actividades valoradas positivamente por la mayor parte de las familias.

Existencia de un adecuado seguimiento (apoyo) familiar.

En el momento de la evaluación, un 70,72% de usuarios/as tienen seguimiento familiar. Un 73,8% de los terapeutas y el 100% de directores valoran que las familias cumplen las pautas de seguimiento correctamente. Estos datos señalan un buen seguimiento de las pautas por parte de las familias.

La mayor parte de las familias participan en el seguimiento y en las actividades específicas destinadas a ellas, (grupos de autoayuda, grupos de seguimiento de proceso, etc.) La participación de la familia en las distintas actividades es de:

- o Grupos de seguimiento proceso 75,72%
- o Grupos/coloquios comunicación 72,58%
- o Grupos autoayuda familiares 58,54%

III.2.- Criterio de pertinencia.

Duración adecuada para el cumplimiento de los objetivos.

Se percibe por parte de los profesionales que la duración de la Acogida es la adecuada para la consecución de los objetivos propuestos. (tabla 11)

Tabla 11. Adecuación de la duración establecida de la Acogida al cumplimiento de objetivos

	DIRECTORES/AS	TERAPEUTAS	JURÍDICO	MÉDICO	VOLUNTARIOS/AS
NUNCA					1,1%
RARAS VECES		8'7%	4,3%	4,8%	6,5%
A MENUDO	85'2%	73'8%	52,2%	57,1%	42,4%
SIEMPRE	14'8%	17'5%	26,1%	28,6%	31,3%
NC			17,4%	9,5%	18,7%

Los objetivos marcados y consensuados inicialmente se han adaptado y modificado en las Acogidas de cada uno de los Centros en base a nuevas coyunturas provocadas por la escasez de recursos alternativos para usuarios/as sin seguimiento familiar o con familias muy desestructuradas, nuevos perfiles, escasez de recursos económicos, etc.

Esto implica que no se pueda hacer una valoración global de la pertinencia de la temporalidad ni del régimen de la Acogida para el cumplimiento de los objetivos en el contexto general de la Asociación. La evaluación de este criterio debería realizarse centrándose en el contexto particular de cada Centro.

Los presidentes, en un 95,3% afirman que existe flexibilidad para adaptarse a las nuevas demandas. Las adaptaciones más frecuentes son las relativas a la flexibilización de la metodología, la apertura de nuevos centros y los cambios en la duración de la fase de acogida.

Adecuación de las actividades para la consecución de los objetivos de la fase

En general, existe una percepción de adecuación en los usuarios/as con las actividades terapéuticas (tabla 12). Sin embargo, un 38,8% consideran inadecuadas las actividades formativas y un 43,2% las de ocio y tiempo libre. La valoración de los profesionales es positiva en su mayoría (95%), valoración básicamente centrada en las actividades terapéuticas.

Tabla 12. Satisfacción de los usuario/as/as con las actividades

	TERAPÉUTICAS	FORMATIVAS	OCIO Y T/L
MUY INSASTIFECHO	1,3%	13,6%	14,7%
ALGO INSATISFECHO	7%	25,2%	28,5%
ALGO SATISFECHO	40,9%	31,6%	31,1%
MUY SATISFECHO	49,3%	21,4%	20,2%
NS/NC	1,5%	8,3%	5,5%

Adecuación del trabajo con las familias a las necesidades de las mismas

Un 27,7% de los terapeutas y un 22,2% de los directores/as considera que el trabajo con familias no se adecua a las necesidades de las mismas, frente al nivel de satisfacción de las familias (tablas 13, 14, 15 y 16). Las familias se muestran satisfechas en sus demandas (96,2%) y en la rapidez de respuesta a las mismas (95,6%). Este porcentaje refleja que existe conciencia de la necesidad de mejorar el trabajo con las familias a pesar de que éstas se muestren satisfechas con el mismo.

316

Tabla 13. Adecuación trabajo/necesidades familias

	DIRECTORES/AS	TERAPEUTAS
NUNCA	1%	
RARAS VECES	22,2%	26,7%
A MENUDO	74,1%	54,4%
SIEMPRE	3,7%	15,5%
NS/NC	2,9%	

Tabla 14. Mejoría relación familiar según familia

	FAMILIAS
HA EMPEORADO MUCHO	0,7%
HA EMPEORADO ALGO	1,1%
SE MANTIENE	7,1%
HA MEJORADO ALGO	37,3%
HA MEJORADO MUCHO	47,8%
NS/NC	6%

Tabla 15. Satisfacción familias con respuesta a sus demandas

	FAMILIAS
MUY INSATISFECHO	0,7%
ALGO INSATISFECHO	1,3%
ALGO SATISFECHO	23,9%
MUY SATISFECHO	72,3%
NS/NC	1,8%

Tabla 16. Satisfacción familias con rapidez de respuesta

	FAMILIAS
MUY INSATISFECHO	1,1%
ALGO INSATISFECHO	2,5%
ALGO SATISFECHO	17,9%
MUY SATISFECHO	77,7%
NS/NC	0,8%

III.3.- Criterio de visibilidad.

Aceptación de la fase de Acogida por otros recursos comunitarios

El 74'1% de los Centros han atendido usuarios/as derivados de otros recursos.

La totalidad de los Centros reciben subvenciones de organismos públicos e igualmente colaboran un alto número de instituciones de diversa naturaleza. Esto

nos hace pensar que Proyecto Hombre es bien entendido y aceptado por dichos organismos.

Otro indicador importante es el relativo a los usuarios/as que acceden al programa. El 46,3% de estos, tenían una imagen de Proyecto Hombre que les generaba desconfianza, aunque se produce un cambio en la valoración cuando éstos entran en contacto con el programa.

318

Los principales medios a través de los cuales los usuarios/as han conocido Proyecto Hombre son la familia, los amigos, otras entidades y otros usuarios/as, aunque la totalidad de datos indican que Proyecto Hombre conocido en todos los ámbitos sociales.

Porcentaje de usuarios/as en relación a los medios a través de los cuales han conocido PH:

- o Familia 24,1%
- o Amigos19,4%
- o Otras entidades13,4%
- o Por oídas10,9%
- o Otros usuarios/as7,1%
- o Prisión4,0%
- o Consumidores activos3,6%
- o Pareja2,2%
- o Religioso/sacerdote2,2%
- o Voluntarios.....2,0%
- o Vecinos1,0%

III.4.- CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN.

Tras el análisis de los resultados obtenidos podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a si se han alcanzado los objetivos en los Centros de Tratamiento Ambulatorio Acogida podemos decir que:

1.1. Con respecto al objetivo 1 podemos concluir que se logra **CREAR UN AMBIENTE EN EL QUE EL USUARIO SE SIENTE ACOGIDO Y FAVORECE SU VINCULACIÓN AL PROGRAMA**, ya que:

- a. En la mayoría de los casos se logra la vinculación de las personas a los Centros de tratamiento, además la metodología de trabajo grupal favorece que los/las usuarios/as se sientan más acompañados en su proceso. Estas circunstancias, potencian que se consiga el objetivo de proporcionar un grupo de referencia a los/as usuarios/as que les aporte apoyo emocional.
- b. En general, se considera que el ambiente del Centro favorece el proceso de los/las usuarios/as y la experimentación de valores; además, dicho ambiente resulta incompatible con el consumo de drogas, siendo la valoración que realizan los profesionales y las familias más positiva que la manifestada por los/las usuarios/as.
- c. Se valora positivamente por parte de usuarios/as y familiares la utilidad del programa, hasta el punto que los/las usuarios/as recomendarían el tratamiento en Proyecto Hombre a otros usuarios/as potenciales.
- d. Los aspectos peor valorados son la atención médica y formativo-cultural.
- e. Los/las usuarios/as y las familias manifiestan un elevado grado de satisfacción con relación al tipo de respuestas que se da a sus demandas: rapidez de la atención y disponibilidad por parte del equipo terapéutico.
- f. El programa es valorado positivamente por los/las usuarios/as y las familias, algo que repercute favorablemente en la motivación para continuar en el proceso.
- g. Se produce un cambio en la valoración de Proyecto Hombre por parte de los/as usuarios/as, cuando éstos entran en contacto con el programa, superando la desconfianza que inicialmente sentían hacia el mismo.

1.2. Con respecto al objetivo 2 se consigue **EL DISTANCIAMIENTO DE LA CULTURA DE LAS DROGAS, QUE LOS RESULTADOS SON MUY POSITIVOS Y**

QUE GRACIAS A LA NORMATIVA Y DINÁMICA DEL PROGRAMA SE LOGRA QUE LA MAYORÍA DE LOS/LAS USUARIOS/AS MANTENGAN ALTOS NIVELES DE ABSTINENCIA, ya que:

- a. Se logra un alto nivel de abstinencia en la Acogida.
- b. En general, se abandonan los hábitos ligados a la dependencia, lo que viene condicionado por el cumplimiento de las normas que marca el Programa.
- c. El tiempo de permanencia en Acogida de los/as usuarios/as no está relacionado con la frecuencia con la que se han visitado lugares de riesgo de consumo ni con los contactos que mantienen con consumidores no familiares.
- d. Existe una clara tendencia de los/las usuarios/as a modificar sus elementos de identificación.
- e. Entre las causas de la no abstinencia los/as directores y los/as terapeutas señalan principalmente la falta de motivación al cambio, la falta de apoyo familiar y la no aceptación de las normas.

1.3. Con respecto al objetivo 3 podemos concluir que se fomentan HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SOCIALMENTE RESPONSABLES, AUNQUE HAY ALGUNOS ASPECTOS YA SEÑALADOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA, ya que:

- a. Todos los programas no cuentan con un médico en plantilla, lo que condiciona el hecho de que no todos los/las usuarios/as atendidos en los Centros tengan abiertos historiales clínicos.
- b. La perspectiva de género no se tiene en cuenta a la hora de establecer cuáles son las pruebas médicas necesarias que deben realizarse a los/las usuarios/as.
- c. Se constata una clara mejoría en los comportamientos de higiene, alimentación y cumplimiento de horarios.
- d. En general, se percibe que la atención dispensada en el servicio jurídico es adecuada, tanto por la valoración de los/las usuarios/as como de los/las profesionales.

1.4. Con respecto al objetivo 4 podemos concluir que los/las usuarios/as A LO LARGO DE LA ACOGIDA VAN POCO A POCO TOMANDO CONCIENCIA DE SU REALIDAD PERSONAL TAL COMO SE PERSIGUE EN ESTA FASE, ya que:

- a. Parece que a los 3 meses se produce una evolución positiva en cuanto a la identificación y al tratamiento en grupo.
- b. En estos 3 primeros meses hay una tendencia a mejorar en cuestiones ligadas al uso de la metodología: hablar en grupo, confrontar y solicitar entrevistas.
- c. La interiorización de la metodología es un proceso que se va desarrollando a lo largo del proceso y que conlleva un aprendizaje.

1.5. Con respecto al objetivo 5 “Desarrollo de las capacidades personales” podemos concluir que aunque existe una percepción de mejora tanto por parte de los profesionales como por parte de los/las usuarios/as, la Comisión de Evaluación considera que son habilidades que requieren mediciones específicas a lo largo del proceso.

1.6. Con respecto al objetivo 6 podemos concluir que se logra IMPLICAR A LA FAMILIA COMO COTERAPEUTA Y USUARIOS, ya que:

- a. Los familiares valoran muy positivamente la profesionalidad y la atención que reciben de los equipos; igualmente consideran positiva la información recibida en los seminarios y grupos de autoayuda.
- b. Se observa un buen cumplimiento de las pautas de seguimiento de las familias.

2. En cuanto a si se adecua el proyecto de los Centros a la prioridades y necesidades de la población beneficiaria, podemos decir que:

- a. Existe flexibilidad para adaptarse a las nuevas demandas. Las adaptaciones más frecuentes son las relativas a la metodología, la apertura de nuevos Centros y los cambios en la duración de la fase de Acogida.

- b. La valoración de las actividades terapéuticas hechas por profesionales es positiva en su mayoría.
- c. Los/las usuarios/as consideran adecuadas las actividades terapéuticas, pero un porcentaje importante valoran como inadecuadas las actividades de tipo formativo, de ocio y de tiempo libre.
- d. Existe conciencia en los equipos terapéuticos de la necesidad de mejorar el trabajo con familia, pese a que las familias se muestran satisfechas.

3. En cuanto a la apreciación de los usuarios/as y de la población en general sobre nuestros Centros y/o proyectos, podemos decir:

- a. La totalidad de los Centros recibe subvenciones de organismos públicos, e igualmente un alto número de instituciones de diversa naturaleza colabora con ellos. Esto nos hace pensar que Proyecto Hombre es bien entendido y aceptado por dichos organismos.
- b. La totalidad de datos indican que Proyecto Hombre es conocido en todos los ámbitos sociales y entre los/as usuarios/as potenciales.

IV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ALVIRA, F. Metodología de evaluación de programas. CIS, Madrid, 1991.

ALVIRA, F. Metodología de evaluación de programas: un enfoque práctico. Lumen/Humanitas. Buenos Aires, 1997.

AMEZCUA, C. et al. Evaluación de programas sociales. Díaz de Santos, Madrid 1996.

BALLART, X. "La 'industria' de la evaluación y bibliografía básica". Gestión y Análisis de Políticas Públicas, nº 11-12. Enero-agosto, 1998. pp. 229-232.

BUSTELO, M., CEMBRANOS, F. et al. La animación sociocultural: una propuesta metodológica. Edit. Popular. Madrid, 1988.

BUSTELO, M. "Diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas". Revista Española de Desarrollo y Cooperación. nº 4. Madrid, 1999.

CHAMBERS, R. "Métodos abreviados y participativos a fin de obtener información social para los proyectos", en Cernea, Michael (coord.) Primero la gente: variables sociológicas en el desarrollo rural. Fondo de Cultura Económica. México, 1995.

ESPINOZA, M. Evaluación de proyectos sociales. Humanitas. Buenos Aires, 1983.

HOUSE, E. Evaluación, ética y poder. Morata. Madrid, 1994

IUDC. Guía comentada de recursos sobre evaluación y participación en Internet.

MAE-SECIPI-AECI. Metodología de evaluación de la Cooperación Española. Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid, 1998.

MAE-SECIPI-AECI. Metodología de evaluación de la Cooperación Española II. Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid, 2001.

STUFFLEBEAM, D. & SHINKFIELD, A. Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica. Paidós. Madrid, 1987.

VEDUNG, E. Evaluación de políticas públicas y programas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1997.

WEISS, C. Investigación evaluativa. Edit. Trillas. México 1975.