

Informe de evaluación del trabajo con familias en los programas de intervención de Proyecto Hombre

Asociación Proyecto Hombre

Junio 2010

Financiado por:



PROYECTO HOMBRE

COMISIÓN DE EVALUACIÓN. PROYECTO HOMBRE (*)

Responsables del programa:

Elena Presencio y Ana Gutiérrez

Equipo Técnico:

José Luis Sancho

Arantza Yubero

Félix Rueda

Belén Aragonés

Amalia Calvo

Estrella Rueda

(*) Tf.: 913570928

Fax: 913070038

E-mail: asociacion@proyectohombre.es

ASESORAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

M^a Cristina Fernández Coll

Licenciada en Psicología.

Profesora asociada del departamento de Psicología de la UIB.

Profesora asociada del departamento de Pedagogía y Didácticas Específicas de la UIB.

E-mail: cristina.fernandez@uib.es

Con la colaboración de Mariano José Maury

INDICE

1. Contexto de la evaluación	4
1.1. La Asociación Proyecto Hombre	5
1.2. Fundamentación teórica y práctica del trabajo con familias en Proyecto Hombre	7
2. El proceso de evaluación	9
2.1. Diagnóstico del diseño del trabajo con familias en la Asociación Proyecto Hombre	10
2.2. Definición de la unidad de evaluación	12
2.2.1. Justificación de la necesidad del proyecto	12
2.2.2. Metodología de intervención	14
2.2.3. Objetivos de la evaluación	18
2.2.4. Responsable de la evaluación	19
2.2.5. Calendarización	21
2.3. Necesidades informativas	23
2.4. Criterios e Indicadores de Evaluación	25
2.5. Diseño metodológico	27
2.5.1. Descripción de la muestra	27
2.5.2. Fuentes de verificación	27
3. Resultados	29
3.1. Muestra y cuestionario	30
3.2. Resultado por criterios	32
4. Conclusiones y recomendaciones	64
Referencias bibliográficas	77

1. Contexto de la Evaluación

1.1. LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

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 y otros fenómenos adictivos, la rehabilitación y la reinserción de la persona adicta.

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 15.000 drogodependientes y sus familias. 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.

LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

RED INTERNA:

200 Centros de atención en toda España



La variedad de programas que se han ido incorporando, en respuesta a las necesidades de cada centro, muestra el esfuerzo de la organización por adaptarse a las necesidades de las personas en tratamiento y a los cambios en los hábitos de consumo.

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

La Asociación Proyecto Hombre se declara aconfesional, apartidista y sin ánimo de lucro, es propietaria de la "marca" Proyecto Hombre y está Declarada de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros (29/12/93).

Así mismo, es miembro directivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, que está dotada de estatuto consultivo ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, y pertenece a la RIOD, Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en drogodependencias. En julio de 2007 fue nombrada miembro consultivo especial de la ONU.

Los centros son un observatorio de la realidad, el lugar desde el que se realiza un tratamiento integral a los afectados. La Asociación Proyecto Hombre es un punto de encuentro, debate y reflexión a través de las Comisiones de expertos y la Asamblea de directores - presidentes, que marcan las directrices a seguir. Al mismo tiempo, representa a los centros a nivel nacional e internacional, y ofrece un trabajo permanente desde sus Departamentos.

La Asociación persigue unos fines comunes, que son los siguientes:

- Colaboración solidaria entre todos los centros que desarrollan el método terapéutico de Proyecto Hombre.
- Desarrollo de una formación unificada, profesional y humana, de los equipos que trabajan en cada uno de los centros.
- Apoyo, supervisión y tutoría de los centros de nueva creación.
- Gestión de los aspectos que abarcan a la generalidad de los programas ante la administración del estado, otras organizaciones estatales y de representatividad general de Proyecto Hombre.

La Asociación estructura su labor a través de una Comisión Permanente y de diferentes subcomisiones de trabajo para aligerar y organizar las diferentes problemáticas a resolver, entre las que se encuentra la Comisión de Evaluación, responsable de la elaboración del presente informe. Los 26 centros trabajan en red para lograr mayor eficacia en su trabajo.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA DEL TRABAJO CON FAMILIAS EN PROYECTO HOMBRE

La familia constituye, en primer lugar, uno de los ejes sobre los que gira nuestro ciclo vital. Pasamos gran parte de nuestra vida interactuando "en" y "con" ese entorno familiar y los intercambios que se generan abarcan toda la esfera del "nosotros", como individuos, e influyen en nuestro devenir biográfico, en nuestro bienestar y en nuestra propia satisfacción personal, hasta el punto que, las relaciones familiares, constituyen un indicador del emergente paradigma de "calidad de vida". En segundo lugar, desde que, en los años cincuenta y sesenta, surge la "metodología de la construcción teórica", los estudios sobre las familias dejaron de convertirse en hallazgos descriptivos y de escasa complejidad, para convertirse en formas de obtener variables teóricas, expresar proposiciones, relacionar diferentes puntos de vista, comprobar esas diferencias y considerar posibles variables de contingencia. Es así que el estudio sobre las familias comienza a cobrar especial relevancia, sobre todo en el campo de la psicología y de las ciencias de la educación. Comienzan entonces las consideraciones terminológicas sobre la familia: Maxler y Mishler (1978; en Gimeno, 1999), en sus estudios empíricos, conceptualizaron a la familia como un "grupo ad hoc" con una historia de experiencia compartida. Otros autores, sin embargo, han considerado la unidad familiar en términos de relaciones familiares y procesos de solución de problemas. Actualmente, existe un amplio consenso en reconocer la influencia de la familia en cualquier circunstancia en la que se vea "comprometido" el bienestar y el ajuste biopsicosocial del individuo.

Proyecto Hombre, a lo largo de los años, ha ido definiendo una visión propia y una manera particular de abordar el trabajo con las familias de drogodependientes. Esta visión nace del concepto de persona (y por extensión, de familia) presente en la filosofía y valores de nuestra institución, tales como la aceptación incondicional de la persona, la preocupación sincera hacia las personas, la confianza en sus posibilidades, el compromiso con el propio cambio, el encuentro, etc.

Desde Proyecto Hombre intentamos ofrecer la posibilidad a cada miembro de la familia de que pueda darse cuenta de sus patrones de comportamiento con el resto de familiares (fundamentalmente con el drogodependiente) con el fin de que logren introducir cambios significativos que le lleven a satisfacer sus necesidades personales y a resolver los posibles conflictos presentes en la dinámica familiar.

La persona con problemas de adicción, por lo general, ocupa un lugar desproporcionado, excesivamente central en el sistema familiar, que

absorbe y utiliza a su favor las energías y recursos de éste. Desde tal posición centrípeta, gira en torno a él toda la familia, lo cual no es saludable.

La familia debe aprender a descargar sobre el sujeto la responsabilidad de su propia vida, rompiendo con esas formas inadecuadas de relacionarse, a la vez que tiene que empezar a delimitar responsabilidades y tareas entre sus miembros.

El trabajo con las familias en los centros que forman parte de la Asociación Proyecto Hombre, tiene una base común y compartida, aunque la metodología concreta se adecua a los diferentes perfiles con los que trabajan los programas de tratamiento y/o en los programas de atención selectiva e indicada.

El abordaje de este trabajo se realiza desde una perspectiva holística e integradora, que favorece el desarrollo de las personas, ayudándoles a descubrir sus potencialidades, y estimula el cambio en aquellas áreas y comportamientos sobre los que se mantienen las conductas adictivas y de riesgo. Se basa en diferentes elementos que proceden de varias corrientes psicológicas y modelos de intervención, principalmente del modelo psicológico humanista de Rogers, donde se remarca la idea esencial de que en la persona se encuentran las potencialidades necesarias para hacerse cargo y protagonista de su propia existencia, coincidente con el concepto de auto-eficacia que sostiene Bandura (1989; 2002) en su Teoría Cognitivo Social del Aprendizaje.

Desde esta perspectiva la familia forma parte del contexto en el que se desenvuelve la persona, no sólo como mero espectador, sino como una herramienta de apoyo y referencia básica. Desde aquí los modelos sistémicos son fuente de referencia al entender, entre otras cosas, que dentro de las familias existen herramientas poderosas de solución de conflictos que pueden facilitar y acelerar los procesos terapéuticos y educativos de las personas atendidas.

2. Proceso de Evaluación

2.1. DIAGNOSTICO DEL DISEÑO DEL TRABAJO CON FAMILIAS EN APH

Hace 25 años, tanto los perfiles de toxicómanos como los de sus familias eran muy homogéneos; principalmente heroínómanos, muy deteriorados y con mucho tiempo de consumo. Familias desestructuradas, que buscaban desesperadas una respuesta y agradecían cualquier actuación terapéutica, dedicando grandes esfuerzos a “sacar de la droga” a sus hijos.

Las personas que acceden actualmente a nuestros tratamientos tienen perfiles mucho más heterogéneos; al perfil anterior se suman otros que no llevan tanto tiempo consumiendo, no están tan deteriorados, no están tan marcados socialmente, etc. Las familias también han cambiado de perfil: las madres trabajan, los miembros del sistema familiar no tienen tanta conciencia de problema, no se ven como parte de él y por tanto no se implican de la misma forma. En otras ocasiones no es la familia de origen la que acompaña, sino la pareja, que a su vez tiene hijos a su cargo y no puede dedicar el tiempo que el programa reclama.

En los últimos años, no solo ha cambiado el perfil del usuario de Proyecto Hombre, sino que también han cambiado los programas, las terapias y por consiguiente, lo que desde los equipos se demanda a las familias. Por otro lado, tenemos también que considerar el cambio social progresivo que se ha ido dando en estos años: la familia ya no es, en algunos casos, un “pilar fundamental” y los usuarios, en ocasiones, vienen solos a solicitar tratamiento.

El trabajo con las familias en los programas dirigidos a adultos, tiene una base común y compartida en todos ellos, aunque la metodología concreta se adecúa a los diferentes perfiles de los usuarios. Teniendo en cuenta el amplio abanico de tratamientos que desarrollamos en nuestros Centros (adicción a opiáceos, a psicoestimulantes, tratamiento con metadona, adicciones comportamentales, adicción al juego, intervención con reclusos...), tenemos que afirmar que el trabajo con las familias se diseña y aplica de manera distinta en ellos, ya que el tipo, características y demandas es también diverso.

Podemos hablar de una amplia gama de intervenciones con la familia: desde aquellas que se centran más en el proceso de rehabilitación del usuario directo en el que la familia juega más bien un papel de apoyo y acompañamiento del mismo, hasta aquellas que consideran la familia como sistema en proceso de crecimiento que está afectado en su totalidad por el problema de adicción manifestado en uno de sus miembros.

Desde el año 2003 la Comisión de Evaluación de la APH ha realizado la evaluación de diferentes programas, que incluían entre otros, los objetivos de intervención familiar, que tienen una base común y compartida, y una metodología concreta que se adecúa a los diferentes perfiles con los que trabajan los programas de tratamiento. Paralelamente, en el año 2007 un grupo de trabajo de la Asociación recabó información sobre el trabajo con familias realizado en los centros, tratando de establecer el perfil de las familias atendidas, la composición de los equipos de profesionales que desarrollaban el trabajo con familias, los logros y dificultades en el desarrollo de dicho trabajo, etc.

Además, para profundizar en la situación del trabajo con familias en los centros de la Asociación Proyecto Hombre, se realizó en el año 2009 un análisis DAFO, con profesionales de los mismos.

A partir de los resultados obtenidos se puso de manifiesto la necesidad de estructurar y sistematizar los procesos de intervención familiar para mejorar los resultados derivados de esa intervención.

Entre las principales cuestiones susceptibles de análisis para su optimización destacan:

1. La necesidad de la redefinición y consenso tanto de los objetivos generales como de los específicos
2. La necesidad de revisar la estructura organizativa de los centros respecto al trabajo con familias, para reforzar su identidad como uno de los pilares básicos de la metodología de PH
3. La necesidad de dotar a los profesionales de herramientas para la evaluación sistematizada y objetiva de los resultados del trabajo con familias
4. La necesidad de adaptar y actualizar las intervenciones a los diferentes perfiles atendidos en los distintos programas de tratamiento
5. La necesidad de realizar un proceso de *empoderamiento* de las familias, minimizando los factores de riesgo y los factores de protección.

Para responder a estas necesidades, durante el año 2009 la APH ha trabajado en la Evaluación del diseño del trabajo con familias en los programas de intervención. Como resultado se han redefinido y consensado los objetivos, se ha revisado la metodología de intervención, se han establecido las relaciones entre las herramientas y los modelos teóricos de intervención y se han diseñado las matrices de evaluación.

En definitiva, la evaluación del diseño del trabajo con familias ha sentado las bases para la posterior evaluación de la intervención en los diferentes programas de tratamiento en Proyecto Hombre.

Y más allá de la evaluación, con objeto de mejorar la práctica del trabajo con familias lo que redundaría en otros servicios de ámbito nacional de atención a personas adictas y sus familias más allá de Proyecto Hombre.

Del mismo modo se persigue optimizar la práctica profesional de forma que sirva a los diferentes agentes implicados para:

- Mejorar y transformar la práctica profesional.
- Establecer mecanismos de intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales del ámbito de la intervención familiar.
- Contribuir al enriquecimiento de la teoría de la intervención familiar desde la aportación de una metodología específica en los programas de tratamiento.

2.2. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE EVALUACIÓN

2.2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO

La integración en los programas de intervención, en el ámbito de la adicción, *de las familias o el entorno de las personas con problemas, con especial atención a los descendientes* se destaca en el epígrafe 5.1.3 de la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

También el Plan de Acción Sobre Drogas 2009-2012, pretende asentar las bases que fomenten el trabajo con familias, cuando en el apartado 2 sobre *Reducción de la demanda* en el epígrafe de asistencia e integración social, dentro de las acciones contempladas, incluye, en la acción 34: *"desarrollar programas de asistencia a las familias de los afectados por las drogodependencias reforzando su papel en el tratamiento y la reinserción, incluyendo, en su caso, la constitución de grupos de auto-ayuda"*.

En esta misma línea, el PNSD mediante la creación en 2005 del Grupo de Trabajo de Familias dentro del marco del Foro: "La sociedad ante las drogas" propone que para el estudio del trabajo con familias: *"se enfoquen los problemas de "familia y drogas", desde una perspectiva de intervención comunitaria, con implicación de otros agentes sociales y, especialmente, de las ONGS que trabajan en el ámbito de drogodependencias, para que asuman un papel responsable y de liderazgo.*

Así mismo propone que: *"Ante los cambios experimentados en los modelos de familia y, a partir de una tipología de familias, con especiales necesidades, elaborada por el propio Grupo, se recomienda la elaboración y puesta en marcha de programas específicos en función de los niveles de riesgo de los diferentes núcleos familiares"*.

Por otro lado, la OMS, en el documento "La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia", publicado en 2004 (10ª sesión) afirma que: *"las familias y las redes sociales fuertes y capaces de prestar apoyo tienen efectos positivos en la salud de todos los miembros de la familia"*. Del mismo modo insta a los estados miembros a que: *"adopten medidas para garantizar que las políticas, los planes y los programas de salud que tengan en cuenta el género reconozcan y aborden los derechos y las necesidades globales de salud y desarrollo de todos los miembros de la familia"*.

Por nuestra parte, la atención y el acompañamiento familiar ha sido un rasgo identificativo del método de PH desde su aparición en 1984.

La intervención en el abordaje educativo y terapéutico del entorno familiar y social más significativo y cercano para el usuario, que viene realizando desde hace 25 años PH ha demostrado que la implicación y el apoyo de la familia aumentan las posibilidades de eficacia en la intervención terapéutica. Nuestra actuación va dirigida en gran parte a recuperar las capacidades del grupo familiar ante la situación de crisis que supone la conducta adictiva de alguno de sus miembros, a realizar los cambios necesarios en la dinámica de funcionamiento familiar, y a dotar a las familias de los recursos para facilitar la autonomía personal del familiar en tratamiento.

2.2.2 METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

En los 25 años de andadura de los programas de tratamiento de las drogodependencias de Proyecto Hombre, se ha demostrado totalmente imprescindible el trabajo con familias, debido a que la organización y funcionamiento de las mismas, incide en la recuperación del drogodependiente. El axioma que sustenta y avala la opción de trabajar con las familias y la conciencia de dicha necesidad, encaja a la perfección con la hipótesis de que la droga no es nunca el problema sino que el problema es la persona (en relación con su entorno familiar y social) y la toxicomanía es una manifestación de dichos conflictos.

Partiendo de esta base, todos los Programas Terapéuticos tienen en cuenta a la familia del drogodependiente y trabajan con ella desde un **concepto de familias** como:

- **Sujeto de intervención:** la aparición de la drogodependencia en un miembro de la familia, altera la vida cotidiana y social de la misma, pasando por un periodo de crisis que hace necesaria la atención terapéutica sobre el conjunto de sus miembros, no sólo sobre la persona afectada.
- **Agente terapéutico:** en nuestro trabajo con las familias observamos que en la mayor parte de las ocasiones, éstas desconocen la importancia de sus actuaciones de cara al proceso terapéutico del drogodependiente. Sin embargo los profesionales no dejamos de constatar a diario el potencial terapéutico que las familias tienen, aún desconociéndolo. Es responsabilidad de los profesionales fomentar el conocimiento y desarrollo de ese potencial terapéutico; es responsabilidad de la familia el poner todo ese potencial a disposición del proceso de rehabilitación.

- **Cauce de normalización:** la familia es un punto de contacto con la sociedad. Durante todo el proceso de adicción, el drogodependiente ha ido reduciendo sus relaciones sociales, las normas y sus valores, a las del grupo de consumo. Es en el marco familiar donde el drogodependiente en proceso de rehabilitación comienza a poner en marcha las pautas de funcionamiento social aceptadas. En la familia, el drogodependiente inicia la adaptación a las normas de convivencia, aprende a escuchar, a negociar, a respetar a los demás, a expresar sentimientos, a interpretar las relaciones interpersonales como un intercambio, a aceptar sus limitaciones personales, en definitiva a desarrollar un estilo de vida sano y socialmente válido.
- **Mediador social:** una familia que ha pasado por la dolorosa experiencia de tener un hijo drogodependiente y que ha sido capaz de superar el problema, seguramente tiene mucho que decir a otras familias que están teniendo esa misma experiencia. Su participación en grupos de autoayuda va a ser un valor incuestionable.

Los **instrumentos terapéuticos** que se utilizan en los diferentes tratamientos, dependen del perfil de la población atendida, del tipo de recurso (residencial o ambulatorio) así como del momento de proceso en que se encuentre la persona en tratamiento y la familia. Dentro de la batería de instrumentos podemos señalar los siguientes:

- **Contrato Terapéutico – Acuerdo de Tratamiento:** Compromiso formal entre la persona que demanda ayuda (usuarios/as y/o familiares) y el profesional responsable del caso en representación del equipo terapéutico, en el que se detallan por escrito los derechos y deberes de los participantes. Implica una explicación de la naturaleza de la problemática por la que se demanda asistencia, así como las ventajas y beneficios de los procedimientos terapéuticos propuestos frente al mantenimiento y riesgos de la conducta problema que manifiesta, a fin de facilitar la aprobación y adhesión al tratamiento. Se realiza una descripción de la normativa y funcionamiento del dispositivo y del sistema terapéutico así como una petición clara sobre los comportamientos que se van a solicitar desde el primer momento. Requiere el establecimiento de un límite temporal acorde a la estimación del tiempo requerido para la realización del proceso educativo-terapéutico. La presentación debe ser comprensible y no sesgada y la colaboración del usuario debe ser conseguida sin coerción.
- **Compromiso de confidencialidad de datos:** Documento por el cual se informa a la persona que va a iniciar el proceso de la necesidad de recabar datos de carácter personal así como del uso que se va a hacer de los mismos

▪ **Genograma:** "El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan la información en forma gráfica de manera tal que proporcionan un rápido *gestalt* de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo." (Mc. Goldrick y Gerson, 1985/1996). Constituye una primera toma de conciencia del sistema familiar para ellos mismos, que pueden contactar con sus necesidades de ahí que se les haga, a lo largo de todo el proceso, partícipes en su realización, por lo que no debería quedar relegado a un mero instrumento de recogida de datos.

▪ **Anamnesis o Historia Familiar:** Entrevista semiestructurada a través de la cual se recaba información sobre la familia de origen y/o nuclear del usuario del programa para recoger su historia y situar al usuario dentro de la dinámica familiar.

▪ **Grupo de Autoayuda del Entorno Familiar:** Son grupos específicos para familias con algún miembro en situación de consumo de sustancias o con conductas disruptivas, que ofrecen un espacio donde puedan expresar sus problemas personales, y donde pueden encontrar la respuesta a esas dificultades gracias a la relación de ayuda mutua que se origina en el grupo.

▪ **Encuentro Familiar o Grupo Unifamiliar:** Grupo de indicación sistémica al que asisten el usuario y los miembros de su familia con el fin de desbloquear las relaciones entre los componentes del sistema. Pueden centrarse:

- En el aquí y el ahora, de cara a que la familia aprenda a tratar problemas en un contexto controlado, sin estrés ni agresividad, a evaluar logros del proceso y a establecer objetivos de cambio.
- En el pasado, para facilitar la comprensión y futura resolución de aquellos conflictos no resueltos del ciclo vital familiar y que interfieren en la actualidad en la relación entre los miembros del sistema.

Aunque la denominación debería ser indistinta, en algunos centros, este tipo de grupos son denominados grupos unifamiliares si se refieren al aquí y al ahora y encuentro familiar, si se refiere al pasado. De igual modo, la diferencia de la terminología, puede ser determinada en base al número de miembros del sistema que deben participar.

▪ **Encuentro de parejas:** Intervención de indicación sistémica al que asisten el usuario y su pareja con el fin de desbloquear las relaciones entre los componentes del sistema nuclear. Pueden centrarse:

- En el aquí y el ahora, de cara a que la pareja aprenda a tratar problemas en un contexto controlado, sin estrés ni agresividad, a evaluar logros del proceso y a establecer objetivos de cambio.

Se centran fundamentalmente en la comunicación, las responsabilidades de la casa, la educación de los hijos, la afectividad, la sexualidad, las relaciones personales y el tiempo libre.

- En el pasado, para facilitar la comprensión y futura resolución de aquellos conflictos no resueltos del ciclo vital familiar y que interfieren en la actualidad en la relación entre los miembros del sistema.

- **Encuentro Multifamiliar o Grupo Mixto:** Grupo en el que participan varias familias de un mismo nivel de intervención, en el que se revisan los logros de cada una de ellas y se detectan los puntos a trabajar.

- **Grupo de comunicación o seguimiento de familias:** Grupo donde la familia comparte su visión sobre los avances y retrocesos de la persona en tratamiento en relación a los objetivos que se trabajan en cada momento del proceso terapéutico.

- **Entrevistas familiares:** Encuentros entre el profesional y la familia destinados a apoyar a dicho sistema a lo largo del proceso terapéutico – educativo. Pueden ir orientadas a:

- Información y/o inicial
- Valoración y diagnóstico
- Cambio de fase o itinerario
- Seguimiento de proceso

- **Seminarios:** Sesiones grupales, dirigidas por un profesional, donde se transmiten una serie de conocimientos sobre materias o contenidos específicos, de carácter formativo e informativo.

- **Escuela de Padres y Madres:** *"Las escuelas de padres son una de las estrategias más interesantes para crear un ámbito de diálogo educativo acerca de los fines y medios de la educación: por qué educamos, cómo educamos. Se inserta en el área de la comunicación o conversación, que no intenta lograr ninguna decisión operativa a corto plazo, sino solamente la reflexión, el diálogo, el consenso"* (De la Puente, 1999: 246).

- **Contrato de conducta:** Llamado también **contrato de contingencias**, es un documento escrito que recoge aquellas conductas concretas que se desean puedan ser modificadas por los firmantes del contrato (Ej.; padre, madre, hijo), así como las acciones que están dispuestos a realizar en términos de recompensas contingentes (consecuencias: premios y castigos) en caso de cumplimiento y/o incumplimiento de los acuerdos. Se emplea como un instrumento de solución de problemas, a través de la negociación, el acuerdo y finalmente el compromiso respecto a las mutuas peticiones.

- **Asambleas:** Reuniones generales donde participan todas las familias, sobre informaciones organizativas, temas económicos, actividades, etc.
- **Convivencias familias / parejas:** Encuentro convivencial de varias familias o parejas de usuarios del tratamiento para trabajar de forma grupal temáticas diversas relacionadas con el proceso de rehabilitación y con el proceso de crecimiento personal.

2.2.3. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Evaluación del trabajo con familias en los programas de intervención de la Asociación Proyecto Hombre

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Introducir una **metodología de evaluación continua y sistemática** en la intervención que se realiza con las familias en los programas de tratamiento.

Evaluar la **eficacia, eficiencia, pertinencia, y cobertura** del trabajo con familias, identificando elementos de mejora de dicho programa en función de los resultados de la evaluación.

Evaluar la percepción de **los profesionales** sobre la intervención familiar.

Evaluar la **satisfacción de las familias de los usuarios** con el tratamiento recibido.

Diseñar y elaborar instrumentos ad hoc y coordinación del trabajo de campo en todos los centros de tratamiento 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.

2.2.4. RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN

Los profesionales que forman la Comisión de Evaluación son quienes asumen, en este proceso participativo, las siguientes **funciones**:

Facilitar las herramientas necesarias para obtener el consenso en cuanto al diagnóstico del contexto de evaluación, así como de los criterios e indicadores de la misma.

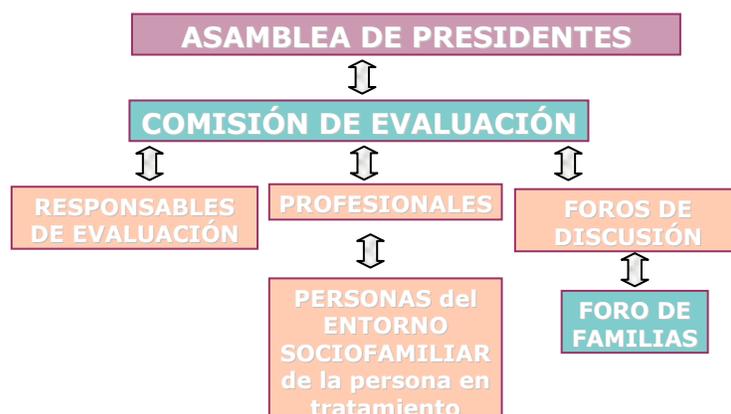
Iluminar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que se presentan en el contexto y en el propio proyecto. En este sentido, la Comisión orientará sobre el mantenimiento de aquellos "puntos fuertes" que han funcionado, y aconsejará cambiar o reorientar los puntos que se han demostrado "débiles".

Tener en cuenta no sólo al cliente directo de la evaluación, sino a todos los implicados en la misma asegurando el protagonismo de todos los participantes.

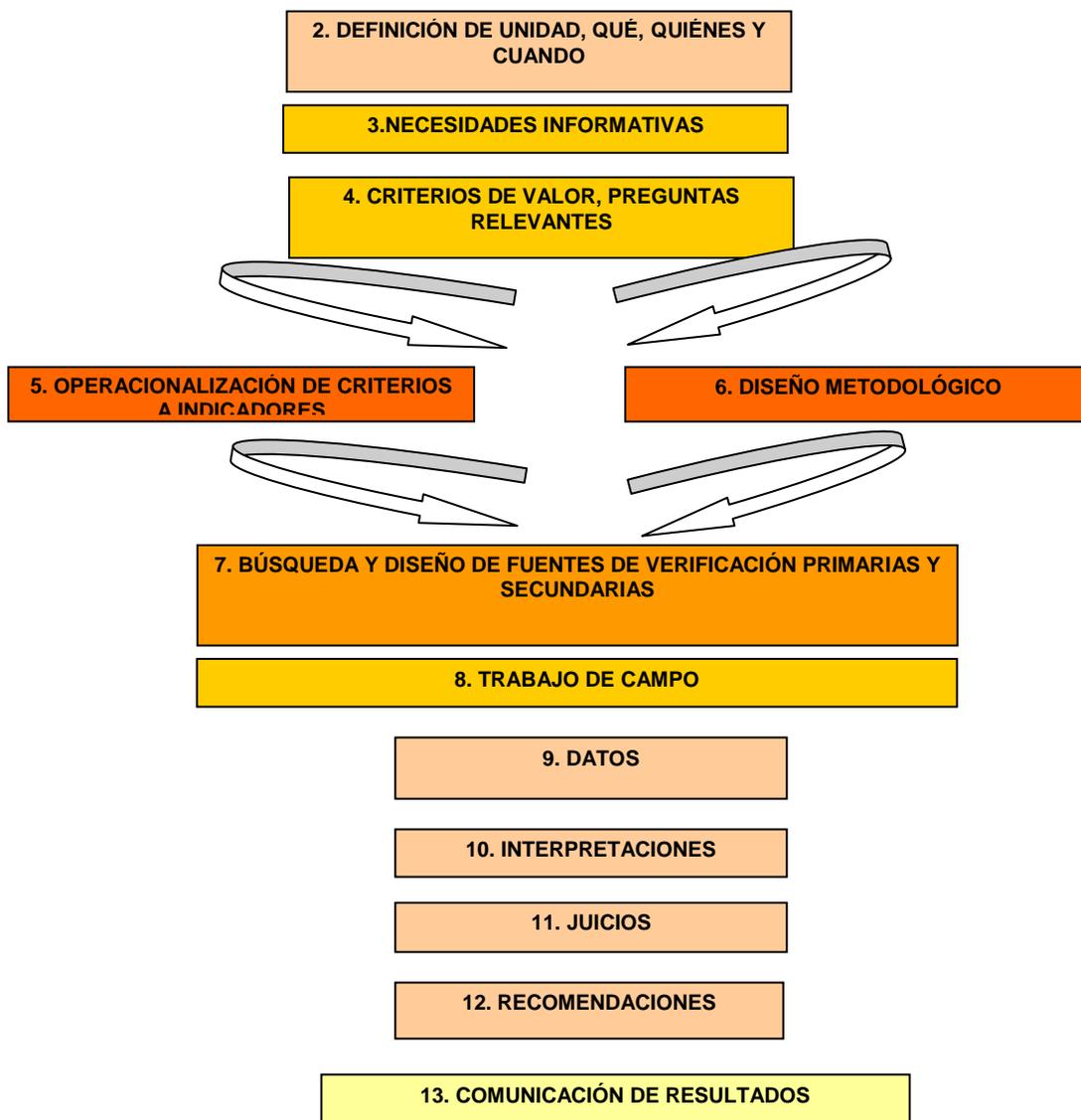
Orientar para acciones futuras o toma de decisiones favoreciendo el aprendizaje institucional o colectivo.

Proporcionar a los profesionales una comprensión suficiente sobre el significado y la trascendencia de la evaluación para la mejora del trabajo con las familias de las personas en cada uno de los programas, que les motive a participar en el proceso, dotarles de conocimientos básicos sobre evaluación, que faciliten el uso de un lenguaje común a la hora de programar y diseñar evaluaciones así como contrarrestar posibles resistencias a la evaluación, a través de la clarificación de sus metas y posibilidades.

El proceso participativo que sigue la Comisión de Evaluación, queda reflejado en el siguiente cuadro, en el que se reflejan al mismo:



La Comisión de Evaluación elabora y desarrolla el **proceso de evaluación** basándose en el siguiente esquema¹:



2.2.5. CALENDARIZACIÓN

¹. Maletín pedagógico: Bustelo, M., Ligeró, J. y Martínez, M.

Calendario	Fases del proceso	Distribución de tareas
Junio-Septiembre de 2009	Revisión del diseño de la evaluación del trabajo con familias	Comisión de Evaluación Coordinadores terapéuticos Directores de los programas Responsables de la intervención con familias
Septiembre-Diciembre de 2009	Elaboración de los cuestionarios de evaluación en base a las matrices de evaluación Recogida de datos	Comisión de Evaluación Responsables de la intervención con familias Asesor externo
Enero- Abril de 2010	Sistematización de los datos Análisis y tratamiento de los datos	Comisión de Evaluación Asesor externo
Abril- Junio de 2010	Elaboración del informe de evaluación Difusión de los resultados de la evaluación	Comisión de Evaluación Asesor externo Coordinadores terapéuticos Directores de los programas Responsables de la intervención con familias

2.3. NECESIDADES INFORMATIVAS

En esta parte del proceso, el objetivo central ha sido 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 aún 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 haya sido la revisión de los objetivos de los programas de tratamiento de cada uno de los centros con relación a las familias, 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 Familias (celebrado por la APH en 2009) y es la que se recoge a continuación:

OBJETIVOS GENERALES TRABAJO CON FAMILIAS

1. Clarificar la demanda de atención de la familia
2. Integrar a la familia en el proceso como factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar del usuario
3. Implicar al núcleo familiar como co-terapeuta/usuario en el proceso
4. Facilitar el proceso de motivación al cambio de la familia
5. Trabajar con la familia el proceso de autonomía

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PROFESIONALES

1. Establecer relación terapéutica que favorezca la vinculación de la familia al proceso
2. Conocer el funcionamiento del sistema familiar y proporcionar, si es necesario pautas encaminadas a su reajuste
3. Definir los objetivos del trabajo con el sistema familiar
4. Facilitar la toma de conciencia de los problemas existentes en el sistema familiar
5. Identificar la responsabilidad de cada miembro en los problemas existentes en el sistema familiar
6. Apoyar el ajuste de los roles familiares
7. Orientar y acompañar a la familia en la identificación de la propia dinámica familiar
8. Ofrecer información sobre el funcionamiento del programa y pautas de actuación que permita las familias desarrollar el papel de apoyo en el proceso del usuario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PROFESIONALES

9. Facilitar a las familias información sobre el proceso del usuario
10. Formar para un acompañamiento en el proceso del usuario
11. Fomentar la comunicación asertiva entre los miembros de la familia
12. Dotar a la familia de herramientas educativas para la resolución de conflictos y dificultades a través de la adquisición y/o desarrollo de habilidades socioeducativas
13. Desdramatizar y redimensionar la visión familiar sobre la problemática presentada
14. Crear espacios de encuentro y participación entre la familia, los usuarios y los profesionales
15. Generar un ambiente de autoayuda que permita a la familia expresar voluntariamente sus vivencias y conflictos familiares
16. Fomentar la comunicación familia-equipo terapéutico
17. Estimular la relación familiar a través de la propuesta de actividades conjuntas familia-usuario (origen y propia)
18. Acompañar y verificar la integración de los cambios realizados por parte de la familia
19. Favorecer la desvinculación progresiva del programa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS FAMILIAS

1. Aceptar la participación activa en el proceso educativo-terapéutico del usuario
2. Redimensionar su visión sobre la problemática existente
3. Realizar los cambios necesarios en la dinámica de funcionamiento familiar
4. Aprender nuevos recursos y habilidades socioeducativas que mejoren la dinámica familiar
5. Realizar actividades conjuntas usuario-familia (origen y propia)
6. Participar activamente en las actividades, grupos, entrevistas y organización del programa
7. Facilitar el proceso de autonomía del usuario
8. Desarrollar mecanismos funcionales de afrontamiento de conflictos en el núcleo familiar
9. Mejorar la comunicación intergeneracional y del sistema conyugal, cuando exista
10. Identificar y trabajar los factores de riesgo y protección del propio sistema familiar
11. Activar la capacidad resiliente del sistema familiar
12. Integrar la dinámica de autoayuda como estilo relacional
13. Detectar los signos y síntomas en relación con los procesos de recaída
14. Optimizar el sistema de valores familiar

Otra fuente de recogida de cuestiones que requieren ser respondidas desde la evaluación, han sido los materiales técnicos específicos del estudio, a saber:

- ↪ Evaluación del diseño del trabajo con familias realizado en 2009.
- ↪ Evaluaciones de Acogida, Comunidad Terapéutica y Reinserción, realizadas entre 2004 y 2006.
- ↪ Evaluación de los Programas de Atención a Cocainómanos, realizada en el año 2007.
- ↪ Guía de Buenas Prácticas del trabajo con familias en la Asociación PH, realizada en el 2008.
- ↪ Guía de Buenas Prácticas de los Programas de Atención a Cocainómanos de la Asociación PH, realizada en el 2008.
- ↪ Guía de evaluación de Programas de Tratamiento de Adicciones, realizada en la Asociación PH, en el 2008.
- ↪ Evaluación del Diseño del Trabajo con Familias en los Centros de Tratamiento de Proyecto Hombre, en el 2009
- ↪ Los instrumentos de verificación primarios (cuestionarios), como instrumento de análisis de nuestro proyecto.

2.4. CRITERIOS E INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los **CRITERIOS DE EVALUACIÓN** 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:

CRITERIO DE EFICACIA

La eficacia es una medida del alcance de 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).

CRITERIO DE EFICIENCIA

La eficiencia de una intervención es la medida del logro de los resultados en relación con los recursos que se consumen (SECIPI, 1998); esto es la búsqueda de una combinación óptima de recursos financieros, materiales, técnicos, naturales y humanos para obtener los resultados previstos.

CRITERIO DE COBERTURA

Cobertura es el análisis que se centra en saber hasta qué punto un programa llega a la población beneficiaria del mismo (Alvira, F., 1991), es decir, si el programa está llegando a la población a la que se pretende llegar. La cobertura analiza la existencia de sesgos y los problemas de accesibilidad.

CRITERIO DE PERTINENCIA

La pertinencia se entiende como la adecuación del programa o servicio en todas sus dimensiones (diseño, estructura, procesos y resultados) al contexto; entendiendo como contexto la adecuación a las necesidades de la población, las políticas y ordenamientos sociales y culturales, la teoría y el método de intervención y hasta la satisfacción de los agentes implicados (Bustelo, M. y Ligeró, J.A., 2005).

CRITERIO DE VISIBILIDAD

Es la apreciación de la institución y de sus proyectos, en el rol social que está desempeñando tanto en su población beneficiaria, como en la población general y otras instituciones de su campo de acción.

CRITERIO DE IMPACTO

El impacto se refiere a todos los efectos que el programa provoca; son los cambios promovidos por el programa, tanto buscados y deseados, como puede ser el logro del objetivo global, como otros efectos no previstos, deseados e indeseados (Bustelo, M. y Ligeró, J.A., 2005).

La selección de las variables se realiza en coherencia con la metodología de evaluación, en la cual, las variables son identificadas en base a los INDICADORES y construidas con relación a CRITERIOS de evaluación. Los **INDICADORES** son las piezas de información, las VARIABLES que vinculan las necesidades de información con los datos que es preciso recopilar. Contribuyen a filtrar los datos relevantes para nuestro trabajo, reflejando una situación específica, los cambios o resultados, aclarando lo que se espera conseguir y los datos necesarios para verificar el éxito.

Las matrices de evaluación que recogen los criterios e indicadores se puede consultar en el Anexo nº 2 del presente informe.

2.5. DISEÑO METODOLÓGICO

2.5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La totalidad de personas incluidas en la muestra han consentido voluntariamente participar en la evaluación:

CARACTERÍSTICAS	AMBITO	CRITERIOS DE SELECCIÓN		TAMAÑO MUESTRAL*
		INCLUSION	EXCLUSION	
↳ Directores- Presidentes de los Programas	Nacional			21
↳ Profesionales de los diferentes programas de intervención de los centros de la Asociación Proyecto Hombre	Nacional	Profesionales en activo en el momento de la evaluación	Profesionales técnicos en prevención universal y selectiva	200
↳ Familias de usuarios de los centros de intervención de Proyecto Hombre	Nacional	Familiares de las personas objetivo de la intervención en el momento de la evaluación		600

2.5.2. FUENTES DE VERIFICACIÓN PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Para recopilar la información se elaboraron cuestionarios de aplicación colectiva contruidos *ad hoc* para los distintos participantes en esta evaluación. Se eligió este medio por su probada utilidad y eficacia a la hora de recoger información (tales como actitudes, conocimiento, intereses, opiniones, comportamientos pasados, presentes y futuros, etc.) en un tiempo relativamente breve. Además hemos de tener en cuenta la doble función del cuestionario en el proceso de evaluación, por un lado, sitúa a todos los entrevistados en la misma situación psicológica, y por otro, mediante un sistema de notaciones simples, facilita y asegura la posibilidad de comparación de respuestas (Stoetzel y Girard, 1994).

El diseño de los cuestionarios fue coherente con el proceso de trabajo, basado fundamentalmente en una estrategia participativa, para que todos los profesionales que trabajan en los centros pudieran colaborar.

Se elaboraron los siguientes cuestionarios ad hoc, específicos para cada grupo de participantes en la evaluación del trabajo con familias:

- Cuestionario a Directores-Presidentes compuesto por 5 ítems.
- Cuestionario al Director-Coordinador compuesto por 35 ítems.
- Cuestionario del Equipo Terapéutico compuesto por 64 ítems.
- Cuestionario a Acompañantes compuesto por 91 ítems.
- Escala de Clima Social Familiar compuesto por 27 ítems.
- Escala de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales, de Albor, compuesto por 35 ítems.
- Cuestionario de percepción del tratamiento (Marsden, Gossop, Steward, Best, Farrell y Strang, 1998), compuesto por 17 ítems.
- Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen y cols, 1989, compuesto por ocho ítems.
- Cuestionario para participantes en Grupos de Autoayuda, compuesto por 40 ítems.

Todos los cuestionarios realizados *ad hoc* han recogido, a través de preguntas tanto abiertas como cerradas (de respuestas alternativas dicotómicas y de respuestas de elección múltiple), variables cualitativas y cuantitativas, que nos han permitido valorar el nivel de consecución de los objetivos específicos del tratamiento.

Los análisis estadísticos se han realizado con el programa SPSS (versión 15.0). Se ha efectuado un estudio descriptivo de cada una de las variables, utilizando los estadísticos adecuados en cada caso, y agrupando su análisis en función de los indicadores a los que responda cada una de las variables.

Algunas de estas variables han podido someterse a distintos análisis descriptivos en función de los resultados obtenidos y de los indicadores de evaluación planteados, realizando los mismos de forma global o separada para grupos específicos (por ejemplo, entre grupos de entrevistados: profesionales, familias).

3. RESULTADOS

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para la elaboración de este informe se han analizado los datos procedentes de 172 profesionales, contratados o no contratados (voluntarios), que en el momento de la evaluación desempeñaban su labor en alguno de los centros de atención de los programas base o programas de cocaína de la Asociación. Han participado además 21 de los Presidentes de cada uno de los programas, así como 564 personas que acompañan a los usuarios de los programas en el tratamiento, y 351 personas participantes en los grupos de autoayuda.

PERFIL DE LOS PROFESIONALES

Han participado profesionales de 23 centros de Proyecto Hombre, el 70,5% de los cuales son profesionales contratados y el 29,5% son profesionales no contratados o voluntarios.

El 57,8% de profesionales trabaja en los programas ambulatorios de cocaína, y el 42,2% en el programa base. Sólo un 9,2% trabaja con las familias procedentes de cualquiera de las fases de tratamiento. El 35,8% lo hace en primera fase o en fase de acogida, el 45,8% en segunda fase o en Comunidad Terapéutica (en cualquiera de sus modalidades directas, urbanas, etc.) y el 8,3% en última fase o fase de reinserción. En las últimas fases de los programas no trabajan profesionales no contratados.

Entre los profesionales contratados las mujeres representan el 58,2%, y los hombres el 41,8%. El porcentaje de mujeres, aumenta entre los profesionales no contratados, representando éstas el 71,8% frente al 28,2% de hombres.

De los profesionales contratados el 12% han obtenido el título de bachiller o de segundo ciclo de formación profesional, el 34,5% tiene una diplomatura y el 53,5 % una licenciatura. El 82,2% de licenciados lo son en psicología. Entre las diplomaturas destacan las de educación social, que tiene el 41,4% de profesionales contratados y la de trabajo social que tiene el 27,5%.

El 4,5% de profesionales no contratados no tiene estudios, el 36,5% ha finalizado el bachiller o un ciclo de formación profesional, el 27,2% tiene una diplomatura y el 31,8% tiene una licenciatura.

La tabla siguiente recoge los datos sobre la edad media de los profesionales contratados y no contratados, así como el tiempo en años, de trabajo en PH.

	Edad media	Mínimo	Máximo	Media de años trabajando en PH
Profesionales contratados	37,97	25	57	6,41
Profesionales no contratados	50,41	24	75	5,17

Los profesionales no contratados presentan una media mayor de edad, variando esta desde los 24 años de la persona más joven a los 75 años de la persona más mayor. Respecto al tiempo que llevan trabajando en Proyecto Hombre, se observa que entre los contratados la media en años supera en poco más de un año a la media de los no contratados.

PERFIL DE LOS ACOMPAÑANTES

Responden 564 personas, acompañantes de las personas en tratamiento en 25 programas de los centros de PH. Sólo un 0,5% de las respuestas corresponde a personas que no tenían a su familiar en tratamiento en el momento de la evaluación.

El 45,3% realiza su acompañamiento a usuarios de los programas de cocaína, mientras que el 54,7% restante lo hace en alguna de las fases de los programas base.

El 29,5% de los cuestionarios proceden de acompañantes de usuarios en primera fase de tratamiento, el 51,5% de usuarios en segunda de tratamiento y el 19% restante de personas en la última fase de tratamiento.

Como muestra la tabla siguiente más de la mitad de los acompañantes son los progenitores de los usuarios, seguidos por las parejas y los hermanos. En cada una de las categorías la representación de mujeres es superior, representando éstas el 79,2% del total de la muestra de acompañantes.

	%	Representación mujeres	Representación hombres
Progenitores	57,5	68,50%	31,50%
Parejas	23,7	91,00%	9,00%
Hermanos	11,5	66,60%	33,40%
Otros	7,3	64,10%	35,90%

3.2. RESULTADOS DE LA EFICACIA

Objetivos de los profesionales

Objetivo 1. Establecer una relación terapéutica que favorezca la vinculación de la familia al proceso

Los datos indican que el 93% de personas cuentan con un terapeuta de referencia y no existen discrepancias entre las respuestas obtenidas de los profesionales y de los acompañantes.

Según los profesionales, un 65,1% de los acompañantes logran una buena o muy buena vinculación al proceso de los usuarios, mientras que en un 28,4% de los casos, se valora la vinculación la mínima necesaria como para acompañar el proceso de la persona en tratamiento. Sólo en el 6,5% de los casos apenas se logra la vinculación de los acompañantes al proceso.

Los acompañantes manifiestan haber establecido un buen o muy buen vínculo con el profesional en el 84% de las respuestas, y un 13,7% indica que el vínculo establecido es normal. Además el 79,8% informa de la existencia de un vínculo bueno o muy bueno con el grupo de referencia, y el 87,5% de los casos valora su grado de implicación en el proceso del usuario como bueno o muy bueno.

Por tanto, podemos concluir que la percepción de los profesionales y los acompañantes es similar, aunque los primeros valoran la vinculación de los acompañantes por debajo de la valoración de éstos.

Para valorar el estilo relacional de los profesionales hacia los acompañantes, estos últimos valoran aspectos como la escucha activa, la aceptación incondicional, la empatía, la disponibilidad, la accesibilidad y el respeto.

Las respuestas se recogen en la siguiente tabla:

	Nada-Poco	Lo suficiente	Bastante-Mucho
Escucha activa	1,80%	16,90%	81,30%
Aceptación incondicional	41,90%	23,40%	34,70%
Empatía	5,60%	20,40%	74,00%
Disponibilidad	4,00%	17,50%	78,50%
Accesibilidad	4,80%	26,50%	68,70%
Respeto	0,40%	7,60%	92,00%

Los acompañantes valoran positivamente el estilo relacional de los profesionales, especialmente el respeto que muestran hacia ellos, a pesar de que un porcentaje considerable se siente juzgado en su manera de actuar y cuestionado en sus sentimientos (aceptación incondicional).

Se puede concluir por tanto que los profesionales logran establecer una relación terapéutica con los acompañantes favoreciendo así su vinculación al proceso de la persona en tratamiento. Únicamente resalta como aspecto a mejorar la aceptación sin juzgar ni cuestionar a los acompañantes por parte de los profesionales.

Objetivo 2. Conocer el funcionamiento del núcleo familiar y proporcionar, si es necesario, pautas encaminadas a su reajuste

Según las respuestas de los directores, sólo en un 48,3% de los programas existe un protocolo para realizar el diagnóstico del funcionamiento y de la dinámica familiar. En el 65,5% de los centros existen registros donde se recoge la información sobre el diagnóstico de la dinámica y del funcionamiento familiar.

El 93,1% de los profesionales manifiesta que se proporcionan pautas para reajustar el núcleo familiar, dato que concuerda con el proporcionado por los acompañantes, que en el 93,8% de casos manifiesta que se le han proporcionado estas pautas.

Al 94% de los acompañantes se les ha ofrecido al menos una intervención individual o grupal y se interviene con los acompañantes, semanal, quincenal o mensualmente, de acuerdo al momento del proceso de la persona en tratamiento.

A modo de conclusión se puede afirmar que los profesionales conocen el funcionamiento del núcleo familiar y proporcionan pautas encaminadas al reajuste, aunque en poco más de la mitad de los centros no existe un protocolo para realizar el diagnóstico de la dinámica y el funcionamiento familiar.

Objetivo 3. Definir los objetivos del trabajo con el núcleo familiar

El 86% de los profesionales afirma que en el plan de tratamiento de los usuarios constan los objetivos de trabajo con el núcleo familiar.

Por otro lado el 86,4% de los acompañantes manifiesta la existencia y acuerdo entre ellos y los profesionales en relación a dichos objetivos.

Aunque el 84% de profesionales manifiesta que los objetivos del trabajo familiar en los planes individuales se revisan periódicamente, sólo en un 44,8% de los programas se utiliza un sistema de evaluación continua del trabajo que se realiza con el núcleo familiar. Esta evaluación continua se constituye como el punto débil en la asunción de este objetivo.

Objetivo 4. Facilitar la conciencia de los problemas existentes en el núcleo familiar

El 89,7% de los profesionales señala que se facilita la toma de conciencia de los problemas existentes en el núcleo familiar, existiendo para ello tanto intervenciones individuales como grupales.

Analizando las puntuaciones de la escala de conflicto familiar del cuestionario FES podemos destacar las siguientes conclusiones:

- No existen diferencias significativas en el grado de conflictividad familiar en función del programa que sigue el usuario, ni de la fase de tratamiento en la que está.
- Tampoco se obtienen diferencias significativas en el grado de conflictividad en función del parentesco que el acompañante tiene con el usuario, aunque informan de mayor grado de conflictividad familiar las parejas de los usuarios que sus progenitores.
- Comparando el nivel de conflicto en función de otras variables se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grado de toma de conciencia de la existencia de otros problemas en el núcleo familiar y las puntuaciones en la escala de conflicto.
- Sí que se han obtenido diferencias en función del grado de mejora de la comunicación entre la persona en tratamiento y sus familiares ($F=1,522$; $p<0,05$), de manera que existe menor conflicto entre los que han mejorado totalmente la comunicación, que entre los que lo han hecho parcialmente o no han mejorado.
- También se ha hallado menor conflicto en las familias cuyos miembros han señalado haber mejorado totalmente la comunicación entre otros miembros de la familia, que en aquellos que dicen no haber mejorado dicha comunicación ($F=11,315$; $p<0,000$). De igual manera las familias en las que ha mejorado totalmente el manejo de límites y normas presentan puntuaciones inferiores en la escala de conflicto que las familias en las que no ha mejorado ($F=4,926$; $p<0,01$). No hay diferencias en el grado de conflictividad en función de la mejora del manejo de contingencias.

- Sí hay diferencias significativas cuando hablamos de la adquisición de estrategias de negociación por parte de los acompañantes, de manera que presentan puntuaciones significativamente mayores en conflicto aquellos familiares que dicen no haber mejorado las estrategias de negociación, que aquellos que afirman haberlas mejorado parcial o totalmente ($F=7,492$; $p<0,01$). Igualmente los familiares que manifiestan no haber mejorado su capacidad de gestionar emociones presentan puntuaciones significativamente mayores en la escala de conflicto familiar, que aquellos que dicen haber mejorado dicha capacidad parcial o totalmente ($F=6,264$; $p<0,01$). Para acabar señalar que existe mayor conflictividad en las familias que no han expresado mejora del grado de conflictividad familiar, que en aquellas que han experimentado una mejora total o parcial ($F=8,334$; $p<0,000$).

Algunas de las variables analizadas en relación al conflicto familiar aparecen entre las principales resistencias que, según los profesionales, presentan las familias a la hora de identificar los problemas existentes y que se exponen en la siguiente tabla:

(Ítem de respuesta múltiple)	% profesionales que señalan resistencia
Negación del problema	22,10%
Dificultad para verse parte del problema	19,20%
Dificultad para establecer límites	14,00%
Exceso de proteccionismo	12,20%
Falta de habilidades de comunicación y negociación	11,00%
Falta de implicación	11,00%
No asunción del rol de coterapeuta	9,30%
Dificultad para la gestión emocional	9,30%
Pocas habilidades para enfrentarse al problema	7,60%
Miedo al fracaso o a la recaída	5,80%

La coherencia y concordancia entre los datos obtenidos en la percepción de los acompañantes del grado de mejora de diferentes habilidades y capacidades y las puntuaciones en la escala del conflicto, del cuestionario FES pone de manifiesto que los profesionales facilitan la toma de conciencia de los problemas existentes en el núcleo familiar a las personas del entorno social de los usuarios.

Objetivo 5. Identificar la responsabilidad de cada miembro en los problemas existentes en el núcleo familiar

Según los directores de los programas con las intervenciones programadas se logra identificar la responsabilidad de todos los miembros de la familia en los problemas en el 89,7% de los casos.

A pesar de que existen intervenciones individuales y/o grupales encaminadas a identificar la responsabilidad de cada miembro de la familia en los problemas existentes en el núcleo familiar, un 39,5% de los profesionales considera que se logra bastante o mucho este objetivo. Y un 42,5% piensa que se logra en la medida justa. Un 18% manifiesta que los familiares apenas logran identificar su responsabilidad, si la tienen.

Por su parte los familiares se sienten bastante o muy apoyados en el proceso de identificación de sus responsabilidades en un 83,3% de los casos, un 14,5% manifiesta que se siente suficientemente apoyado y sólo un 2,2% dice sentirse poco apoyado.

Podemos afirmar que en la mayoría de los casos los familiares identifican su responsabilidad en los problemas existentes, aproximándose el porcentaje de los que apenas logran identificarla según los profesionales, al porcentaje correspondiente a la dificultad que tienen los familiares para verse parte del problema según los datos expuestos en el análisis del objetivo 4.

Objetivo 6. Apoyar el ajuste de los roles familiares

Según el 82,8% de los directores de los programas, existen intervenciones individuales y/o grupales para abordar el ajuste de los roles dentro de la familia. Por su parte el 82,7% de los familiares se sienten bastante o muy apoyados en dicho ajuste de las funciones en el núcleo familiar, y el 15,7% se sienten suficientemente apoyados. Por tanto, los datos indican que los profesionales logran la consecución de dicho objetivo.

Objetivo 7. Orientar y acompañar a la familia en la identificación de la propia dinámica familiar

El 86,2% de los directores manifiesta la existencia de intervenciones individuales y/o grupales para acompañar a la familia en la identificación de la propia dinámica familiar. El 84,2% de los familiares se siente bastante o muy orientados y acompañados en la identificación de su funcionamiento familiar, y el 14% se siente lo suficientemente orientado y acompañado. Se puede así confirmar el cumplimiento de este objetivo por parte de los profesionales.

Objetivo 8. Ofrecer información sobre el funcionamiento del programa y pautas de actuación que permita a las familias desarrollar el papel de apoyo en el proceso de las personas en tratamiento

Respecto a la información que reciben sobre el funcionamiento del programa y diferentes aspectos del mismo el 98,2% de profesionales indica que las familias reciben información suficiente sobre los objetivos del tratamiento, el 89,3% sobre la metodología, el 95,9% que, el 97% sobre los profesionales de referencia, y el 91,7% sobre la duración estimada del proceso. El 96,6% de los directores afirma que existen actividades programadas para facilitar a los acompañantes dicha información.

El 79% de los acompañantes ha recibido información suficiente sobre el funcionamiento del programa, y el 18,9% la ha recibido de manera parcial. Además los acompañantes manifiestan en el 87,3% de los casos que se les ha informado totalmente sobre las normas del centro, el 83,4% sobre los horarios de las actividades programadas. Sobre la duración estimada del proceso, indican haber sido totalmente informados el 64,4% de los acompañantes, y un 28,2% señala haber sido informado sólo parcialmente. Con relación a los datos de contacto para la resolución de dudas y consultas el 64,2% de los acompañantes considera haber sido informado sólo parcialmente y el 35,8% restante dice no haber sido informado.

Existe por tanto concordancia entre la percepción de los acompañantes y los profesionales en cuanto a la información proporcionada, exceptuando en lo relativo a la duración del proceso y los datos de contacto, aspectos en los que los acompañantes consideran que podrían ser mejor informados.

Respecto a las pautas de actuación que los acompañantes deben seguir con las personas en tratamiento el 93,1% de los directores afirma que existen intervenciones individuales y/o grupales para orientar a los acompañantes. Los profesionales señalan que las pautas que se indican a las familias son insuficientes en el 5,3% de los casos, el 37,9 % piensan que son suficientes y el 56,8 % de los mismos señalan que son bastantes o muy suficientes. Por su parte, el 80% de acompañantes piensa que la información sobre las pautas de actuación es totalmente suficiente y el 18% que la información es suficiente de manera parcial. Sólo un 2% dice no recibir información suficiente sobre dichas pautas de actuación. La percepción de la suficiencia de la información sobre pautas de actuación es independiente de los diferentes programas evaluados, y de las diferentes fases del tratamiento.

Objetivo 9. Facilitar a las familias información sobre el proceso de las personas en tratamiento

Sólo un 57,7% de los programas incluye en el consentimiento informado la opción de facilitar a las familias información sobre el proceso de las personas en tratamiento. Cuando se incluye la opción, ésta es admitida por una media del 97,42% de los usuarios.

Independientemente de que conste en el consentimiento informado, los profesionales consideran, en el 66,8% de los casos, que se proporciona bastante o mucha información a los familiares sobre el proceso del usuario, el 29% señala que la información es suficiente y un 4,2% piensa que se facilita poca información a los familiares. Percepción similar tienen los familiares, puesto que un 66,2% cree que recibe información suficiente sobre la evolución de su familiar en tratamiento, el 27,3% piensa que recibe esta información parcialmente y un 6,5% cree que la información que se le proporciona es insuficiente.

Objetivo 10. Formar para el acompañamiento en el proceso de las personas en tratamiento

En el 89,3% de los programas existen actividades destinadas a la formación de las familias para el acompañamiento en el proceso de las personas en tratamiento.

La siguiente tabla recoge las diferentes actividades programadas por los centros, así como el grado de participación de los acompañantes en las mismas, según la valoración de los profesionales:

	Nada-Poco	Lo suficiente	Bastante-Mucho	No se realiza
Grupo de comunicación o seguimiento	5,5%	17,6%	75,2%	1,8%
Entrevista familiar	4,2%	23,6%	71%	1,2%
Grupo o encuentro familiar	3,1%	29,9%	64,6%	2,4%
Seminario	12,1%	20%	62,4%	5,5%
Grupo o encuentro de pareja	2,5%	32,5%	61,9%	3,1%
Grupo de autoayuda	20,1%	18,3%	54,2%	7,3%
Genograma	17,2%	17,2%	51%	14,6%
Anamnesis o historia familiar	13,4%	21,2%	46,8%	18,6%

	Nada-Poco	Lo suficiente	Bastante-Mucho	No se realiza
Grupo o encuentro multifamiliar	3,3%	26,4%	45,8%	24,5%
Asambleas	24,8%	16,8%	32,3%	26,1%
Convivencias familias-usuarios	16,8%	16,1%	31,1%	36%
Contratos de conducta	18,2%	20,8%	27,2%	33,8%
Convivencias para familias	20,6%	17,5%	22,5%	39,4%
Escuela de padres y madres	20,1%	18,8%	22,1%	39%

Se puede apreciar que las actividades que cuentan con mayor participación de los acompañantes son las siguientes:

- Grupo de comunicación o seguimiento
- Entrevista familiar
- Grupo o encuentro familiar
- Seminario
- Grupo o encuentro de pareja

Al analizar el grado de participación en los datos de los acompañantes obtenemos las siguientes discrepancias con la información proporcionada por los profesionales:

- El 66,2% de acompañantes manifiesta participar en los grupos o encuentros familiares, mientras que los profesionales afirman que el 94,5% de acompañantes participan de dichos grupos lo suficiente, bastante o mucho.
- También participan en los grupos de parejas un 64% de las mismas, según informan éstas.
- Los profesionales valoran un grado de participación óptima del 94,4% de las parejas de usuarios. Los datos indican además que la participación en estos grupos es mayor en los acompañantes de usuarios de los programas base que en los acompañantes en los programas de apoyo o cocaína ($\chi^2=7,146$; $p<0,01$).

Respecto a la adecuación de la formación dirigida a las familias, el 9,5% de los profesionales piensa que es nada o poco adecuada, el 32,7% piensa que es lo suficientemente adecuada y el 57,8% cree que es bastante o muy adecuada.

Éstos informan además de las principales necesidades formativas no cubiertas desde los programas en las familias entre las que destacan las habilidades sociales y de comunicación, estrategias de negociación, gestión emocional, manejo de contingencias y farmacología de las adicciones. Por su parte los familiares querrían recibir formación para mejorar sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento de la situación y sus conocimientos sobre el problema de drogadicción.

Objetivo 11. Fomentar la comunicación asertiva entre los miembros de la familia

El 96,3% de los directores afirman que existen actividades destinadas a fomentar la comunicación afectiva entre los miembros de la familia.

Los acompañantes de los usuarios afirman que ha mejorado la comunicación con éstos parcial o totalmente en más del 95% de los casos. Informan que esta mejora se ha producido totalmente en un mayor porcentaje de acompañantes de tercera fase, que de segunda y de primera (éstos son los que informan en menor porcentaje de mejora total) ($\chi^2=10,112$; $p<0,05$).

No existen diferencias entre los acompañantes de los usuarios de las diferentes fases en cuanto al grado de mejora de la comunicación con otros miembros de la familia.

Tampoco se obtienen diferencias, en función de las fases, en el grado en que las personas se conceden a sí mismas los derechos asertivos básicos (autoasertividad) ni en el grado en que las personas consideran que los demás tienen los derechos asertivos básicos (heteroasertividad).

Se han hallado diferencias significativas en las puntuaciones en autoasertividad en función del sexo de los acompañantes, siendo superior la media de los hombres que la de las mujeres ($t=2,442$; $p<0,05$). Por otro lado, las parejas puntúan más alto en heteroasertividad que los progenitores ($t=4,060$; $p<0,000$).

El 3,7% de los profesionales consideran que menos de una cuarta parte de los acompañantes consiguen cambios en el estilo comunicacional, el 12,8% expone que consiguen cambios entre un cuarto y la mitad de los acompañantes, el 57,3% de profesionales piensa que cambian el estilo comunicacional entre el 50% y el 75% de los acompañantes, y el 26,2% de los profesionales cree que más del 75% de acompañantes realiza cambios en el estilo comunicacional. No existen diferencias en esta percepción del cambio en función de la fase de tratamiento ni del programa donde trabajan dichos profesionales.

De igual manera el 3% de los profesionales señala que consiguen nuevas habilidades en el estilo comunicacional menos de una cuarta parte de los acompañantes, el 15,7% piensa que logran aprender nuevas habilidades entre una cuarta parte y la mitad de los acompañantes, el 58,4% considera que aprenden nuevas habilidades en el estilo comunicacional entre el 50% y el 75% de los acompañantes, y un 22,9% cree que estas habilidades las consiguen más del 75% de los acompañantes. Tampoco existen diferencias entre los porcentajes señalados en función del programa o fase de trabajo de los profesionales.

Las familias afirman que mejora la comunicación con el usuario, siendo esta mejora más destacable en las últimas fases del tratamiento. Por otro lado, la percepción de los profesionales, manifiesta la necesidad de mejorar el estilo comunicacional y las habilidades comunicativas en un porcentaje alto de familias coincidiendo esta necesidad con las necesidades formativas expuestas por los propios profesionales y acompañantes, ya comentadas en párrafos anteriores.

Objetivo 12. Dotar a la familia de herramientas educativas para la resolución de conflictos y dificultades a través de la adquisición y/o desarrollo de habilidades socioeducativas

Solamente el 29,6% de los directores indica que en su programa existe metodología documentada sobre el diagnóstico y evaluación de las habilidades de la resolución de conflictos y dificultades. También el 34,6% afirma que existe metodología documentada de actividades que ayuden a las familias a adquirir habilidades socioeducativas (tipo "escuela de padres y madres").

El 51,4% de los profesionales opina que se favorece bastante o mucho la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos en el núcleo familiar, el 34,3% piensa que se favorece lo suficiente y el 14,2% considera que se favorece poco o nada.

Los acompañantes señalan que realizan actividades totalmente suficientes para ayudarles en la adquisición y/o mejora de habilidades para la resolución de conflictos y dificultades en un 63,3% de los casos, el 33,1% indica que las actividades son parcialmente suficientes, y sólo un 3,6% cree que las actividades son insuficientes.

Considera haber trabajado habilidades para la resolución de conflictos en el núcleo familiar, bastante o mucho, el 66,2% de los acompañantes, el 25,4% piensa que las han trabajado en la medida suficiente y el 8,4% restante cree que las han trabajado nada o poco. Manifiestan en mayor porcentaje haber trabajado estas habilidades los acompañantes de usuarios en la última fase de tratamiento en los dos programas evaluados ($\chi^2=17,591$; $p<0,001$).

Respecto a las habilidades encaminadas a la mejora de la comunicación familiar, el 72,1% de acompañantes piensa haberlas trabajado bastante o mucho, el 21,6% cree haberlas trabajado lo suficiente y el 6,2% dice haberlas trabajado nada o poco. Al igual que en el caso anterior, el mayor porcentaje de acompañantes que manifiestan haber trabajado estas habilidades bastante o mucho son los de la última fase de tratamiento en ambos programas ($\chi^2=12,281$; $p<0,05$).

A modo de conclusión, podemos establecer que se logra dotar a las familias de las herramientas para la resolución de conflictos, percibiendo las familias de los usuarios de la última fase de tratamiento, haber trabajado en mayor medida dichas habilidades que las familias de los usuarios en primera y segunda fase de tratamiento.

También resaltar la necesidad, en gran parte de los centros, de documentar la metodología empleada para el diagnóstico y evaluación de las habilidades de la resolución de conflictos y dificultades, así como de las actividades dirigidas a la adquisición de habilidades socioeducativas.

Objetivo 13. Desdramatizar y redimensionar la visión familiar sobre la problemática presentada

Según el 62,9% de los profesionales, se emprenden bastantes o muchas acciones dirigidas a desdramatizar y redimensionar el problema, el 29,3% considera que las acciones que se lleva a cabo son suficientes y el 7,8% cree que se realizan pocas acciones con dicho objetivo.

Por su parte los familiares consideran en un 69,8% que han tomado bastante o mucha conciencia de la existencia de otras problemáticas en la familia, el 20% piensa que han tomado conciencia suficiente y un 10,2% considera que han tomado nada o poca conciencia de la existencia de otros problemas en el núcleo familiar.

Se puede concluir, que se logra que los acompañantes desdramaticen y redimensionen la visión familiar sobre la problemática presentada, sin haberse encontrado diferencias en el grado de consecución de este objetivo, en función del programa, fase o parentesco con la persona en tratamiento.

Objetivo 14. Crear espacios de encuentro y participación entre la familia, los usuarios y los profesionales.

El 74,1% de los directores de los programas afirman que existen actividades dirigidas a fomentar el encuentro y la participación entre la familia, los usuarios y los profesionales.

Destaca entre las actividades de encuentro la entrevista conjunta de familia, usuarios y profesionales. El 88,8% de los acompañantes afirma haber mantenido alguna de estas entrevistas durante el tratamiento.

Objetivo 15. Generar un ambiente de autoayuda que permita a la familia expresar voluntariamente sus vivencias y conflictos familiares

El 81,2% de los profesionales considera que se genera, bastante o mucho, un ambiente de autoayuda que permite a la familia expresar sus vivencias y conflictos, el 15,3% piensa que este ambiente se genera en medida suficiente y sólo el 3,5% cree que se genera poco ambiente de autoayuda.

Por otro lado, el 86,7% de los acompañantes piensa que en el programa se promueve totalmente un ambiente de autoayuda, el 12,8% piensa que se promueve parcialmente y el 0,5% piensa que no se promueve.

Así se observa concordancia entre la percepción de los profesionales y los acompañantes del grado de cumplimiento de este objetivo.

Objetivo 16. Fomentar la comunicación familia-equipo terapéutico

De los instrumentos principales para la comunicación entre los acompañantes y el equipo terapéutico destaca la entrevista familiar, que se mantiene al menos una vez al mes en el 79,6% de los casos, según informan los profesionales.

Existen diferencias significativas en función de la fase de tratamiento ($\chi^2=8,535$; $p<0,05$), siendo mayor el porcentaje de profesionales de la primera fase que declaran mantener al menos una entrevista al mes con los acompañantes. Este porcentaje va disminuyendo progresivamente en las fases posteriores. Lo que concuerda con la desvinculación progresiva del tratamiento en las últimas fases.

El 64,7% de los profesionales declara que la comunicación entre la familia y el equipo terapéutico es bastante o muy suficiente, el 28,7% cree que es suficiente y el 6,6% opina que es insuficiente.

Por otro lado el 86,4% de los acompañantes asegura mantener contacto con el terapeuta de referencia al menos una vez al mes. Se observa además que la frecuencia del contacto es mayor en la primera fase de tratamiento decreciendo de forma progresiva en las fases posteriores ($\chi^2=36,111$; $p<0,000$).

Respecto a la adecuación de la comunicación entre la familia y el equipo terapéutico, el 65,5% de los profesionales sostiene que la comunicación es bastante o muy adecuada, el 29,2% que es suficientemente adecuada y el 5,3% que es muy adecuada.

Los acompañantes consideran que la comunicación con los profesionales es totalmente adecuada en el 74,2% de los casos, el 23,5% la considera parcialmente adecuada y el 2,4% no la considera adecuada. Los acompañantes de usuarios de los programas de apoyo valoran mejor la adecuación de la comunicación con los profesionales que los de los programas base ($\chi^2=8,247$; $p<0,005$). Además los acompañantes de usuarios en últimas fases de tratamiento valoran también como más adecuada la comunicación con el equipo que los de primera fase ($\chi^2=9,966$; $p<0,05$).

Objetivo 17. Estimular la relación familiar a través de la propuesta de actividades conjuntas familia-persona en tratamiento (origen y propia)

El 89,7% de los directores de los programas sostienen que existen intervenciones dirigidas a estimular actividades conjuntas entre los acompañantes y las personas en tratamiento. El 60% de los profesionales opina que se estimula, bastante o mucho, la relación familiar a través de la propuesta de actividades conjuntas, el 31,5% piensa que se estimula lo suficiente y el 8,5% opina que se estimula poco.

Según los acompañantes, los profesionales animan totalmente a realizar actividades conjuntas en un 64,5% de los casos, el 25,7% de los profesionales animan parcialmente, y sólo el 9,8% de los mismos no animan a participar en estas actividades. Existen diferencias en la percepción de los acompañantes siendo los de los programas de apoyo o cocaína los que en mayor medida informan de ser poco animados a la participación en actividades conjuntas ($\chi^2=11,697$; $p<0,01$).

Objetivo 18. Acompañar y verificar la integración de los cambios realizados por parte de la familia

Según los directores sólo en un 36% de los programas existe una metodología documentada para la valoración de los cambios realizados por parte de la familia.

Respecto al acompañamiento y verificación del grado de integración de los cambios por parte de la familia a lo largo del proceso, un 61,1% de los profesionales afirma que se logra bastante o mucho, un 29,9% que se logra lo suficiente y un 9% que se logra poco.

Como se ha señalado en párrafos precedentes, el 82,7% de familiares se sienten acompañados en el reajuste de sus funciones dentro del núcleo familiar, el 83,3% siente que se les apoya en el proceso de identificación de sus responsabilidades y el 84,2% siente que les orientan y acompañan en la toma de conciencia de la dinámica y funcionamiento familiar.

Además el 74,3% afirma que los profesionales les ayudan totalmente a asimilar de modo constructivo los cambios en la familia, el 23% piensa que se ayuda parcialmente y sólo el 2,7% afirma que no se les ayuda.

Objetivo 19. Favorecer la desvinculación progresiva del programa

El 92,3% de directores afirma que se disminuye el tiempo de contacto con el centro, tanto de las personas en tratamiento como de las personas de su entorno familiar en las últimas fases del programa. Además el 85,2% asegura que se reduce el número de actividades programadas para familiares en las últimas fases.

Por su parte el 53,4% de profesionales considera bastante o muy adecuado el proceso de desvinculación del programa por parte de los acompañantes de los usuarios, el 38,2% lo considera suficientemente adecuado y el 8,5% poco adecuado.

Confirma esta información los datos de los acompañantes referentes a la periodicidad del contacto con los profesionales, que iba disminuyendo progresivamente desde la primera a la última fase del programa.

Objetivos de los acompañantes

Objetivo 1. Aceptar la participación activa en el proceso educativo-terapéutico de las personas en tratamiento

Uno de los criterios utilizados en la evaluación de este objetivo consiste en que el 100% de las familias que desean implicarse en el proceso, firman el contrato/acuerdo de tratamiento.

De los datos, se desprende que en el 64% de los programas, se cumple este objetivo, que en un 28% de los programas firman el contrato más del 80% de las familias y que en un 12% de programas lo firma la mitad o menos de las familias.

El 79,1% de los acompañantes afirman firmar el contrato terapéutico con los derechos y responsabilidades de las partes implicadas.

Entre las razones que pueden explicar que no se alcance el 100% establecido, podemos destacar el hecho de que personas de distinto parentesco con el usuario (progenitores, pareja, tíos, amigos, hermanos, etc.) pueden haber contestado el cuestionario y no todos haber firmado el contrato. De hecho, las personas que habitualmente firman el contrato son los progenitores y/o las parejas por las que no se alcanza el 100% deseado en las respuestas, puesto que progenitores y parejas representan el 81,2% de la muestra de acompañantes.

Se le entrega copia del contrato terapéutico al 50,9% de los acompañantes.

Respecto al grado de participación de los acompañantes, en el 80,8% de los programas evaluados, estos participan en alguna de las actividades programadas para ellos al menos un 75% de los mismos, y en el 19,2% de los programas restantes participan al menos la mitad de acompañantes.

Objetivo 2. Redimensionar su visión sobre la problemática existente

Como se ha señalado en párrafos anteriores, el 62,9% de los profesionales afirman que se emprenden bastantes o muchas acciones dirigidas a desdramatizar y redimensionar la problemática familiar, el 29,3% señala que se emprenden acciones suficientes y el 7,8% indica que no se emprenden suficientes acciones.

El hecho de que los familiares y acompañantes tomen conciencia de que en el núcleo familiar existen otros problemas diferentes al de la drogadicción de alguno de sus miembros, así como que el problema de la adicción es de naturaleza multidimensional, se constituye como un indicador de la redimensión de su visión sobre la problemática que existe. Ya se ha expuesto anteriormente que los familiares consideran en un 69,8% que han tomado bastante o mucha conciencia de la existencia de otras problemáticas en la familia, el 20% piensa que han tomado conciencia suficiente y un 10,2% considera que han tomado nada o poca conciencia de la existencia de otros problemas en el núcleo familiar.

Las personas que han tomado bastante o mucha conciencia de la existencia de otras problemáticas en la familia, son más jóvenes que las que han expresado que han tomado conciencia suficiente ($F=3,55$; $p<0,05$).

Objetivo 3. Realizar los cambios necesarios en la dinámica de funcionamiento familiar

Previa a la realización de los cambios, las personas del entorno familiar de los usuarios deben identificar la necesidad de hacerlo. Solamente el 16,6% de los profesionales señala que en su fase o programa de trabajo identifican dicha necesidad más del 75% de los acompañantes, el 44,8% restante señala que identifican la necesidad de introducir cambios en la dinámica familiar entre la mitad y el 75% de los acompañantes y el 38,6% restante indica que la identifican menos de la mitad de los acompañantes. No se han hallado diferencias significativas en los porcentajes en función del programa o fase de trabajo de los profesionales, ni en función del tipo de profesional de los mismos (contratado - no contratado).

La siguiente tabla muestra el porcentaje de familias que **manifiestan haber realizado cambios** en las diferentes variables según los profesionales. En la fila superior se indican los porcentajes señalados por los profesionales y en las diferentes casillas el porcentaje de profesionales que ha señalado cada una de las opciones:

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%
Estilo comunicacional	3,7%	12,8%	57,3%	26,2%
Establecimiento de normas y límites	4,9%	15,2%	54,9%	25%
Manejo de contingencias	6,3%	34,6%	50,3%	8,8%
Estrategias de negociación	6,1%	33,5%	50%	10,4%
Gestión emocional	7,9%	33,9%	49,1%	9,1%

De la misma manera se presenta el porcentaje de familias que según los profesionales **manifiestan haber adquirido nuevas habilidades** en dichas variables:

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%
Estilo comunicacional	3%	15,7%	58,4%	22,9%
Establecimiento de normas y límites	2,4%	16,3%	56,6%	24,7%
Manejo de contingencias	5,8%	27%	55,3%	11,9%
Estrategias de negociación	3,1%	30,7%	51,5%	14,7%
Gestión emocional	8,7%	22,8%	54,9%	13,6%

Preguntados los acompañantes sobre el grado de mejora experimentado en los aspectos anteriormente evaluados por los profesionales, se obtienen los siguientes resultados:

	no ha mejorado	ha mejorado parcialmente	ha mejorado totalmente
Estilo comunicacional	3,65%	36,6%	59,75%
Establecimiento de normas y límites	2,1%	38%	59,9%
Manejo de contingencias	3,1%	37,65%	59,25%
Estrategias de negociación	5,5%	49,6%	44,9%
Gestión emocional	7,4%	48,6%	44%

Respecto al estilo comunicacional, el porcentaje de acompañantes que aseguran haber mejorado totalmente la comunicación con el usuario, es mayor a medida que avanza la fase de tratamiento ($\chi^2=10,112$; $p<0,05$). En la comunicación con otros miembros de la familia no se han hallado diferencias en el grado de mejora en función de la fase de tratamiento en la que se encuentra el usuario, pero los progenitores informan en mayor porcentaje de una mejora total que las parejas ($\chi^2=16,116$; $p<0,000$).

En relación con el grado de mejora del manejo de límites y normas también informan de mejora total en mayor porcentaje los acompañantes de usuarios a medida que avanzan las fases de tratamiento ($\chi^2=10,808$; $p<0,05$).

También existen diferencias en el grado de mejora de las consecuencias frente al cumplimiento de normas por parte de los usuarios, de manera que los acompañantes de usuarios de tercera fase informan de mejora total en mayor porcentaje que los acompañantes de usuarios de las fases anteriores ($\chi^2=9,988$; $p<0,05$).

Objetivo 4. Aprender nuevos recursos y habilidades socioeducativas que mejoren la dinámica familiar

El 95,5% de los acompañantes señala que, desde el inicio del tratamiento, ha disminuido la conflictividad familiar parcial o totalmente (42,7 % y 52,8% respectivamente). Informan de mayor grado de disminución del conflicto familiar los acompañantes de usuarios en segunda y tercera fase de tratamiento, que los de la primera fase ($\chi^2=10,024$; $p<0,05$).

Los profesionales afirman que en un 34,4% de los programas y/o fases ha disminuido la conflictividad familiar en más del 75% de familias, y en un 49,7% de las fases y/o programas ha disminuido entre un 50% y 75% de familias.

Además, el porcentaje de familias que, según los profesionales, manifiestan haber adquirido nuevas habilidades en las diferentes variables analizadas, se recogen en la tabla siguiente:

	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%
Estilo comunicacional	3%	15,7%	58,4%	22,9%
Establecimiento de normas y límites	2,4%	16,3%	56,6%	24,7%
Manejo de contingencias	5,8%	27%	55,3%	11,9%
Estrategias de negociación	3,1%	30,7%	51,5%	14,7%
Gestión emocional	8,7%	22,8%	54,9%	13,6%

Objetivo 5. Realizar actividades conjuntas entre personas en tratamiento y familia (de origen y propia)

Según el 90,2% de los acompañantes los profesionales animan totalmente o parcialmente (64,5 % y 25,7% respectivamente) a realizar actividades conjuntas entre las personas en tratamiento y las familias. Existen diferencias en la percepción de los acompañantes siendo los de los programas de apoyo o cocaína los que en mayor medida informan de ser poco animados a la participación en actividades conjuntas ($\chi^2=11,697$; $p<0,01$).

Objetivo 6. Participar activamente en las actividades, grupos, entrevistas, etc., organizadas por el programa

La información sobre el grado de participación de los acompañantes de los usuarios en las actividades programadas, se ha recogido en la evaluación del objetivo 10 de los profesionales. En ella se destacaba que la mayor participación de los familiares, según informaban los profesionales, se producía en:

- Grupo de comunicación o seguimiento
- Entrevista familiar
- Grupo o encuentro familiar
- Seminario
- Grupo o encuentro de pareja

También se analizaba el grado de participación informado por los acompañantes, coincidiendo con la percepción de los profesionales en general, pero con las especificaciones ya señaladas:

- El 66,2% de acompañantes manifiesta participar en los grupos o encuentros familiares. Los profesionales afirman que el 94,5% de acompañantes participan de dichos grupos lo suficiente, bastante o mucho.
- También participan en los grupos de parejas un 64% de las mismas, según informan éstas, mientras que los profesionales valoran un grado de participación óptima del 94,4% de las parejas de usuarios. Los datos indican además que la participación en estos grupos es mayor en los acompañantes de usuarios de los programas base que en los acompañantes en los programas de apoyo o cocaína ($\chi^2=7,146$; $p<0,01$).

Objetivo 7. Facilitar el proceso de autonomía del usuario

En el 93,1% de los programas se realizan actividades para que las familias aprendan a facilitar la autonomía de los usuarios.

El 33,8% de los acompañantes afirma que favorece totalmente la toma de decisiones por parte del usuario, lo hacen de manera parcial el 57,4% y no lo hace el 8,8%. El porcentaje de familiares que favorece la toma de decisiones de los usuarios va aumentando, en función de la fase en la que éstos están en tratamiento ($\chi^2=40,290$; $p<0,000$).

De igual manera, los familiares aseguran que respetan totalmente el ámbito de las relaciones que mantiene el usuario en un 49,5% de los casos, lo hacen parcialmente el 57,4% y no lo respetan en un 8,8% de los casos. Al igual que en el caso anterior, el grado en el que los acompañantes respetan las relaciones sociales que mantiene el usuario es mayor cuanto más avanzado está el usuario en el tratamiento ($\chi^2=27,195$; $p<0,000$).

Los familiares que animan y potencian la independencia del usuario en su totalidad representan el 48,7%, lo hace de manera parcial el 44,3% de los acompañantes y no lo hace el 7%. También en este caso el grado en que los familiares animan y potencian la independencia de los usuarios es mayor a medida que los usuarios avanzan en la fase de tratamiento ($\chi^2=26,562$; $p<0,000$).

Objetivo 8. Desarrollar mecanismos funcionales de afrontamiento de conflictos en el núcleo familiar

Los criterios utilizados para valorar el nivel de cumplimiento de este objetivo ya se han comentado en objetivos anteriores.

Recordamos así que el 95,5% de los acompañantes señala que, desde el inicio del tratamiento, ha disminuido la conflictividad familiar parcial totalmente (42,7 % y 52,8% respectivamente). Informan de mayor grado de disminución del conflicto familiar los acompañantes de usuarios en segunda y tercera fase de tratamiento, que los de la primera fase ($\chi^2=10,024$; $p<0,05$).

Además, en todas las variables que corresponden a mecanismos para afrontar funcionalmente los conflictos, se observa que más del 75% de los acompañantes indica haberlas mejorado parcial o totalmente:

	no ha mejorado	ha mejorado parcialmente	ha mejorado totalmente
Estilo comunicacional	3,65%	36,6%	59,75%
Establecimiento de normas y límites	2,1%	38%	59,9%
Manejo de contingencias	3,1%	37,65%	59,25%
Estrategias de negociación	5,5%	49,6%	44,9%
Gestión emocional	7,4%	48,6%	44%

Se recuerdan los principales hallazgos respecto a los diferentes aspectos evaluados:

- Respecto al estilo comunicacional el porcentaje de acompañantes que aseguran haber mejorado totalmente la comunicación con el usuario, es mayor a medida que avanza la fase de tratamiento ($\chi^2=10,112$; $p<0,05$). En la comunicación con otros miembros de la familia no se han hallado diferencias en el grado de mejora en función de la fase de tratamiento en la que se encuentra el usuario, pero los progenitores informan en mayor porcentaje de una mejora total que las parejas ($\chi^2=16,116$; $p<0,000$).
- En relación con el grado de mejora del manejo de límites y normas también informan de mejora total, en mayor porcentaje, los acompañantes

de usuarios a medida que avanzan las fases de tratamiento ($\chi^2=10,808$; $p<0,05$).

- También existen diferencias en el grado de mejora de las consecuencias frente al cumplimiento de normas por parte de los usuarios, de manera que los acompañantes de usuarios de tercera fase informan de mejora total en mayor porcentaje que los acompañantes de usuarios de las fases anteriores ($\chi^2=9,988$; $p<0,05$).

Objetivo 9. Mejorar la comunicación intergeneracional y de la pareja, cuando exista

El estilo comunicacional entre las personas en tratamiento y sus familias mejora totalmente en un 64,3% de los casos, según informan los acompañantes, la mejora es parcial para el 33,7% de acompañantes y un 2% piensa que no se ha producido mejora. Ya se ha señalado que el grado de mejora es mayor a medida que avanza la fase de tratamiento ($\chi^2=10,112$; $p<0,05$).

De igual modo mejora totalmente la comunicación con otros miembros de la familia el 55,2% de acompañantes, lo hace parcialmente el 39,5% y un 5,3% no mejora. En este caso, los progenitores son los que informan en mayor porcentaje que las parejas, de una mejora total de la comunicación ($\chi^2=16,116$; $p<0,000$).

Objetivo 10. Identificar y trabajar los factores de riesgo y protección del propio núcleo familiar

Un 55% de los acompañantes identifica al menos un factor de riesgo en el núcleo familiar, y un 55,5% identifica al menos un factor de protección frente al consumo de drogas. Entre los factores de riesgo destacamos aquellos que han sido identificados por, al menos un 10% del total de acompañantes que han identificado alguno de los factores:

	% de respuestas entre los que han identificado algún factor de riesgo
Falta de comunicación	59,3%
Falta de colaboración	22,7%
Falta de sentido familiar	22%
Desconfianza	19,9%
Falta de tolerancia y/o respeto	15,5%
Permisividad	10,7%
Falta de tiempo para compartir	10%

Entre los factores de protección que han identificado los acompañantes se exponen también, aquellos que han identificado al menos un 10% de los acompañantes que escribieron alguna respuesta:

	% de respuestas entre los que han identificado algún factor de protección
Unión	44,40%
Cariño	37,70%
Ayuda	33,00%
Respeto	21,50%
Comunicación	18,50%
Amor	16,90%
Voluntad/constancia	15,20%
Confianza	14,20%

Los datos indican que los principales factores de riesgo identificados por al menos uno de cada cinco acompañantes son la falta de comunicación, la falta de colaboración y la falta de sentido familiar. Entre los factores de protección destaca la unión, el cariño, la ayuda mutua y el respeto a los demás.

Objetivo 11. Integrar la dinámica de autoayuda como estilo relacional

Para la evaluación de este objetivo se analizan las respuestas de los acompañantes a los ítems 1, 5, 11, 16, 21, 23, 25 y 26 de la escala de clima social familiar (FES). Se presenta el porcentaje de familiares que contestan con la opción "verdadero" en cada uno de ellos.

En mi familia nos apoyamos y ayudamos realmente unos a otros	91,80%
En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos	80,50%
En casa comentamos nuestros problemas personales	75,30%
Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras	89,60%
Si en la familia hay desacuerdo, nos esforzamos para mantener la paz	85,70%
Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos	67,90%
En mi familia se presta mucha atención y tiempo a cada uno de nosotros	64,10%
En mi familia expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo	78,60%

En todos los ítems el porcentaje supera el 75%, exceptuando el cuidado que se tiene con lo que se dice y la atención y el tiempo que se dedican. Estos datos concuerdan con los expresados al identificar factores de riesgo, apareciendo la falta de comunicación y la falta de tiempo para compartir entre los señalados por los acompañantes. Aún así se puede establecer que se logra integrar la dinámica de autoayuda como estilo relacional.

Al analizar las puntuaciones totales al conjunto de ítems se han obtenido diferencias significativas entre las puntuaciones de los acompañantes de usuarios de tercera fase y las de los acompañantes de usuarios de primera fase, de manera que la puntuación media es superior en los primeros ($F=4,857$; $p<0,01$). Así concluimos que las familias de las personas de la última fase de tratamiento integran en mayor grado la dinámica de autoayuda como estilo relacional, que las familias de las personas en primera fase de tratamiento.

3.3. RESULTADOS DE LA PERTINENCIA

Criterio 1. Se contemplan las necesidades de las familias en la elaboración del plan de tratamiento de las personas en tratamiento

El 87,6% de los profesionales afirma que en el plan de intervención del usuario constan los objetivos del trabajo con familias.

Además, el 66% afirma que dichos objetivos son bastante o muy adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares, el 26,1% piensa que los objetivos son suficientemente adecuados y el 7,9% restante considera que los objetivos son poco adecuados para promover los cambios.

Por su parte, el 96% de familiares indica que el equipo y ellos están muy de acuerdo o de acuerdo (43,5 % y 52,6 % respectivamente) en cuáles deben ser los objetivos de tratamiento y el 95,6% afirma que el tratamiento que está siguiendo es muy adecuado (41,5%) o adecuado (54,1%) para cubrir sus necesidades.

Por tanto, podemos concluir que, en general, se contemplan las necesidades de las familias cuando se elabora el plan de tratamiento de los usuarios, pero que deberían incluirse los objetivos de trabajo con familias en todos los planes de intervención.

Criterio 2. El trabajo con las familias responde a la demanda inicial de tratamiento

En el criterio anterior ya hemos señalado que el 95,6% de acompañantes considera que el programa de tratamiento es muy adecuado o adecuado para satisfacer sus necesidades terapéuticas. Del mismo modo el 97% afirma estar muy de acuerdo (48,8%) o de acuerdo (48,2%) con el hecho de estar recibiendo la ayuda que buscaba.

El 90,6% de acompañantes afirma además, haber encontrado, en general (39,7%) o totalmente (50,9%), la clase de servicio que buscaba y el 95%

considera que el programa está satisfaciendo sus necesidades totalmente (51,7%) o en general (43,3%).

Criterio 3. La metodología del programa facilita la integración de las familias en los procesos terapéuticos

Para establecer el grado en que los programas facilitan la integración de los acompañantes en los procesos terapéuticos se valoran una serie de aspectos, siendo el primero de ellos la compatibilidad horaria. Según los profesionales existe bastante o mucha compatibilidad entre los horarios del centro y las obligaciones de los acompañantes en un 63,9% de los casos, en un 27,7% informan de que existe suficiente flexibilidad para poder compatibilizar los horarios y el 8,4% indica que existe nada o poca flexibilidad horaria.

Por su parte, el 60,9% de acompañantes afirma que el horario de atención del centro se adapta totalmente a su realidad social y laboral, el 33,7% piensa que el horario se adapta sólo parcialmente y el 5,4% afirma que el horario no se adapta a su realidad.

Son los acompañantes de usuarios de los programas base los que manifiestan que los horarios se adaptan peor a su realidad social y laboral ($\chi^2=16,582$; $p<0,000$). La edad media de los acompañantes que manifiestan que el horario se adapta totalmente a su realidad es superior a la edad media de los que dicen que el horario se adapta parcialmente o no se adapta ($F=10,231$; $p<0,000$).

Respecto a otros aspectos analizados en función de las respuestas de los profesionales éstos indican, el grado de flexibilidad, que queda recogido en la siguiente tabla:

	Nada-Poco	Lo suficiente	Bastante-Mucho
Pautas de intervención	6,60%	25,70%	67,70%
Frecuencia de la asistencia	10,30%	30,70%	59,00%
Obligatoriedad de la asistencia	10,10%	35,10%	54,80%
Grado de exigencia de participación	7,10%	33,30%	59,60%

No existen diferencias entre los programas ni las fases de tratamiento en el grado de flexibilidad en las diferentes áreas. Se observa como en todas se alcanza la flexibilidad suficiente en más del 75% de programas y fases.

Criterio 4. Los objetivos de tratamiento son los adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares

Como se ha indicado en la evaluación del primer criterio de pertinencia, el 66% de profesionales afirma que los objetivos del trabajo con familias son bastante o muy adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares, el 26,1% piensa que son suficientemente adecuados y el 7,9% restante considera que son poco adecuados para promover los cambios.

Por su parte, el 96% de familiares indica que están muy de acuerdo (43,5%) o de acuerdo (52,6%) en los objetivos de tratamiento que les plantean desde el programa.

Podemos decir, que tanto los profesionales como los acompañantes de las personas en tratamiento consideran que los objetivos de tratamiento son adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares.

Criterio 5. Los instrumentos utilizados son útiles para el trabajo sobre cada uno de los objetivos de tratamiento

Han contestado sobre la utilidad de los diferentes instrumentos utilizados en el trabajo con familias tanto los profesionales como los acompañantes de las personas en tratamiento. Sus respuestas se exponen en las tablas siguientes:

Utilidad según profesionales	% de utilidad según los profesionales que utilizan los instrumentos		No se realiza
	Nada o poco útil	Bastante o muy útil	
Genograma	14,5%	85,5%	16,6%
Grupos de comunicación o seguimiento	2,5%	97,5%	2,5%
Grupos de autoayuda	7,4%	92,6%	9,2%
Entrevistas familiares	-	100%	-
Seminarios formativos o informativos	3,8%	96,2%	6,7%
Asambleas	22,2%	77,8%	32,5%
Grupos o encuentros unifamiliares	1,3%	98,7%	4,3%
Grupos o encuentros multifamiliares	4,2%	95,8%	26,1%
Grupos o encuentros de pareja	1,3%	98,7%	3,1%
Convivencias familias-usuarios	15,6%	84,4%	38,2%
Convivencias familias	18,5%	81,5%	44,3%
Anamnesis	8,5%	91,5%	20,9%
Contratos de conducta	14,5%	85,5%	38,6%

No existen diferencias entre la valoración de la utilidad de los instrumentos en función de los programas o fases de tratamiento, exceptuando el genograma, que es valorado como más útil por los profesionales que trabajan en los programas base ($\chi^2=3,998$; $p<0,05$).

Tampoco existen diferencias en la utilización de los instrumentos en función del programa, exceptuando los contratos de conducta, que son utilizados en mayor proporción en los programas base ($\chi^2=7,291$; $p<0,01$).

Utilidad según acompañantes	Nada o poco útil	Bastante o muy útil
Genograma	2,1%	97,9%
Grupos de comunicación o seguimiento	1%	99%
Grupos de autoayuda	3,4%	96,6%
Entrevistas familiares	1,8%	98,2%
Seminarios formativos o informativos	0,3%	99,7%
Asambleas	3%	97%
Grupos o encuentros unifamiliares	2,8%	97,2%
Grupos o encuentros multifamiliares	3,4%	96,6%
Grupos o encuentros de pareja	3,3%	96,7%
Convivencias familias-usuarios	3,8%	96,2%
Convivencias familias	11,5%	89,5%
Anamnesis	2,9%	97,1%
Contratos de conducta	8%	92%

Las tablas muestran que los profesionales y acompañantes valoran todos los instrumentos terapéutico-educativos como útiles para el trabajo sobre cada uno de los objetivos de tratamiento pero existen instrumentos que no son utilizados en parte de los programas, lo que nos plantearía la necesidad de valorar las razones de fondo.

Criterio 6. La duración establecida es la adecuada para conseguir los cambios previstos en el Plan de Tratamiento de acuerdo al tipo de programa

Los profesionales consideran que la duración del programa es bastante o muy adecuada en el 62,6% de los casos, piensan que es suficientemente adecuada el 28,8% y el 8,6% cree que la duración del programa es poco adecuada.

Casi la totalidad de acompañantes (93,4%) expone estar muy de acuerdo o de acuerdo en la suficiencia del tiempo del que han dispuesto para expresar sus problemas a los miembros del equipo terapéutico. El 6,7% se considera

en desacuerdo o muy en desacuerdo con la adecuación del tiempo para conseguir expresar sus problemas al equipo.

Criterio 7. Los programas responden a las líneas de actuación marcadas por el Plan Nacional de Drogas y por el Plan Estratégico de la Asociación Nacional de Proyecto Hombre

En la introducción al informe y el anterior trabajo de evaluación del diseño del trabajo con familias de los centros de la Asociación Proyecto Hombre, se ha puesto de manifiesto que el trabajo con familias en dichos centros se adecúa a las líneas de actuación prioritarias del Plan Estratégico de la Asociación Nacional Proyecto Hombre. Además el trabajo con familias se adecua a las líneas de actuación prioritarias del Plan Nacional sobre Drogas.

3.4. RESULTADOS DE LA COBERTURA

Criterio 1. La demanda de tratamiento de las familias no supera la capacidad de atención del programa

El 41,2% de los directores expone que el 100% de las demandas de tratamiento por parte de familiares son atendidas en menos de una semana. El 23,6% asegura que se atienden en ese tiempo más del 75% de demandas de familiares. El 17,6% de centros atienden un 60% de las demandas de familiares en menos de una semana y en el 17,6% atienden menos de la mitad de la demanda en el plazo de una semana.

En el 60% de programas obtienen plaza todas las familias que demandan ayuda, en el 30% tres de cada cuatro familias, y en el 10% tienen plaza entre el 40% y el 60% de familias que demandan ayuda.

Criterio 2. El programa en que participan es accesible en los siguientes aspectos:

Ubicación del centro

La mayoría de los centros evaluados están ubicados en áreas urbanas y al 90,9% hay facilidad para llegar con los medios de transporte públicos existentes.

Adecuación del transporte público

Según los familiares existe al menos un medio de transporte público para asistir al centro en un 78,8% de los mismos.

Según los profesionales existe autobús público para acceder al 45,5% de los centros, a otro 45,5% se puede acceder en bus y en tren y al 9% en bus y

metro. Así, los profesionales señalan que a todos los centros se tiene acceso con al menos un transporte público.

Facilidad de aparcamiento o existencia del mismo

El 40,9% de centros cuentan con un aparcamiento propio del centro, en el 18,2% existe al menos un aparcamiento público cercano y el 40,9% de los centros no cuentan con aparcamiento propio, ni tampoco existen aparcamientos públicos próximos a los mismos. De hecho, uno de cada tres acompañantes señala que tienen dificultades para encontrar aparcamiento, privado o público, cuando llegan al centro.

Horario del Programa

Como se ha informado en la evaluación del tercer criterio de pertinencia los profesionales informan de la existencia de bastante o mucha compatibilidad entre los horarios del centro y las obligaciones de los acompañantes en un 63,9% de los casos, en un 27,7% informan de que existe suficiente flexibilidad y el 8,4% indica que existe nada o poca flexibilidad horaria.

Por su parte, el 60,9% de acompañantes afirma que el horario de atención del centro se adapta totalmente a su realidad social y laboral, el 33,7% piensa que el horario se adapta sólo parcialmente y el 5,4% afirma que el horario no se adapta a su realidad. Son los acompañantes de usuarios de los programas base los que manifiestan que los horarios se adaptan peor a su realidad social y laboral ($\chi^2=16,582$; $p<0,000$). La edad media de los acompañantes que manifiestan que el horario se adapta totalmente a su realidad es superior a la edad media de los que dicen que el horario se adapta parcialmente o no se adapta ($F=10,231$; $p<0,000$).

Líneas de teléfono suficientes y poco saturadas

El 92,2% de profesionales informa de la existencia de al menos una línea telefónica atendida por un profesional del centro. Por su parte, el 87,1% de familiares afirma que les resulta fácil contactar telefónicamente con los profesionales del centro.

3.5. RESULTADOS DEL IMPACTO

Criterio 1. Influencia de la intervención con familias en su entorno inmediato

Según el 75% de los directores de los centros menos de la mitad de familias afirman haber conocido el programa a través de otras familias que ya habían estado en él, mientras que el 25% restante señala que el porcentaje de

familias que han conocido el programa a través de otras familias oscila entre el 70% y el 75%.

Por su parte, el 37,1% de los familiares afirman que conocieron el programa por otras familias que habían estado en él, coincidiendo este porcentaje con la opinión mayoritaria de los profesionales.

Criterio 2. Efectos colaterales no esperados derivados del trabajo con familias

Entre los efectos no esperados que se derivan del trabajo con las familias destacamos aquellos que han señalado por lo menos el 10% de acompañantes:

Han mejorado las relaciones con personas del entorno familiar con los que existe un cierto distanciamiento	41,5%
Sienten que dependen mucho del centro	33,3%
Han estallado crisis familiares no relacionadas con el consumo de drogas	17,3%
Algún miembro de la familia ha iniciado voluntariado en PH	15,8%
Reconciliación con la pareja	13,5%

Destacan entre estos efectos la mejora de las relaciones con otros miembros de la familia y el sentimiento de dependencia del centro.

Se han hallado porcentajes significativamente superiores entre las respuestas de los familiares de usuarios en programas base que de usuarios de programas de apoyo o cocaína en el sentimiento de dependencia del centro ($\chi^2=6,970$; $p<0,008$); el hecho de haber estallado crisis familiares no relacionadas con el consumo de drogas del familiar en tratamiento ($\chi^2=7,708$; $p<0,005$) y el hecho de que inicien un voluntariado en Proyecto Hombre familiares de los usuarios ($\chi^2=10,227$; $p<0,001$).

De igual manera, aunque los efectos no aparezcan en la tabla por no haberlos señalado un porcentaje mayor al 10% de las familias, se han hallado diferencias entre el porcentaje de acompañantes que han informado de que otros miembros de las familias hayan iniciado tratamiento ($\chi^2=4,441$; $p<0,05$) y el porcentaje de familiares que han iniciado un proceso de terapia individual ($\chi^2=4,295$; $p<0,05$). Ambos efectos son más frecuentes entre familiares de los usuarios de los programas base que de los usuarios de los programas de apoyo o cocaína.

Informan con mayor frecuencia del sentimiento de dependencia del centro los acompañantes hombres que las mujeres ($\chi^2=5,001$; $p<0,05$).

Los acompañantes que son pareja de los usuarios son los que informan en mayor porcentaje de la reconciliación con sus parejas como efecto del programa ($\chi^2=101,959$; $p<0,000$), estos han iniciado además, como consecuencia del tratamiento en Proyecto Hombre, terapia de pareja en mayor medida que los progenitores de los usuarios ($\chi^2=22,860$; $p<0,000$), también las parejas informan más de mejoría de relaciones con otros miembros del entorno social que los progenitores ($\chi^2=5,081$; $p<0,05$) y sienten que dependen del centro en más medida los progenitores que las parejas ($\chi^2=24,541$; $p<0,000$).

3.6. RESULTADOS DE VISIBILIDAD

Criterio 1. Se realizan publicaciones relacionadas con las intervenciones con familias

Sólo el 14,3% de los centros ha publicado algún artículo sobre el trabajo con familias en el último año. Así que, podemos concluir que los centros apenas hacen difusión de este trabajo en publicaciones escritas.

Criterio 2. Hay participación en congresos y/o jornadas por parte de profesionales con temáticas relativas a la intervención con familias, en los últimos cinco años

En los últimos 5 años el 42,7% de centros ha participado en algún tipo de foro científico exponiendo aspectos relacionados con la atención a las familias. Aunque el porcentaje no es desdeñable, más de la mitad de centros todavía no participa en este tipo de actividades.

Criterio 3. Se publica la existencia de las intervenciones con familias de PH

El 78,9% de los centros cuenta con una estrategia escrita de difusión del trabajo que en ellos se realiza con las familias. El porcentaje de centros que utiliza los diferentes canales de difusión o que los están elaborando se presenta en la siguiente tabla:

	SÍ	NO	EN PROCESO	NO ES NECESARIO
Carteles	30%	65%	5%	
Dípticos	33,3%	57,1%	9,6%	
Memoria	52,4%	42,9%	4,7%	
Web	45%	40%	15%	
Objetos publicitarios	15,8%	73,7%		10,5
Vídeos	5,3%	84,2%	10,5%	
Aparición en medios de	63,2%	36,8%		

comunicación				
Asociaciones de familias	4,8%			

De la tabla se desprende que el trabajo específico con familias se difunde principalmente a través de los medios de comunicación, de la memoria y de la web.

Igualmente en la tabla siguiente se recogen los recursos en los que se hace difusión del trabajo que se realiza con las familias:

	SÍ	NO
Públicos de salud	14,3	85,7
Profesionales del ámbito privado	73,7	26,3
Red asistencial drogodependencias	85	15
Centros de enseñanza, institutos, universidades, etc.	75	25
Centros de servicios sociales	89,5	10,5
Movimientos sociales, asociaciones	78,9	21,1
Empresas	4,8	95,2

Se observa cómo se hace difusión en gran parte de recursos asistenciales exceptuando en la red pública de salud y las empresas privadas.

3.7. RESULTADOS DE LA EFICIENCIA

Criterio 1. Los recursos empleados son suficientes y adecuados

El número medio de profesionales que sólo trabajan con las personas en tratamiento en los centros o fases es de 3,82 con jornada completa. Sólo 5 centros cuentan con profesionales que trabajan sólo con las familias y la media de los mismos es de 2,40 a jornada completa. En prácticamente todos los centros una media de 5 profesionales trabajan tanto con las personas en tratamiento como con las familias. Una media de 10 voluntarios trabajan en los centros en la atención a las familias, el 70% de los cuales lo hacen a tiempo parcial. El número de familias que se atiende en las diferentes fases y centros oscila entre 6 y 100, presentando mucha variabilidad, aunque la media de familias que se atiende por centro es de 30.

El porcentaje de profesionales que valoran los recursos humanos como nada o poco suficientes para desarrollar el trabajo con familias es del 30,7%, el 36,8% los considera suficientes y el 32,5% los considera bastante o muy suficientes. Los profesionales contratados valoran en mayor medida los recursos humanos como insuficientes que los profesionales no contratados (voluntarios) ($\chi^2=11,133$; $p<0,004$).

Entre los acompañantes el porcentaje de los que valoran que los recursos humanos son bastante o muy suficientes es del 59,2%, los valoran como suficientes el 29% y como nada o poco suficientes el 11,8%. Las parejas valoran los recursos humanos como insuficientes en mayor medida que los progenitores ($\chi^2=15,932$; $p<0,000$).

Respecto a la adecuación de los recursos humanos empleados en los programas para la atención a las familias, los profesionales consideran que son poco adecuados en un 13% de los casos, piensan que son suficientemente adecuados el 33,5% de profesionales y el 53,5% los valora como bastante o muy adecuados.

En relación con los recursos materiales, el 27% de los profesionales expone que son nada o poco suficientes, el 42,3% los considera suficientes y el 30,7% piensa que son bastantes o muy suficientes. Los profesionales contratados valoran como más insuficientes los recursos materiales que los profesionales no contratados ($\chi^2=5,981$; $p<0,05$). Por otra parte, el 19,6% manifiesta que los recursos materiales son nada o poco adecuados para el desempeño de su trabajo, el 43,6% piensa que son suficientemente adecuados y el 36,8% cree que son bastantes o muy adecuados. También en este caso, los profesionales contratados valoran la adecuación de los recursos materiales peor que los profesionales no contratados ($\chi^2=6,834$; $p<0,05$).

Dos de cada tres directores afirman que los espacios físicos disponibles para el desarrollo de las actividades con familias son suficientes. En relación con la adecuación de los espacios dedicados a la atención, el 4% de acompañantes los considera nada o poco adecuados, el 26,5% cree que son suficientemente adecuados, y el 69,5% piensa que son bastante o muy adecuados. Además el 10,9% valoran las condiciones higiénicas del centro como suficientemente adecuadas y los 89,1% de bastante o muy adecuadas. Respecto a la temperatura de las salas el 4,2% señala que es poco adecuada, el 23,5% que es suficientemente adecuada y el 72,3% piensa que es bastante o muy adecuada.

Para finalizar, el 68% de profesionales expone que existe en el centro un sistema de mantenimiento de las instalaciones.

A modo de conclusión la valoración que se hace de las instalaciones del centro por parte de los familiares de las personas en tratamiento es positiva, superando en todos los casos el 75% de acompañantes que valoran dichas instalaciones al menos suficientemente adecuadas, higiénicas y acondicionadas ambientalmente.

4. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones y recomendaciones: EFICACIA

CONCLUSIONES

Los profesionales logran establecer una relación terapéutica con los acompañantes que favorece la vinculación de la familia al proceso.

Esto lo corroboran los porcentajes de profesionales y acompañantes que afirman que se establece un vínculo adecuado. Además los acompañantes valoran positivamente el estilo relacional de los profesionales, especialmente el respeto que muestran hacia ellos, a pesar de que un porcentaje considerable se siente juzgado en su manera de actuar y cuestionado en sus sentimientos (aceptación incondicional). La vinculación se traduce al tiempo, en participación activa de las familias en el proceso educativo-terapéutico de las personas en tratamiento.

Los profesionales logran conocer el funcionamiento del núcleo familiar y proporcionar pautas encaminadas al reajuste, aunque en poco más de la mitad de los centros no existe un protocolo para realizar el diagnóstico de la dinámica y el funcionamiento familiar que reduzca el tiempo necesario para la evaluación del sistema familiar.

Los profesionales definen los objetivos del trabajo con el núcleo familiar, quedando recogidos en el plan de tratamiento de los usuarios. Existe acuerdo entre profesionales y acompañantes en los objetivos recogidos en los planes individualizados para el abordaje del trabajo familiar aunque menos de la mitad de los programas disponen de un sistema de evaluación continua del trabajo que se realiza. Esta evaluación continua se constituye como el punto débil en la asunción de este objetivo.

Existe coherencia y concordancia entre los datos obtenidos en la percepción de profesionales y acompañantes respecto a la **toma de conciencia de los problemas existentes en el núcleo familiar**, lo que es corroborado por la existencia de datos significativos, apareciendo mayor nivel de conflicto en aquellos familiares que a su vez indicaban menos mejoría en la comunicación, en el manejo de límites y normas, en la gestión emocional y en las habilidades de negociación. Entre las principales resistencias que, según los profesionales, presentan las familias a la hora de identificar los problemas existentes, aparecen la negación del problema, la dificultad para verse parte del mismo, para establecer límites y el exceso de proteccionismo, falta de habilidades de comunicación y negociación, falta de implicación, no asunción del rol de coterapeuta y dificultad para la gestión emocional.

Podemos ver que las dificultades están básicamente relacionadas con el reconocimiento del problema, el seguimiento de las indicaciones terapéuticas y el manejo de pautas educativas.

En la mayoría de los casos **los familiares identifican su responsabilidad en los problemas existentes**, aproximándose el porcentaje de los que apenas logran identificarla según los profesionales, al porcentaje correspondiente a la dificultad que tienen los familiares para verse parte del problema según los datos expuestos en el análisis del objetivo 4.

Los datos indican que **los profesionales realizan un buen apoyo en el proceso de ajuste de los roles familiares** a través de intervenciones individuales y/o grupales consiguiendo que las familias se sientan **orientadas y acompañadas en la identificación de la propia dinámica familiar**. Ahora bien, de cara a **realizar los cambios necesarios en la dinámica de funcionamiento familiar**, los profesionales valoran que los acompañantes no identifican la necesidad de introducir estos cambios, sin que haya diferencias en función del programa o fase. No obstante, al menos la mitad de las familias sí manifiestan cambios relevantes y el grado de mejora es mayor a medida que avanzan las fases de tratamiento, sobre todo en el manejo de límites y normas y de contingencias. Por otra parte, las familias de las personas de la última fase de tratamiento integran en mayor grado la dinámica de autoayuda como estilo relacional, que las familias de las personas en primera fase de tratamiento.

Los datos indican que los principales **factores de riesgo** identificados por al menos uno de cada cinco acompañantes son la falta de comunicación, la falta de colaboración y la falta de sentido familiar. Entre los **factores de protección** destaca la unión, el cariño, la ayuda mutua y el respeto a los demás.

Existe concordancia entre la percepción de los acompañantes y los profesionales en cuanto a que la información proporcionada **sobre el funcionamiento del programa y pautas de actuación permite a las familias desarrollar el papel de apoyo en el proceso de las personas en tratamiento**, exceptuando lo relativo a la duración del proceso y los datos de contacto, aspectos en los que los acompañantes consideran que podrían ser mejor informados. Aunque en general, a los profesionales les parece que es suficiente la **información que se facilita sobre el proceso de las personas en tratamiento**, una de cada tres familias considera pertinente recibir más datos relativos al mismo. Por otra parte, un 42,3% de los programas no incluye en el consentimiento informado la opción de facilitar a las familias información sobre el proceso de las personas en tratamiento.

De las actividades que existen en los programas destinadas a la **formación de las familias para el acompañamiento en el proceso de las personas en tratamiento**, aquellas que cuentan con mayor participación de los acompañantes son:

- Grupo de comunicación o seguimiento
- Entrevista familiar
- Grupo o encuentro familiar
- Seminario
- Grupo o encuentro de pareja

Existe una discrepancia importante entre profesionales y acompañantes respecto a la participación de estos últimos en las diferentes actividades destinadas a la formación, siendo más alta la participación, según la percepción de los profesionales. La participación es similar con independencia de los programas y fases, a excepción de los grupos de pareja, que es mayor en el programa base.

Las principales necesidades formativas de las familias, no cubiertas desde los programas según los profesionales, son las habilidades sociales y de comunicación, estrategias de negociación, gestión emocional, manejo de contingencias y farmacología de las adicciones. Por su parte, los familiares querrían recibir formación para mejorar sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento de la situación y sus conocimientos sobre el problema de drogadicción.

A pesar de que existen actividades destinadas a **fomentar la comunicación asertiva entre los miembros de la familia**, este objetivo sólo se cumple en la cuarta parte de los casos, según la percepción de los profesionales.

Las familias afirman que mejora la comunicación con el usuario, siendo esta mejora más destacable en las últimas fases del tratamiento y entre los progenitores frente a las parejas. Por otro lado, la percepción de los profesionales, manifiesta la necesidad de mejorar el estilo comunicacional y las habilidades comunicativas en un porcentaje alto de familias, coincidiendo esta necesidad con las necesidades formativas expuestas por los propios profesionales y acompañantes, comentadas anteriormente. Probablemente, en el trasfondo existe una discrepancia en las expectativas de ambos colectivos respecto a metas a lograr relativas a la comunicación.

No existen diferencias entre los acompañantes de los usuarios de las diferentes fases en cuanto al grado de mejora de la comunicación con otros miembros de la familia. Tampoco se obtienen diferencias, en función de las fases, en el grado en que las personas se conceden a sí mismas los derechos asertivos básicos (autoasertividad) ni en el grado en que las personas consideran que los demás tienen los derechos asertivos básicos (heteroasertividad).

Se han hallado diferencias significativas en las puntuaciones en autoasertividad en función del sexo de los acompañantes, siendo superior la media de los hombres que la de las mujeres. Por otro lado, las parejas puntúan más alto en heteroasertividad que los progenitores.

Se logra **dotar a las familias de las herramientas para la resolución de conflictos**, percibiendo las familias de los usuarios de la última fase de tratamiento, haber trabajado en mayor medida dichas habilidades que las de los usuarios en primera y segunda fase de tratamiento.

Según los datos obtenidos, la conflictividad familiar es similar entre las familias del programa base y de cocaína, por lo que las herramientas para trabajar este aspecto pueden ser comunes a ambos programas.

Es importante resaltar la ausencia, en gran parte de los centros, de documentación relativa a la metodología empleada para el diagnóstico y evaluación de las habilidades de la resolución de conflictos y dificultades, así como de las actividades dirigidas a la adquisición de habilidades socioeducativas.

Se logra que los acompañantes **desdramaticen y redimensionen la visión familiar sobre la problemática presentada**, sin haberse encontrado diferencias en el grado de consecución de este objetivo, en función del programa, fase o parentesco con la persona en tratamiento. Sí existe diferencia, respecto a la edad, encontrando que las personas más jóvenes toman mayor conciencia de la existencia de otras problemáticas en la familia al margen de la drogodependencia, que las de mayor edad.

Se observa concordancia entre la percepción de los profesionales y los acompañantes de un alto grado de cumplimiento del objetivo encaminado a **generar un ambiente de autoayuda que permita a la familia expresar voluntariamente sus vivencias y conflictos familiares**

En general, existen **espacios de encuentro y participación entre la familia, los usuarios y los profesionales**, según los agentes implicados, destacando entre los mismos la entrevista, instrumento terapéutico principal para lograr al mismo tiempo, **fomentar la comunicación familia-equipo terapéutico**. Es significativa la diferencia que manifiestan los acompañantes de usuarios respecto a la valoración que hacen de la comunicación con el equipo de los programas de cocaína, siendo ésta mejor valorada que en los programas base. La comunicación mejora a medida que se suceden las fases del tratamiento.

Aunque los programas sostienen que existen intervenciones dirigidas a **estimular actividades conjuntas entre los acompañantes y las personas en tratamiento**, existen diferencias en la percepción de los acompañantes siendo los de los programas de apoyo o cocaína los que en mayor medida informan de ser poco animados a la participación en actividades conjuntas.

En los programas se produce el **acompañamiento y verificación de la integración de los cambios realizados por parte de la familia, pero en la mayor parte de ellos**, no existe una metodología documentada para la valoración de los mismos.

Finalmente, respecto a los procesos de desvinculación, con lo que ello conlleva de **generar procesos de autonomía** en las personas, el grado en que los familiares animan y potencian la independencia de los usuarios es mayor a medida que éstos avanzan en las fases del tratamiento aunque en general, emergen dificultades para favorecer la autonomía de forma plena.

Sí podemos afirmar, que **se favorece la desvinculación progresiva del programa**, disminuyendo el tiempo de contacto con el centro y reduciendo el número de actividades programadas, tanto de las personas en tratamiento como de las personas de su entorno familiar en las últimas fases del programa. Profesionales y acompañantes consideran adecuado el proceso de desvinculación del programa.

RECOMENDACIONES

A pesar de que se logra una relación terapéutica entre profesionales y acompañantes, que favorece la vinculación al proceso de estos últimos, hay aspectos que se deben mejorar como el hecho de que no todas las familias se sienten aceptadas de forma incondicional, lo cual es fundamental para promover un cambio positivo. Sería recomendable estudiar diferentes posibilidades (revisión personal o grupal del trabajo, formación específica en Entrevista Motivacional, etc.) para alcanzar el logro de un estilo terapéutico empático en todos los momentos del tratamiento, que ayude a la adecuada vinculación e integración de las familias en el proceso.

Sería conveniente que todos los dispositivos de primera atención tuvieran un protocolo para realizar el diagnóstico del funcionamiento y dinámica familiar, que favoreciese el establecimiento de objetivos de trabajo

De igual manera, sería adecuado complementar esta recogida inicial de datos con el uso de herramientas estandarizadas, como por ejemplo: EEGAR (Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional), FES o ADCA.

Los objetivos de trabajo que se deriven de la evaluación y diagnóstico, deberían recogerse en los planes de tratamiento de los usuarios del programa, a fin de garantizar el tratamiento integral e integrador de su adicción. Es importante establecer un sistema de evaluación continua documentada para la valoración del logro de los objetivos y la integración de los cambios realizados por la familia, así como de la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos y habilidades socioeducativas, en diferentes momentos del proceso de tratamiento.

Para asegurar que se dispone de toda la información pertinente y necesaria, respecto a la participación en el tratamiento del usuario, se podría elaborar una pequeña guía sobre cada dispositivo para las familias, en las que se especifiquen cuestiones básicas del tratamiento, formas de contactar y horario de los profesionales y respuestas a las dudas más frecuentes que se suelen plantear.

En aquellos casos en los que la persona en tratamiento acepta la participación de personas de su entorno sociofamiliar en el proceso, así como que se les facilite información sobre el mismo, es imprescindible la existencia de un contrato o consentimiento informado, firmado por el paciente, en el que consten los nombres, apellidos, filiación y forma de contacto. Todos los autorizados han de ser informados de que dicha autorización puede ser revocada en cualquier momento, lo cual debe quedar por escrito y ser comunicado a la familia en la mayor brevedad posible por su terapeuta de referencia. Partiendo de esta base, cada centro debería revisar los soportes existentes en sus dispositivos para ver si recogen o no esta posibilidad. Si no lo hacen, estudiar la viabilidad de modificar su contrato o crear un soporte ad hoc.

También es conveniente reforzar la información y formación que se ofrece a las familias, dotándoles de estrategias que favorezcan:

- Identificación de factores de riesgo y protección familiar
- Manejo de normas, límites y contingencias
- Negociación
- Comunicación interpersonal y asertividad
- Habilidades sociales
- Gestión emocional
- Conocimiento de conceptos básicos en drogodependencias

Para ello, pueden utilizarse los seminarios, crear talleres específicos o un formato tipo escuela de padres y madres.

Dado que el grado de conflictividad familiar no varía en función del tipo de programa que realiza el usuario, las actividades que se diseñen pueden ser transversales a todos los programas, optimizando así los recursos humanos, materiales y económicos del centro.

A lo largo del estudio han aparecido diferencias significativas en los resultados obtenidos, en función de la edad, del sexo o de la condición de ser pareja o progenitor de la persona en tratamiento, en temas que afectan a la comunicación, asertividad o la toma de conciencia del problema. Sería interesante estudiar más profundamente estos temas y poder abordar ciertos aspectos del trabajo familiar de forma diferencial en función del perfil y necesidades del acompañante que va a participar en él.

Puede resultar interesante intercambiar experiencias entre los profesionales de los programas Base y de Cocaína con respecto a metodología y recursos empleados ya que aunque no aparecen diferencias significativas en el logro de los objetivos familiares, sí que lo hacen en cuanto a la valoración de la comunicación de las familias con el equipo terapéutico que es mejor en el programa de cocaína y la percepción sobre la estimulación por parte de los profesionales para realizar actividades conjuntas en la familia, que en cocaína resulta ser menor.

Por último, dado que el objetivo fundamental de las personas en tratamiento, es lograr una vida autónoma, el hecho de que las familias refieran dificultades para favorecer dicha autonomía de una forma plena, hace que el trabajo de este aspecto se convierta en uno de los principales temas a revisar por parte de los profesionales.

4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PERTINENCIA

CONCLUSIONES

En general, **se contemplan las necesidades de las familias en la elaboración del plan de tratamiento** de los usuarios, pero deberían incluirse los objetivos de trabajo con familias en todos los planes de intervención.

El trabajo con las familias responde a la demanda inicial de tratamiento, dado que los acompañantes afirman haber encontrado la clase de servicio que buscaban y consideran que el programa está satisfaciendo sus necesidades. De igual modo, **la metodología del programa facilita la integración de las familias en los procesos terapéuticos**, siendo suficientemente flexibles para favorecer la compatibilidad horaria y compaginar la asistencia al tratamiento con las obligaciones laborales y/o familiares. Manifiestan estar de acuerdo los acompañantes con la necesidad y frecuencia de asistencia al centro y con el grado de exigencia de participación. Tanto los profesionales como los acompañantes de las personas en tratamiento consideran que **los objetivos de tratamiento son adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares**.

En general, los profesionales y acompañantes valoran todos los instrumentos terapéutico-educativos como útiles para el trabajo sobre cada uno de los objetivos de tratamiento, pero existen instrumentos que no son utilizados en parte de los programas (asambleas, convivencias, y contratos de conducta).

No existen diferencias entre la valoración de la utilidad de los instrumentos, en función de los programas o fases de tratamiento, exceptuando el genograma, que es valorado como más útil por los profesionales que trabajan en los programas base. Tampoco existen diferencias en la utilización de los instrumentos en función del programa, exceptuando los contratos de conducta, que son utilizados en mayor proporción en los programas base.

Todos los implicados en la evaluación, coinciden en que **la duración establecida es la adecuada para conseguir los cambios previstos en el Plan de Tratamiento, de acuerdo al tipo de programa.**

Finalmente, **los programas responden a las líneas de actuación marcadas por el Plan Nacional de Drogas y por el Plan Estratégico de la Asociación Nacional de Proyecto Hombre**

RECOMENDACIONES

La atención y el acompañamiento familiar ha sido un rasgo identificativo del método de trabajo de PH desde su aparición en 1984 desde el convencimiento y la evidencia de que esta línea de intervención aumenta las posibilidades de eficacia en la intervención terapéutica.

Los resultados de la evaluación, sugieren la conveniencia de que los planes de tratamiento de los usuarios, incluyan específicamente un apartado en el que se recojan por escrito, los objetivos a trabajar con la familia.

Existe un abanico de instrumentos terapéutico – educativos susceptibles de ser utilizados en el trabajo con familias, clasificados de acuerdo a su definición, metodología y relación con los objetivos generales y específicos, que todos los profesionales deben de conocer de cara a valorar la idoneidad de su aplicación en cada programa y/o caso particular. Proponemos que los programas trabajen con el documento de la “Evaluación del Diseño de Trabajo con Familias”, en el que se recogen estos puntos, y se estudien las razones de fondo que expliquen la no utilización y/o priorización de cada uno de ellos en los diferentes modelos de tratamiento, para valorar la pertinencia de modificar sus diseños.

4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES COBERTURA

CONCLUSIONES

El 58,8% de los centros no logran atender a las familias en el tiempo que se valora como adecuado para determinar que un servicio tiene una buena capacidad de atención a las familias. Según los datos, en el momento de la evaluación, **la demanda de tratamiento de las familias, superaba la capacidad de atención del programa** en el 40% de los centros.

Todos los centros evaluados son **accesibles**, en cuanto al horario, (mostrando menos compatibilidad las personas del programa base y los acompañantes más jóvenes), líneas de teléfono suficientes y medios públicos de transporte, pero destaca que en un 40,9% de los centros, no tienen aparcamiento propio, ni tampoco existen aparcamientos públicos próximos a los mismos. De hecho, uno de cada tres acompañantes señala que tienen dificultades para encontrar aparcamiento, privado o público, cuando llegan al centro.

RECOMENDACIONES

Una de los distintivos de los centros de Proyecto Hombre desde su aparición, ha sido la acogida inmediata de toda persona que se acercara a nuestras sedes solicitando orientación y ayuda, constituyendo una buena práctica de nuestro modelo de trabajo. Se debería tratar de garantizar el que cada persona que acuda a uno de nuestros centros sea atendida personalmente, de forma inmediata o como máximo en un plazo de 72 horas por un profesional designado por la dirección, de acuerdo a cada proyecto de centro. Sería conveniente, para ello, estudiar en cada centro las razones de este retraso en la atención a la demanda e implementar las medidas oportunas para la modificación de esta realidad.

4.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES IMPACTO

CONCLUSIONES

Un modo de medir la **influencia de la intervención con familias en su entorno inmediato**, es evaluar el porcentaje de familiares que han conocido el programa a través de otras familias que han estado en él, lo que en el caso que nos ocupa, responde a un tercio de las atendidas, habiendo acudido el resto a través de otros medios.

Entre los **efectos no esperados que se derivan del trabajo con las familias**, es decir, aquellos que no se contemplan como objetivos dentro de los planes de intervención, destacamos por orden, la mejora de las relaciones con personas del entorno familiar con los que existía un cierto distanciamiento, la percepción de los familiares de dependencia del centro, el estallido de crisis familiares no relacionadas con el consumo de drogas, la participación de algún miembro de la familia en el voluntariado de PH y la reconciliación con la pareja. También aparecen como efectos no esperados el que otros miembros de las familias hayan iniciado tratamiento en PH o hayan iniciado un proceso de terapia individual.

Se han hallado porcentajes significativamente superiores entre las respuestas de los familiares de usuarios en programas base que de usuarios de programas de apoyo o cocaína en el sentimiento de dependencia del centro, el hecho de haber estallado crisis familiares no relacionadas con el consumo de drogas del familiar en tratamiento, el que inicien un voluntariado en Proyecto Hombre familiares de los usuarios, que otros miembros de las familias hayan iniciado tratamiento o que hayan iniciado un proceso de terapia individual.

Es importante destacar que informan con mayor frecuencia del sentimiento de dependencia del centro los acompañantes hombres que las mujeres. Los acompañantes que son pareja de los usuarios informan en mayor porcentaje que los progenitores sobre la reconciliación con sus parejas como efecto del programa, terapia de pareja, y mejoría de en las relaciones con otros miembros del entorno social.

Es importante destacar que informan con mayor frecuencia del sentimiento de dependencia del centro los acompañantes hombres que las mujeres. Los acompañantes que son pareja de los usuarios informan en mayor porcentaje que los progenitores sobre la reconciliación con sus parejas como efecto del programa, han iniciado terapia de pareja y mejoran las relaciones con otros miembros del entorno social. Los progenitores, sin embargo, informan en mayor medida que las parejas sobre sentimientos de dependencia del centro.

RECOMENDACIONES

El trabajo con las familias en los Grupos de Autoayuda, puede ser un cauce para favorecer la autonomía personal de cada uno de los miembros del sistema y la generatividad, entendiendo ésta, como el deseo de ser más productivo y creativo en beneficio de la sociedad a través de acciones de voluntariado, centros culturales, etc.

De igual modo, la desvinculación progresiva del programa de los familiares y el establecer normativas ligadas a su participación en el voluntariado del centro (por ejemplo, que pase un tiempo determinado desde su alta terapéutica hasta la incorporación al voluntariado), así como la derivación a procesos de terapia externa en los casos en los que se considere pertinente, pueden ser medidas que faciliten la autonomía de las familias

4.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE VISIBILIDAD

CONCLUSIONES

Los datos que arroja la evaluación nos indican que los centros apenas **realizan publicaciones relacionadas con las intervenciones con familias**, siendo éste un formato de difusión de nuestro trabajo muy poco utilizado. Por otra parte, más de la mitad de los centros, no ha realizado ninguna **participación en congresos y/o jornadas con temáticas relativas a la intervención con familias, en los últimos cinco años**.

El 78,9% de los centros cuenta con una estrategia escrita de difusión del trabajo que en ellos se realiza con las familias, especialmente a través de la memoria y la página web. Otro tipo de recursos son, escasamente utilizados (vídeos, objetos publicitarios, dípticos, trípticos, etc.). Se observa que se hace difusión en gran parte de los recursos asistenciales, asociaciones y centros de enseñanza, exceptuando la red pública de salud y las empresas privadas.

RECOMENDACIONES

Aumentar y mejorar la presencia en Internet de los programas. Cada Centro debería disponer de su página web para ofrecer información sobre sus recursos y formas de contacto. En esta página web debería existir un espacio reservado al trabajo con familias, donde crear un apartado para realizar consultas online.

Por otro lado, aunque la mayoría de los centros manifiesta hacer difusión entre los recursos de su entorno, habría que plantearse mejorar y aumentar las formas o canales existentes, para tratar de llegar en mayor medida a los usuarios potenciales.

Resulta imprescindible, que desde la dirección de los Centros, se fomenten las actividades de difusión del trabajo con familias, en canales dirigidos a expertos e investigación en este campo, ya que se promueve no sólo la visibilidad, sino también la formación de los profesionales, el estudio y el tiempo dedicado a la reflexión sobre la práctica de los programas.

4.6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EFICIENCIA

CONCLUSIONES

Existe variabilidad en los centros respecto a los profesionales destinados al trabajo con familias. En algunos, existe un responsable único de esta área, en la mayoría, la figura del profesional aglutina el trabajo con familias y personas en tratamiento, y en otros son los voluntarios quienes llevan la mayor carga de trabajo relacionada con esta tarea. La tipología de recursos humanos asignados a los programas se considera adecuada, ahora bien, a juicio de un tercio de los profesionales, el número de recursos es insuficiente, a diferencia de la opinión vertida por los acompañantes

Los profesionales contratados valoran como más insuficientes los recursos materiales y la adecuación de los mismos, que los profesionales no contratados.

La valoración que se hace de las instalaciones del centro por parte de los familiares de las personas en tratamiento es positiva, superando en todos los casos el 75% de acompañantes que valoran dichas instalaciones al menos suficientemente adecuadas, higiénicas y acondicionadas ambientalmente.

RECOMENDACIONES

Sería conveniente estudiar la viabilidad de crear servicios transversales de trabajo con familias o alternativas que posibiliten la optimización de los recursos humanos existentes en cada centro.

Puede resultar ilustrativo analizar con más detenimiento las causas del "descontento" de una parte importante de los profesionales con relación a los recursos humanos y la diferencia de valoración que resulta entre éstos y los acompañantes.

- ▣ AA.VV. (1999) Manual de prevención de recaídas en el tratamiento de las toxicomanías. Vitoria. SCP Gobierno Vasco.
- ▣ Alvira, F. (1991) Metodología de la Evaluación de Programas, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Cuadernos Metodológicos, nº 2.
- ▣ Bandura, A. (1988) Teoría del Aprendizaje Social. New Jersey: Englewood Cliffs.
- ▣ Bandura, A. (1980) Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Madrid: Alianza Editorial.
- ▣ Polaino-Lorente, A.; Martínez Cano, P. (2003) Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. Instituto de ciencias para la familia. Universidad de Navarra. Madrid: Editorial Rialp S.A.
- ▣ Gimeno, A. (1999). La familia: desafío de la diversidad. Barcelona: Ariel.
- ▣ Kandel, D. B., Kessler, R. and Margulies, R. (1978) Antecedents of adolescent's initiation into stages of drug use: A developmental analysis. Longitudinal Research in Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues. Kandel, D. B., ed. Washington, DC: Hemisphere, pp 73-99.
- ▣ López Vega, D.J (2004). Relaciones Humanas y psicoterapias. Aproximación a las bases científicas y estudio prospectivos del método de prevención y tratamiento de Proyecto Hombre. Jerez de la Frontera, CESJE-Proyecto Hombre.
- ▣ McGoldrick. M: Gerson, R. (1997) Genogramas en la evolución familiar. Barcelona: Gedisa.
- ▣ Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Huerta González JL. Editorial Alfil.
- ▣ Merikangas K.R., Dierker L. y Fenton B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer KL. (Eds.). Drug abuse prevention through family interventions. NIDA Research Monograph no. 177, 12-41. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- ▣ Minuchi, S. (1977) Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa
- ▣ Musitu Ochoa, G y cols. (1988) Familia y educación. Barcelona: Labor Universitaria.
- ▣ Oliva Linares JE, Bosch Salado C, Carballo Martínez R. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. Rev. Cub. Invest. Biomed. 2001; 20(2):150-8.
- ▣ Puente, F. de la (1999). "Escuela de Padres: urgencia y renovación". *Padres y maestros*, nº 246, 1.
- ▣ Rogers, C. (1972) Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós.
- ▣ Rogers, C. (1978) Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid: Narcea.

- ▣ Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp.107-139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, Guía de Tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide.

- ▣ Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez de los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, Manual SET de Trastornos Adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- ▣ MAE-SECIPI (1998): Metodología de evaluación de la Cooperación Española; Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores, Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica.

- ▣ Stanton MD, Todd T. (1994). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona. Gedisa.

- ▣ Stoetzel, J.; Girard, A. (1972) Las encuestas de opinión pública. Madrid: Instituto de Opinión Pública.

- ▣ Zimmerman, M. (2000). Empowerment theory. In J. Rappaport, & E. Seidman (Eds), Handbook of community psychology (pp. 43-63). New York, USA: Kluwer.