

# COMPARACIÓN DE TRES PRÁCTICAS DE INSERCIÓN LABORAL EN DROGODEPENDENCIAS





**COMPARACIÓN DE TRES  
PRÁCTICAS  
DE INSERCIÓN LABORAL  
EN  
DROGODEPENDENCIAS**

## **Investigación sobre Inserción Laboral en personas con problemas de drogodependencia**

Autores: (por orden alfabético)

Xavier Bonet, Sonia Esarte, Joan Fortuny, Angel García Rico, Cristina Gómez, Cristina Gutiérrez González, Juan Carlos Hevia, Cristina Illescas, José Javier López-Goñi (Coordinador), Juan Carlos Menéndez Gómez, Vanesa Menéndez Rodríguez, Beatriz Pereiro Sordo, Fausto Yudego

Agradecer también a todas las personas que han hecho posible que estudios como éste se lleven a cabo y puedan tener su continuidad en el futuro.

Edita y distribuye:       Fundación Proyecto Hombre Navarra  
Imprime:                Gráficas Ulzama (Huarte-Navarra)  
ISBN:                     .....

# INDICE

Contexto.....	13
La inserción laboral en Drogodependencia: estado de la cuestión.....	15
¿Qué es antes la gallina o el huevo?.....	15
Después del tratamiento, el empleo importa, así como la calidad del mismo..	18
Sobre el estudio de costes.....	19
La integración laboral en la Asociación Proyecto Hombre.....	19
Método.....	23
Participantes.....	25
Medidas de valoración.....	25
Procedimientos.....	26
Resultados.....	29
Descripción y comparación de los pacientes atendidos en Proyecto Hombre de Asturias, Baleares y Navarra	31
La integración laboral en el conjunto del tratamiento	36
Comparación en función de la utilidad percibida del tratamiento para la inserción laboral	44
Comparación de la integración laboral en función de la finalización o no del tratamiento	48
Comparación de la integración laboral en función del tipo de contrato que tiene el paciente en el momento de la entrevista	52
Discusión.....	55
La integración laboral en función de la finalización o no del tratamiento.....	60
Limitaciones.....	61

Síntesis.....	62
Recomendaciones.....	63
Protocolo de Inserción laboral.....	65
Bibliografía.....	69
Anexos.....	77
Consentimiento informado.....	79
Cuestionario de situación y seguimiento laboral.....	81
Cuestionario general.....	83
Cuestionario específico.....	87

## Índice de tablas

<b>Tabla 1:</b> Convivencia habitual en los últimos 3 años	31
<b>Tabla 2:</b> ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?	32
<b>Tabla 3:</b> Ordenación de la necesidad de tratamiento percibida por el paciente en las áreas médica, de empleo, legal, familiar y social	35
<b>Tabla 4:</b> Descriptivos para la utilidad del tratamiento	36
<b>Tabla 5:</b> Varianza total explicada en el análisis factorial de beneficios del tratamiento	37
<b>Tabla 6:</b> Matriz de componentes rotados de los beneficios del tratamiento	38
<b>Tabla 7:</b> Medias de los factores de la utilidad del tratamiento y ANOVA por programas	39
<b>Tabla 8:</b> Satisfacción con las actividades de inserción laboral (total y por programas)	39
<b>Tabla 9:</b> Variación de la situación laboral tras el tratamiento (total y por programas)	41
<b>Tabla 10:</b> Relación de las actividades de inserción laboral con la evolución de la situación laboral (total y por programas)	42
<b>Tabla 11:</b> Modelo de regresión logística: satisfacción con las actividades de inserción laboral y relación de las mismas con la evolución tras el tratamiento	43
<b>Tabla 12:</b> Comparación por Programa de la ayuda a la integración mundo laboral (bastante-mucho vs. normal...)	44
<b>Tabla 13:</b> Comparación en satisfacción con actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no	45
<b>Tabla 14:</b> Comparación en relación atribuida a las actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no	45
<b>Tabla 15:</b> Comparación en satisfacción con actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no por programas	46
<b>Tabla 16:</b> Comparación en relación atribuida a las actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no por programas	47
<b>Tabla 17:</b> Comparación de los beneficios del tratamiento, solo altas terapéuticas	48
<b>Tabla 18:</b> Comparación de los beneficios del tratamiento, solo abandonos	49
<b>Tabla 19:</b> Comparación entre altas terapéuticas y abandonos en los tres factores	50
<b>Tabla 20:</b> Variación de la situación laboral tras el tratamiento (altas terapéuticas vs. abandonos)	50
<b>Tabla 21:</b> Satisfacción con las actividades de inserción laboral, en función de la finalización o no del programa de tratamiento	51
<b>Tabla 22:</b> Relación de las actividades de inserción laboral con la posterior evolución, en función de la finalización o no del programa de tratamiento	51
<b>Tabla 23:</b> Principal fuente de ingresos tras el tratamiento	52
<b>Tabla 24:</b> Satisfacción-Relación de los talleres específicos en Navarra para quienes se han sentido ayudado en la integración en el mundo laboral	53





# PROLOGO

La inserción laboral de las personas que atendemos es una preocupación constante para nuestras Fundaciones. La estabilidad en el empleo es un indicador de que la persona participa en la sociedad y es miembro activo de la misma, favorece el ejercicio de hábitos socialmente responsables y las propias relaciones sociales, sin olvidar que es el medio primordial de obtener ingresos económicos, y por lo tanto garante del acceso a la vivienda y otras necesidades básicas individuales y familiares. Además, si el empleo al que se accede está en sintonía con las necesidades y expectativas del individuo, se convierte también en fuente de satisfacción y en herramienta para la autorrealización personal.

Por todos estos motivos, en Proyecto Hombre consideramos la intervención que fomente la inserción laboral, o la mejor adaptación en el área de empleo, como de interés vital para el proceso de rehabilitación. En muchos casos las personas drogodependientes que solicitan tratamiento tienen muchas dificultades para mantener su puesto de trabajo, acceden sólo a empleos precarios, o lo han perdido hace tiempo, y en el peor de los casos están circunscritos a una situación permanente de marginalidad.

Nuestro trabajo en los centros de tratamiento nos confirma diariamente los riesgos que esta situación de debilidad ante el empleo supone para la reincorporación social (aunque es cierto que no se da en todos los casos ni se puede generalizar a todos los perfiles de consumo). Sin embargo, las urgencias y necesidades de la práctica clínica nos abocan hacia la individualización y el abordaje de circunstancias personales y sus retos específicos. Iniciativas de investigación como la presente, que además tomen en consideración las intervenciones realizadas en diferentes comunidades autónomas, y tengan la pretensión de ofrecer conclusiones generalizables, son escasas o muy limitadas, siendo los motivos principales el tiempo y el uso de recursos que supone. No obstante, muchas veces nos damos cuenta, cuando intentamos afinar nuestra intervención, de que nos son necesarios unos datos más amplios que nos permitan basar dicha intervención en algo más que en la intuición y experiencia derivada del quehacer terapéutico.

Es por ello que nos sentimos muy satisfechos de haber tenido la oportunidad, por un espacio de tiempo, de poder dedicarnos a observar reflexivamente y recopilar datos acerca de nuestra intervención y los resultados que obtiene, incluyendo en dicho análisis a tres centros que utilizamos una metodología terapéutica común, pero diferimos en cuanto a las formas de poner en práctica algunas actividades de fomento de la inserción laboral. Hemos tratado de concluir aspectos que se deberían potenciar por ser válidos para todos nuestros tratamientos, y exponerlos en forma de recomendaciones lo suficientemente globales como para que se puedan juzgar útiles en todos ellos y en otros tratamientos similares. El

objetivo final es lo suficientemente importante para que haya merecido la pena el esfuerzo, ya que nos sentimos en la obligación de ofrecer a las personas que nos solicitan ayuda para dejar las drogas la más sofisticada forma de intervención que seamos capaces de diseñar.

Esta oportunidad de reflexionar y compartir ideas debemos agradecerla a los programas del Fondo Social Europeo que precisamente apoyan y cofinancian este tipo de iniciativas, que de otra forma se podrían quedar en meros buenos deseos, y asimismo a la gestión de la Fundación Luis Vives, que coordina dichos fondos y ha apoyado todo el proceso.

Por otro lado, no seríamos justos si no agradeciésemos además a los equipos de tratamiento y al voluntariado su dedicación e interés por el presente proyecto. Con él, damos un paso más hacia una mayor eficacia de nuestros tratamientos, y finalmente para proporcionar una ayuda de más calidad a las personas que confían en nosotros para superar su adicción.



# C O N T E X T O





C

## LA INSERCIÓN LABORAL EN DROGODEPENDENCIAS: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Hoy en día una parte importante de la propia identidad reside en el ejercicio de la profesión. La realización de un trabajo es la condición para integrarse en el medio sociocultural, para ser aceptado por los demás y para conseguir la independencia económica que posibilite la libertad personal (Fernandez-Montalvo & Echeburua, 1998).

O

Asimismo, la problemática asociada al desempleo es muy amplia y diversa. Se ha informado de problemas de depresión, ansiedad o sentimientos de desprotección, tanto entre quienes no acceden a su primer empleo como entre quienes pierden el suyo.

N

Desde esta necesidad, se han realizado un buen número de medidas tendentes tanto a la creación de empleo como al desarrollo de estrategias para que las personas desempleadas accedan al mismo y posteriormente lo mantengan.

T

Pero además, hay una serie de colectivos que han destacado por su especial dificultad en la adquisición o mantenimiento de un empleo.

Quizá uno de los colectivos que más atención ha tenido, pero sobre el que menos investigación se ha generado es el de las personas drogodependientes.

E

### ¿Qué es antes la gallina o el huevo?

Las personas con problemas por abuso de sustancias suelen presentar varias áreas afectadas. De hecho, una de las recomendaciones que se hace para proveer tratamientos eficaces contra las adicciones es que estos han de atender a más áreas, además de la relativa al abuso de sustancias (NIDA, 1999).

X

Como en tantas otras cuestiones, se ha discutido si la drogodependencia se presenta antes que la precariedad en el empleo, o al revés. Sea como sea, se observa que en muchas ocasiones ambas van de la mano y que cuando se intenta orientar laboralmente a personas con problemas graves de dependencia, esta orientación obtiene unos resultados muy pobres, pues estas personas suelen presentar unas deficiencias personales muy importantes (Kemp & Neale, 2005).

T

También es cierto que no todos los programas atienden de la misma manera a las necesidades de orientación laboral, y que en no pocas ocasiones ni tan siquiera se puede explicar qué tipo de orientación laboral hacen los programas de tratamiento. De hecho, ni se está recogiendo en los estudios de seguimiento información que oriente sobre la mejora de estos servicios (Dunlap, Zarkin, Lennox, & Bray, 2007).

O



## El empleo en el tratamiento de las drogodependencias

Hay diferentes evidencias sobre la posible influencia de la situación laboral: (1) en el momento del ingreso en un tratamiento; (2) en el transcurso del mismo; y, (3) tras la finalización del mismo.

### *(1) en el momento del ingreso*

Se ha señalado que el tener un trabajo, y la gravedad del problema de drogas son buenos predictores de la finalización de un programa (Cosden et al., 2006). Bien es cierto que en este caso, las recaídas estaban asociadas a la finalización del tratamiento y a la gravedad del problema, mientras que en ningún caso se asociaban a la motivación para la realización del programa.

Pero la situación laboral y la gravedad del problema de drogas no son las dos únicas variables que se han de considerar en el momento de asignar a un paciente un programa de tratamiento. De hecho, los esfuerzos de los últimos años se han encaminado hacia la identificación de diferentes poblaciones de pacientes.

Hay evidencia de que un tipo de pacientes (el A) puede estar compuesto por personas más jóvenes, cuyos ingresos provienen de un empleo, consumen alcohol y/o cocaína; y el tipo B puede estar conformado por personas con politoxicomanía o problemática de heroína, que reciben tratamiento sustitutorio y con mayor gravedad en las áreas médica, de empleo/soportes, judicial, familiares/sociales y psíquica (García, Collado, Gómez, & Arias, 2006). Un resultado muy semejante se ha encontrado en los programas de Proyecto Hombre (Secades et al., 2005).

Esta diferencia de tipos de pacientes implicaría un tratamiento diferente de las problemáticas.

Pero es más, cuando se ha comparado la situación laboral entre heroinómanos en activo con empleo a tiempo completo y heroinómanos parados, se ha constatado cómo estos últimos tenían menos capital social y humano, y presentaban además, un mayor abuso de drogas (Koo, Chitwood, aacute, nchez, & uacute, 2007).

Los anteriores resultados son coherentes con estudios en los que comparándose diferentes programas de tratamiento, encontraban diferentes resultados en los mismos, pero asociados a diferentes tipos de pacientes.



Así se ha advertido que las personas que tienen un diagnóstico dual tienen menores probabilidades de completar los programas de tratamiento de drogodependencias (M. Beattie, McDaniel, & Bond, 2006). Sin embargo, quizá por ello, estas personas con un doble diagnóstico se benefician de la mayor disponibilidad de recursos asistenciales dentro de los programas de tratamiento. De hecho, para los pacientes con diagnóstico dual, una mayor estancia en el tratamiento, el número de horas de atención psiquiátrica, y el número de reuniones a las que acudieron en un programa de 12 pasos eran, independientemente entre sí, buenos predictores de la abstinencia de estos pacientes al año de haber comenzado el programa (Chi, Satre, & Weisner, 2006). Este dato es relevante, por cuanto que estos pacientes presentaban mayor problemática al ingreso en las áreas médica, familiar y de empleo. De hecho, quizá el no contar con un suficiente número de recursos puede ser que esté detrás de la mayor probabilidad de abandono de los pacientes con patología dual (Fernández-Montalvo et al., 2004). Además hay que tener presente que la tasa de incidencia de este tipo de patologías es muy elevada, tanto en pacientes alcohólicos (Fernandez-Montalvo, Landa, Lopez-Goni, & Lorea, 2006), como cocainómanos (Fernandez-Montalvo & Lorea, 2007; Fernandez-Montalvo, Lorea, López-Goñi, Landa, & Zarzuela, 2003) o heroínómanos (Fernández-Montalvo et al., 2004).

Una reflexión semejante puede aplicarse a las personas que han estado en prisión. Habitualmente se ha encontrado que las personas que han pasado por prisión tienen más dificultades para encontrar o mantener un empleo. Si a la anterior condición se añade la de toxicómano, parece que la consecución de un empleo se complica. Pero la inclusión de estrategias orientadas al empleo en programas de tratamiento de la drogodependencia en prisión pueden mejorar mucho los resultados obtenidos por esta población (O'Connell, Enev, Martin, & Inciardi, 2007). También hay que tener presente la alta presencia de población con problemas judiciales entre los atendidos en los programas de tratamiento por drogodependencias.

### *(2) en el transcurso del tratamiento*

Existen evidencias de los problemas laborales de las personas adictas. Por ejemplo, entre jugadores patológicos en tratamiento, el absentismo laboral, los problemas de concentración y disminución del rendimiento junto con los robos y estafas en el trabajo o los conflictos con los compañeros eran las principales repercusiones laborales negativas (Fernandez-Montalvo, Baez, & Echeburua, 2000).

Así pues, cuando se aborda la situación laboral de los pacientes hay que tener en cuenta el propio comportamiento en el lugar del trabajo. Una conducta adecuada y productiva facilitará el mantenimiento





del empleo, mientras que las conductas disruptivas evitarán que se renueven los contratos o podrán ser motivo de despido. Sorprende nuevamente la falta de estudios empíricos sobre qué tipo de comportamientos pueden dificultar el mantenimiento del empleo. En un estudio con desempleados crónicos, en mantenimiento con metadona y con dependencia a cocaína se encontró que la tasa global de comportamientos negativos era baja, pero que un subgrupo concreto de pacientes provocaba conflictos graves en el puesto de trabajo (Carpenedo et al., 2007). Entre las conductas que se valoraron se incluían el empleo de lenguaje soez, dormirse en el puesto de trabajo, los conflictos con los compañeros o la puntualidad. Nuevamente, este tipo de estudios inciden sobre la necesidad de personalizar la oferta de los tratamientos.

Pero hay veces que las intervenciones parecen no funcionar. Por ello hay que tener en cuenta qué tipo de intervención se ofrece. En un estudio se valoró el impacto de determinadas ayudas sociales para promover la integración laboral de madres que recibían asistencia social. Aun cuando otros colectivos de madres se beneficiaron de esas ayudas, las madres drogodependientes no. Los autores apuntaron a que se ofrecieron trabajos a corto plazo como motivo por el que este colectivo no se benefició de la intervención (Schmidt, Zabkiewicz, Jacobs, & Wiley, 2007). Parece que las madres afectadas por problemas de abuso de sustancias necesitarían más tiempo de empleo protegido para beneficiarse de los programas.

No obstante, parece que el empleo tampoco podría considerarse como una unidad. Se han señalado cuatro características relevantes en el empleo conseguido en una muestra de drogodependientes con causas legales: (1) tipo de trabajo; (2) tipo de compensación; (3) duración; y (4) estabilidad (Webster, Staton-Tindall, & Leukefeld, 2007). Cada una de estas características estaba asociada a diferentes resultados.

### **Después del tratamiento, el empleo importa, así como la calidad del mismo**

Ahora bien, en prácticamente todos los estudios de seguimiento se atiende especialmente a la situación laboral de las personas atendidas. De esta manera, hay múltiples evidencias que relacionan la situación laboral y los ingresos obtenidos, con la evolución tras el tratamiento.

Así, se ha visto que aquellas personas que tienen una peor autoeficacia, con más tiempo libre empleado a actividades relacionadas con la sustancia, solteras, y con ingresos más bajos, tenían más probabilidades de recaer en el alcohol, y algo semejante ocurría con otras drogas (Walton, Blow, Bingham, & Chermack, 2003).

Asimismo, en un estudio de seguimiento a los 6 meses, aquellos pacientes que tenían empleo experimentaban más cambios positivos en su vida que los desempleados -concretamente en su situación psiquiátrica, situación legal y consumo de drogas- (Sterling et al., 2001).

### **Sobre el estudio de los costes.**

Por otra parte, también es interesante tener en cuenta la diferencia en el coste de vida para la comparación de resultados entre diferentes programas de tratamiento (M. C. Beattie, Hu, Li, & Bond, 2005). Los anteriores autores, compararon el coste, y el coste-beneficio entre dos condados del mismo estado. La muestra valorada fue de 256 personas prescindiendo de las personas que están en tratamiento con metadona.

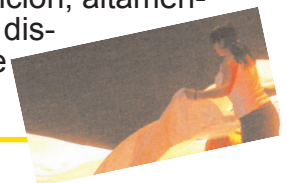
No obstante, cuando se realizaron estudios de este tipo con pacientes en tratamiento con metadona, una de las recomendaciones fue la de establecer programas para la orientación profesional (Kang, Magura, Blankertz, Madison, & Spinelli, 2006).

En cuanto a la comparación de los costes de los programas de tratamiento, la evidencia indica que ya los beneficios directos por no delinquir, y las mejoras económicas en el empleo de los pacientes ya suponen un beneficio en una proporción de 7:1 (Ettner et al., 2006). Esto es, por cada dólar invertido, se ahorran 7.

### **La integración laboral en la Asociación Proyecto Hombre**

Proyecto Hombre es una de las entidades de atención a drogodependientes más extendidas y más conocidas en nuestro país. Desde la apertura del primer centro, en Madrid en 1984, y hasta la actualidad, ha visto aumentar su presencia en el territorio nacional hasta las 15 comunidades autónomas en las que tiene representación hoy en día, con 26 centros reconocidos dentro de la Asociación Proyecto Hombre, y con una imagen social globalmente positiva.

Esta situación es probablemente resultado de dos factores principalmente: por un lado, su aparición en la época de mayor demanda y mayor alarma social ante las drogodependencias, ofreciendo una respuesta y una esperanza donde no existía ninguna o muy pocas; por otro lado, su modelo de intervención, altamente estructurado, cuya eficacia ha sido probada eventualmente por distintos estudios, y que ha ido evolucionando con el fenómeno de las drogodependencias hasta la actualidad.





De este modo, la Asociación Proyecto Hombre ha llegado a atender en sus centros a más de 19.000 personas con problemas de drogodependencias en 2006, ha contado con la colaboración de casi 2.500 personas en calidad de voluntarios, y se ha constituido asimismo en una entidad con presencia en otros ámbitos además de la rehabilitación, como son la prevención y la formación.

Ahora bien, esta presencia social no se corresponde con una presencia en círculos académicos o profesionales. Esto se puede deber, en gran medida a la propia orientación seguida por los enfoques basados en la Comunidad Terapéutica, que en un primer momento aparecieron como contraoferta a las actuaciones profesionales. Dicho esto, también es cierto que actualmente los distintos enfoques de tratamiento han confluído (Abeijón, 2007), y que los distintos programas de tratamiento hacen un esfuerzo por compartir sus resultados y experiencias.

Éste es el caso, nuevamente de la Asociación Proyecto Hombre. En los últimos años se han realizado diferentes valoraciones de la eficacia de su tratamiento, (Arrizabalaga, Urrestarazu, & de la Hueraga, 2000; Caurín, Seva, Galindo, & Ausejo, 2004; Fernandez-Hermida, Secades-Villa, Fernandez-Ludena, & Marina-Gonzalez, 2002; Fernández-Hermida, Secades, Magdalena-Benavente, & Riestra del Rosal, 1999; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa, & Lorea, 2007; Luengo, Romero, & Gómez-Fraguela, 2000; March & Orte, 1997) pero no se han realizado valoraciones centradas, única y exclusivamente en la evaluación de la inserción laboral.

Sí que existen algunas valoraciones de la integración laboral de poblaciones específicas de pacientes, como por ejemplo de mujeres (Menéndez, 2004), de cocainómanos (Navarro & Equipos de tratamiento de Programas de Cocaína de la Asociación Proyecto Hombre, 2004), de personas ingresadas en el tratamiento por cumplimientos judiciales (Calvo et al., 2001), de personas atendidas en tratamiento ambulatorio (Caminos et al., 2005) o en comunidad terapéutica (López-Goñi, Fernandez-Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2006), o en los programas de prevención indicada (López-Goñi & Yudego, 2005). Bien es cierto que excepto en uno de los casos (Calvo et al., 2001) son estudios realizados sobre un programa local de la Asociación Proyecto Hombre.

De los anteriores estudios se podía deducir que los programas de la Asociación Proyecto Hombre tienen unos buenos resultados en el tratamiento de la dependencia de sustancias: Además, un buen resultado en el mismo estaba relacionado con una buena evolución tras el tratamiento de los pacientes en el área labo-

ral (Deben, Fernández, López-Goñi, Illescas, & Santos, 2004; Fernandez-Hermida & Secades, 2001). Bien es cierto que en ninguno de estos estudios se valoran los diferentes posibles componentes del tratamiento de Proyecto Hombre. Ahora bien, parece que en los tratamientos basados en la comunidad terapéutica, más allá de componentes específicos, es el propio clima de autoayuda el factor principal para la rehabilitación de los pacientes (Lopez-Goni & Fernandez-Montalvo, 2008).

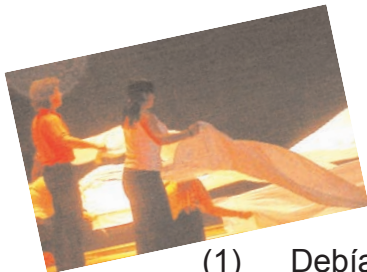
Por otra parte, todos los estudios realizados sobre poblaciones específicas destacaron la importancia de considerar a los pacientes atendidos individualmente, con unas necesidades de integración laboral muy diferentes. Es más, incluso en algunas subpoblaciones de pacientes ni tan siquiera era necesaria una integración laboral.

También hay que destacar que en algunos casos, aun sin completar el programa de tratamiento en su totalidad, los resultados eran muy buenos, igualando en parte, a los resultados obtenidos por las altas terapéuticas (Fernandez-Hermida et al., 2002; Fernández-Hermida et al., 1999; Fernández-Montalvo et al., 2007). Además, en un porcentaje importante de casos, la motivación para abandonar el programa de tratamiento era haber cumplido con los propios objetivos de tratamiento (Fernández-Hermida et al., 1999; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008). Bien pudiera ser el caso que determinadas personas, con un mínimo impulso, mejoren lo suficiente como para considerar que no necesitan completar el tratamiento. Esto sería válido también, para la integración laboral.

Así pues, salvo los anteriores esfuerzos, la necesidad de valoración de los procesos de integración laboral de los pacientes de Proyecto Hombre era muy importante, pues en todos los programas de tratamiento de la Asociación Proyecto Hombre se hace un esfuerzo por promover la integración laboral de los pacientes. Pero no existía una evaluación conjunta de la evolución que han tenido esos esfuerzos.

Desde el convencimiento de la importancia de la integración laboral, era necesario valorar la evolución de los pacientes en este campo. Pero una valoración de esta evolución debía cumplir una serie de criterios:





- (1) Debía ser una investigación que se llevase a cabo en diferentes programas de la Asociación Proyecto Hombre, a poder ser con diferentes estrategias de inserción laboral.
- (2) Esta investigación debía incluir preguntas referidas a la utilidad del tratamiento de las drogodependencias y a las estrategias de inserción laboral.
- (3) Debía tenerse en consideración el perfil de los pacientes atendidos para poder valorar la homogeneidad de los mismos.
  - a. Con este objetivo debía poder contarse con una valoración pretratamiento de los pacientes semejante. En este caso, al contarse con la versión europea del ASI (Kokkevi & Hartgers, 1995) se podía realizar esta valoración, considerando la población con problemática psiquiátrica y judicial.
  - b. El tratamiento de las drogodependencias debía ser semejante. En este caso fue elegido el tratamiento en comunidad terapéutica.
  - c. Entre las personas entrevistadas debía contarse también con personas que no hubiesen completado el programa de tratamiento, con el fin de valorar el diferente efecto entre altas terapéuticas y abandonos.

Por ello se planteó esta investigación, que partiendo del análisis de la evolución de los pacientes, pretende orientar las prácticas más adecuadas para cada tipo de persona.

M

E

T

O

D

O







# M

## Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 193 personas que fueron atendidas en el año 2005 en 3 programas de tratamiento de la Asociación Proyecto Hombre: 65 en Asturias, 65 en Baleares y 63 en Navarra. Estas personas cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) haber sido tratadas por un problema de dependencia de sustancias -siendo altas terapéuticas en el programa de Baleares, y altas o abandonos en los programas de Asturias y Navarra-; b) ser mayor de edad; c) dar su consentimiento para la inclusión en el estudio.

# E

## Medidas de valoración

# T

Para la realización de este estudio se emplearon los siguientes instrumentos:

- EuropAsi (Kokkevi & Hartgers, 1995). El EuropAsi es una entrevista semiestructurada que valora la situación del paciente en 7 áreas: situación médica, empleo y soportes, uso de alcohol, uso de drogas, situación legal, relaciones familiares y sociales, así como el estado psiquiátrico. En cada una de las áreas, el entrevistador, teniendo en cuenta la impresión subjetiva del paciente, establece un índice de severidad que oscila entre 0 (no existe problema real, el tratamiento no está indicado) y 9 (problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario). Se puede emplear tanto con fines diagnósticos como con fines de investigación y de valoración de resultados del tratamiento. Con este último fin existe una adaptación de la misma para valorar la evolución de los pacientes (EuropAsi de seguimiento). En este caso se han empleado tanto la entrevista inicial como de seguimiento.

# O

- El módulo de preguntas sobre la utilidad del tratamiento en Proyecto Hombre del Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias (Fernández-Hermida & Secades, 1999). Éste es un instrumento construido "ad hoc" para la evaluación del programa Proyecto Hombre. Incluye cuestiones referidas al consumo de drogas, a la situación familiar, educativa, laboral, ocupación del ocio y tiempo libre, estado de salud, situación jurídica y evaluación del tratamiento en Proyecto Hombre. Es un instrumento altamente

# D

# O



estructurado, en el que se pretende, más allá de la valoración de la situación del paciente en un momento determinado, valorar el efecto del tratamiento en el estilo de vida del paciente.

- El cuestionario de valoración de la experiencia en inserción laboral. Es un cuestionario elaborado "ad hoc" para esta investigación cuyas preguntas se refieren específicamente a las actividades de inserción laboral seguidas en los programas de la Asociación Proyecto Hombre.

## Procedimientos

En primer lugar se procedió a valorar existencia de diferencias entre las personas atendidas en cada uno de los tres programas de tratamiento. Con este objetivo, a partir de los datos de archivo, se procesaron los EuropAsi de las personas que ingresaron en los tres programas durante el año 2005.

Posteriormente se procedió a identificar a los pacientes que iban a ser incluidos en el estudio. A partir de la lista de personas ingresadas se procedió a localizar a quienes cumplieran los criterios de inclusión para solicitarles permiso para la realización de la entrevista de seguimiento. Una vez obtenido el permiso, se procedió a concertar una entrevista personal. Para poder realizar el máximo número de entrevistas posibles, y siguiendo las recomendaciones de estudios semejantes (Fernández-Hermida et al., 1999; Fernández-Montalvo et al., 2007) los entrevistadores se desplazaron a realizar la entrevista a los lugares propuestos por los pacientes.

Una vez realizadas las entrevistas, se procesaron los datos. Para el procesamiento y explotación de los mismos se empleó el paquete estadístico SPSS vs. 11.5.

Tras una descripción univariada de todas las variables, se procedió a la eliminación de los "outliers". A continuación se describen los diferentes análisis realizados:

Con los datos de archivo:

1.- Descripción y comparación de los pacientes atendidos en Proyecto Hombre de Asturias, Baleares y Navarra para valorar la homogeneidad de las muestras.

Con los datos de las entrevistas:

2.- Valoración de la integración laboral en el conjunto del tratamiento. En este sentido hay que considerar que:

1. En el programa de tratamiento de Proyecto Hombre de Asturias no se realizan actividades formativas específicas de inserción laboral, aunque sí se orienta laboralmente. Esta orientación se realiza derivando a los pacientes a los recursos comunitarios.

2. En Baleares sin embargo, en la Comunidad Terapéutica se desarrolla un curso de huerta y jardinería, que posibilita la formación de los pacientes en estas actividades.

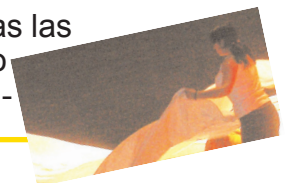
3. Por último, en la Comunidad Foral de Navarra, estas actividades formativas vertebran la intervención en el programa de Comunidad Terapéutica con la posibilidad de asistencia a talleres de formación en cocina y cultivo bajo abrigo (invernaderos).

3.- Comparación en función de la utilidad percibida del tratamiento para la inserción laboral. Para comprobar las posibles diferencias existentes entre quienes piensan que el tratamiento en Proyecto Hombre les resultó útil para integrarse en el mundo laboral con quienes no, se realizaron dos submuestras de pacientes en función de la satisfacción con la integración laboral.

4.- Comparación de la integración laboral en función de la finalización o no del tratamiento.

Como contraste de hipótesis se empleó el test de la  $X^2$  para las variables categóricas. En el caso de variables dicotómicas se empleó la corrección de continuidad de Yates cuando el tamaño de la muestra era superior a 40. Cuando el tamaño de la muestra se encontraba en el intervalo 20-40 sólo se ha usado en el caso de que todas las frecuencias esperadas fuesen 5 o más, empleando la probabilidad exacta de Fisher en el caso de vulnerarse alguna de estas condiciones. Esta misma probabilidad se empleó cuando el tamaño de la muestra era inferior a 20. En aquellos casos en los que había más de dos categorías por variable, se empleó el mismo contraste siempre que no hubiese más de un 20% de celdas con un valor esperado menor o igual a 5, y cuando no había ninguna celdilla con valor igual a 1. En aquellos casos en que se daba alguna de estas circunstancias se reagruparon las categorías de las variables.

Para las variables cuantitativas se empleó la  $t$  de Student. En todas las tablas  $t$  se presenta en valor absoluto. Ahora bien, cuando alguno de los dos grupos comparados tenía menos de 20 sujetos se omi-





tió la comparación. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 5% y se consideraron significativas aquellas diferencias con un valor de  $p < 0,05$ . Los contrastes se realizaron de forma bilateral.

En el caso de los análisis de varianza se emplearon como contrastes post-hoc la prueba de Scheffé en el caso de presentarse homogeneidad de varianzas, y la prueba de 2-Tamhanne en el caso contrario.

Con el objeto de encontrar los posibles factores subyacentes a los beneficios del tratamiento, se realizó un análisis factorial de las mismas con la rotación vari-max.

También se desarrollaron diferentes modelos de regresión logística. En todos los casos se observaron las recomendaciones habituales para su aplicación. Esto es, incluir al menos diez casos por cada variable introducida, y no incluir más de 6 variables en cada modelo.

# RESULTADOS





## Descripción y comparación de los pacientes atendidos en Proyecto Hombre de Asturias, Baleares y Navarra

A partir del muestreo de carpetas realizado sobre las atenciones prestadas en la comunidad terapéutica en Asturias (n= 118), Baleares (n= 109) y Navarra (n= 121) se obtuvo el siguiente perfil de personas atendidas:

Población predominantemente masculina (84,7% de hombres en Asturias; 89,9% en Baleares y 83,5% en Navarra).

Residente en ciudades grandes -con más de 100.000 habitantes- (65,3% en Asturias; 57,9% en Baleares, y 51,2% en Navarra). Aunque un 28,9% en el caso de Navarra residen en ciudades pequeñas (con menos de 10.000 habitantes) -frente al 14,4% de Asturias y 23,4% de Baleares-.

La media de edad se sitúa alrededor de los 32 años (31,9 en Baleares; 33,0 en Navarra y 33,2 en Asturias). Los valores más extremos son los 18 años y los 59, ambos casos en Navarra.

El 96,5% son españoles (un 2,5% de los atendidos en Navarra eran extranjeros, un 3,7% en Baleares y un 4,2% en Asturias).

Durante los últimos 3 años la convivencia habitual fue con los padres (24,4%) y con la pareja (19,5%). Aunque también destaca el 16,9% de pacientes de Asturias que vivieron en un medio protegido.

**Tabla 1 Convivencia habitual en los últimos 3 años**

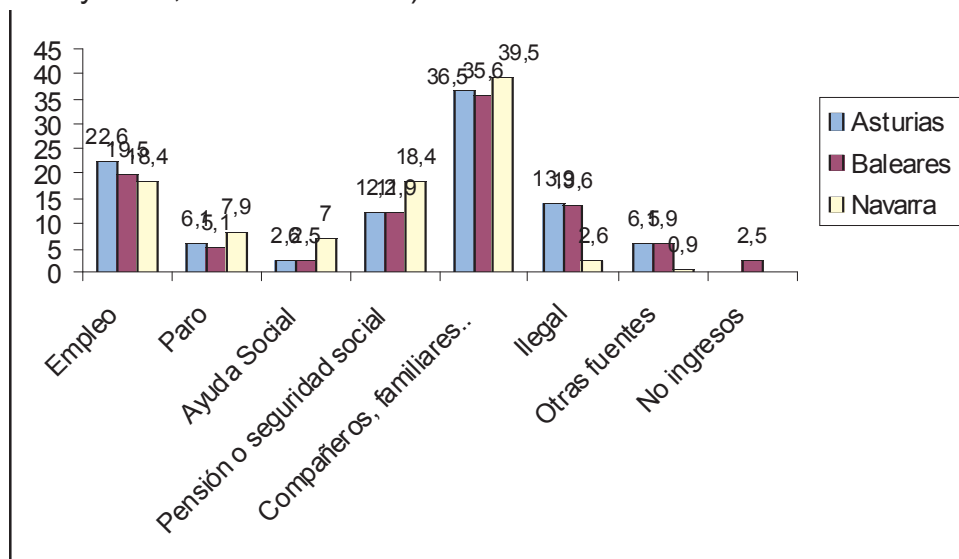
	Asturias		Baleares		Navarra		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pareja e hijo	12	10,2	13	11,9	25	20,7	50	14,4
Pareja	26	22,0	20	18,3	22	18,2	68	19,5
Hijos	1	,8			2	1,7	3	0,9
Padres	23	19,5	31	28,4	31	25,6	85	24,4
Familia	10	8,5	15	13,8	12	9,9	37	10,6
Amigos	5	4,2	4	3,7	6	5,0	15	4,3
Solo	14	11,9	14	12,8	10	8,3	38	10,9
Medio protegido	20	16,9	3	2,8	5	4,1	28	8,0
No estable	7	5,9	9	8,3	8	6,6	24	6,9
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>109</b>	<b>100,0</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	<b>348</b>	<b>100</b>





La principal fuente de ingresos provino de compañeros, familiares y amigos (39,5% en Navarra, 36,5% en Asturias y 35,6% en Baleares).

El empleo es la segunda fuente ingresos (el 18,4% en Navarra, el 12,2% en Asturias y el 11,9% en Baleares).



**Gráfico 1** Principal fuente de ingresos en el momento del ingreso

En Asturias y Baleares la media de días en el mes en que se han realizado actividades ilegales es de 3 días (Tabla 2). Aunque la alta desviación típica indica que fueron pocas personas con muchos días de actividades ilegales. De hecho, los valores máximos tanto en Asturias como Baleares fueron 31 días, frente al 25 como valor máximo en Navarra. Aún así, prácticamente todos los pacientes (como media) realizaron una actividad ilegal en el mes anterior al ingreso en el tratamiento.

**Tabla 2** ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?

N	Válidos	118	109	121
	Perdidos	0	0	0
	Media	3,3	2,8	1,19
	Desv. típ.	8,3	7,6	3,753
	Mínimo	0	0	0
	Máximo	31	31	25

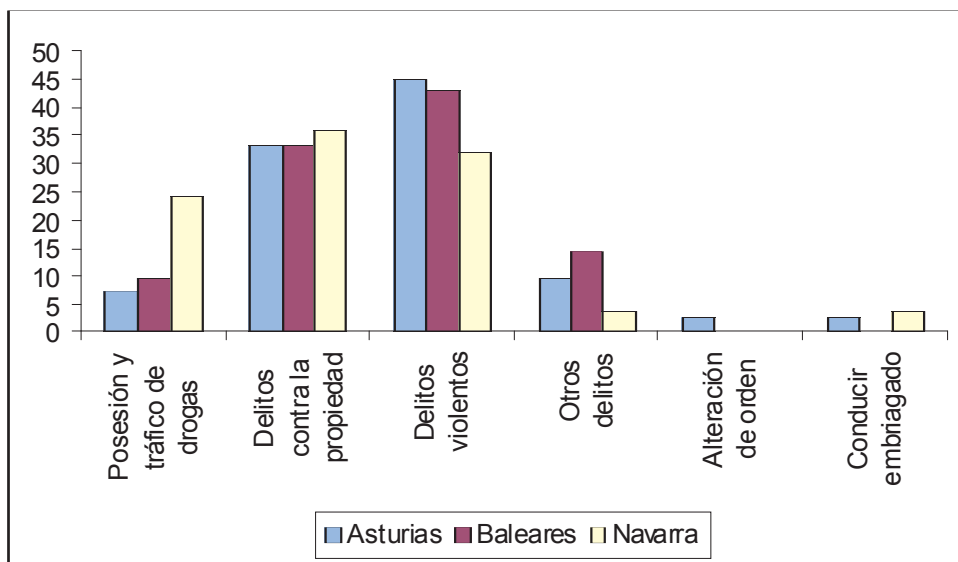


Entre el 41,3% de estas personas (caso de Baleares) y el 60,7% de las de Asturias (en Navarra el 56,2%) tenía deudas.

En un 21,2% de los casos atendidos en Asturias, la admisión fue promovida o sugerida por el sistema judicial, frente al 8,3% de Navarra y 7,3% de Baleares. Además, mientras que la media de meses de estancia en prisión entre los pacientes de Asturias era de 14,8 en Baleares era de 8,9 y en Navarra de 7,4.

Los motivos para el ingreso en prisión fueron, por este orden, delitos violentos y delitos contra la propiedad. En el caso de Navarra destaca que un 24% fueron ingresados en prisión por posesión y tráfico de drogas (Gráfico 2).

**Gráfico 2 Motivo del ingreso en prisión (en %)**



Un 33,6% de los atendidos en Navarra estaba pendiente de cargos, así como un 26,3% de los de Asturias y un 21,1% de los de Baleares.

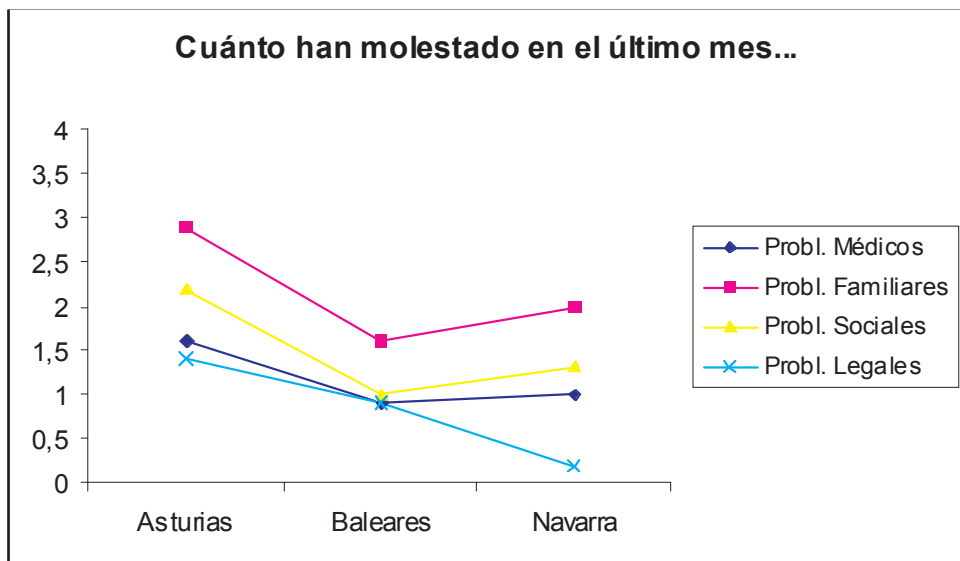
En el último mes antes de la entrevista tuvieron una media de 6,5 días con problemas serios con la familia.

Los problemas que más molestaron en el último mes (escala de 0 -nada- a 4 -mucho-) fueron los familiares, sociales, médicos y en menor medida los legales (Gráfico 3).

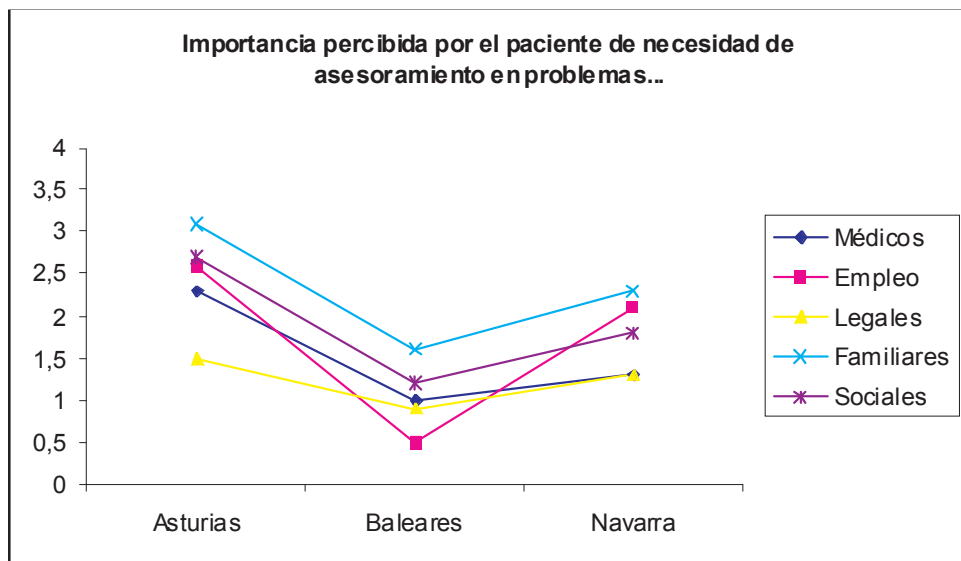




**Gráfico 3 Cuánto molestaron en el mes anterior al ingreso los problemas médicos, familiares, social y legales.**



Ahora bien, independientemente de los días en que consideraron los pacientes que habían tenido problemas en cada una de las áreas, la necesidad que perciben de asesoramiento en cada una de las áreas se muestra en la siguiente gráfica.



De hecho, si se muestran las diferentes áreas ordenadas según la prioridad obtenida, en todos los casos el área familiar es la que obtiene una puntuación mayor, y después en cada programa sigue una prioridad diferente.

**Tabla 3 Ordenación de la necesidad de tratamiento percibida por el paciente en las áreas médica, de empleo, legal, familiar y social**

<b>Prioridad</b>	<b>Asturias</b>	<b>Baleares</b>	<b>Navarra</b>
1 <sup>a</sup>	Familiares	Familiares	Familiares
2 <sup>a</sup>	Sociales	Sociales	Empleo
3 <sup>a</sup>	Empleo	Médicos	Sociales
4 <sup>a</sup>	Médicos	Legales	Médicos
5 <sup>a</sup>	Legales	Empleo	Legales





## La integración laboral en el conjunto del tratamiento

En la Tabla 4 se presentan los resultados obtenidos a la pregunta de para qué sirvió el programa de tratamiento.

**Tabla 4 Descriptivos para la utilidad del tratamiento**

	<b>Total</b>		
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
Tener mayor conciencia de mis problemas	188	4,6	0,8
Consumir menos otras drogas	187	4,5	1,1
No consumir ningún tipo de drogas	189	4,5	1,1
Cuidarme más	189	4,4	0,9
Sentirme más a gusto conmigo mismo	189	4,4	0,9
Tener más confianza en mi mismo	187	4,3	1,0
Ser más responsable	189	4,2	1,0
Relacionarme mejor con mi familia	189	4,2	1,0
Aceptar mejor las normas	189	4,2	1,0
Aprender a vivir con los demás	189	4,2	1,0
Sentirme menos solo	189	4,0	1,1
Ayudar a integrarme en la sociedad	188	3,9	1,3
Dejar de consumir heroína	187	3,9	1,7
Tener otras inquietudes	189	3,9	1,1
Ocupar mejor mi tiempo libre	189	3,9	1,0
No cometer delitos	187	3,8	1,7
Integrarme en el mundo laboral	187	3,5	1,4

(1)Nada (2) Poco (3) Normal (4) Bastante (5) Mucho

En líneas generales se observa que el programa de tratamiento ha servido, en la mayoría de los casos, para *"Tener mayor conciencia de los problemas"*, *"Consumir menos otras drogas"*, *"No consumir ningún tipo de drogas"*...

A su vez, la integración en el mundo laboral es el ítem menos valorado por el conjunto de las personas entrevistadas.

Con el objeto de encontrar los posibles factores subyacentes a los beneficios percibidos por los pacientes, se realizó un análisis factorial de dichos beneficios percibidos por el tratamiento (K-M-O= ,907; sig.=0,000); tres factores explican el 63,24% de la varianza (Tabla 5).

**Tabla 5 Varianza total explicada en el análisis factorial de beneficios del tratamiento**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,080	47,531	47,531	8,080	47,531	47,531	4,052	23,836	23,836
2	1,421	8,361	55,892	1,421	8,361	55,892	3,617	21,274	45,111
3	1,251	7,356	63,248	1,251	7,356	63,248	3,083	18,137	63,248
4	,888	5,226	68,473						
5	,768	4,519	72,992						
6	,613	3,609	76,601						
7	,575	3,383	79,984						
8	,531	3,125	83,109						
9	,502	2,956	86,065						
10	,437	2,568	88,633						
11	,391	2,303	90,935						
12	,374	2,199	93,135						
13	,275	1,618	94,752						
14	,270	1,590	96,342						
15	,241	1,419	97,761						
16	,220	1,292	99,053						
17	,161	,947	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.





Estos tres factores están compuestos por los beneficios que se muestran en la Tabla 6. Así,

- Un primer factor está compuesto por ítems relacionados con el cultivo personal: *"Tener más confianza en mi mismo"*, *"Sentirme más a gusto conmigo mismo"*, *"Ocupar mejor mi tiempo libre"*, *"Cuidarme más"*, *"Sentirme menos solo"* y *"Tener otras inquietudes"*.
- Un segundo factor está vinculado a las relaciones sociales y sus normas: *"Aceptar mejor las normas"*, *"Relacionarme mejor con mi familia"*, *"Aprender a vivir con los demás"*, *"Tener mayor conciencia de mis problemas"*, *"Ayudar a integrarme en la sociedad"*, y *"Ser más responsable"*.
- Un tercer factor está relacionado con el cese en el consumo y la delincuencia así como con la integración laboral: *"No cometer delitos"*, *"Dejar de consumir heroína"*, *"Consumir menos otras drogas"*, *"Integrarme en el mundo laboral"* y *"No consumir ningún tipo de drogas"*.

**Tabla 6 Matriz de componentes rotados(a) de los beneficios del tratamiento**

	Componente		
	1	2	3
Tener más confianza en mi mismo	<b>,756</b>	,240	,238
Sentirme más a gusto conmigo mismo	<b>,752</b>	,262	,280
Ocupar mejor mi tiempo libre	<b>,695</b>	,294	-,006
Cuidarme más	<b>,681</b>	,230	,256
Sentirme menos solo	<b>,639</b>	,392	,214
Tener otras inquietudes	<b>,585</b>	,367	,194
Aceptar mejor las normas	,143	<b>,761</b>	,329
Relacionarme mejor con mi familia	,308	<b>,731</b>	,003
Aprender a vivir con los demás	,350	<b>,661</b>	,203
Tener mayor conciencia de mis problemas	,457	<b>,631</b>	,131
Ayudar a integrarme en la sociedad	,261	<b>,614</b>	,482
Ser más responsables	,352	<b>,614</b>	,299
No cometer delitos	,111	,383	<b>,782</b>
Dejar de consumir heroína	-,003	,371	<b>,729</b>
Consumir menos otras drogas	,407	-,108	<b>,686</b>
Integrarme en el mundo laboral	,369	,240	<b>,634</b>
No consumir ningún tipo de drogas	,514	,089	<b>,544</b>

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 9 iteraciones.

Tras ponderar cada uno de estos factores para cada paciente, se compararon los valores de los mismos en los tres programas de tratamiento. En dos de estos factores (relaciones sociales y cese en el consumo) se observan diferencias estadísticamente significativas Baleares y Asturias presentan una utilidad más alta que Navarra (Tabla 7).

**Tabla 7 Medias de los factores de la utilidad del tratamiento y ANOVA por programas**

	Asturias (A)			Baleares (B)			Navarra (N)			Total			Dif.
	N	Media	D.T.	N	Media	D.T.	N	Media	D.T.	N	Media	D.T.	
Factor 1	60	-0,1	1,083	62	0,1	0,399	59	0,1	1,310	181	0,0	1,000	
Factor 2	60	0,1	0,807	62	0,4	0,495	59	-0,5	1,338	181	0,0	1,000	B>A>N
Factor 3	60	0,0	0,877	62	0,7	0,234	59	-0,7	1,067	181	0,0	1,000	B>A>N

## Satisfacción y relación con la evolución tras el tratamiento

Cuando se solicita la valoración de la satisfacción: (1) con la práctica de habilidades laborales; (2) con la orientación para la búsqueda de empleo (dentro del programa de tratamiento); (3) con la formación ocupacional realizada (fuera del programa); y, (4) con la orientación para la búsqueda de empleo (fuera del programa), lo primero que destaca es la diferente tasa de respuestas por programas (Tabla 8).

**Tabla 8 Satisfacción con las actividades de inserción laboral (total y por programas)**

Satisfacción con...	Asturias (A)			Baleares (B)			Navarra (N)			Total			F	Dif.
	N	$\mu$	$\delta$	N	$\mu$	$\delta$	N	$\mu$	$\delta$	N	$\mu$	$\delta$		
Práctica de habilidades laborales	65	2,1	1	66	1,8	0,7	57	1,9	1	188	1,9	0,9	1,4	
Orientación para la búsqueda de empleo	35	2,7	0,9	65	1,5	0,7	16	2,2	1,2	116	2	1	26,7***	A>B y N
Formación ocupacional realizada durante el tratamiento (externa)	13	2,2	0,9	34	3,3	1,1	7	1,9	1,6	54	2,8	1,2	7,1**	B>A y N
Orientación para la búsqueda de empleo (externa)	23	2,4	0,8	66	2,6	0,8	2	2	0	91	2,5	0,8	--	

(1) muy satisfactorio (2) bastante satisfactorio (3) satisfactorio (4) poco satisfactorio (5) nada satisfactorio





(1) En los tres programas (Asturias, Baleares y Navarra) prácticamente todas las personas entrevistadas consideran que han practicado habilidades laborales tras su paso por el programa de tratamiento. Además, en la escala de valoración propuesta (de (1) muy satisfactorio a (5) nada satisfactorio) los tres programas presentan valores muy semejantes, y considerada esta cuestión globalmente se valora como bastante satisfactoria.

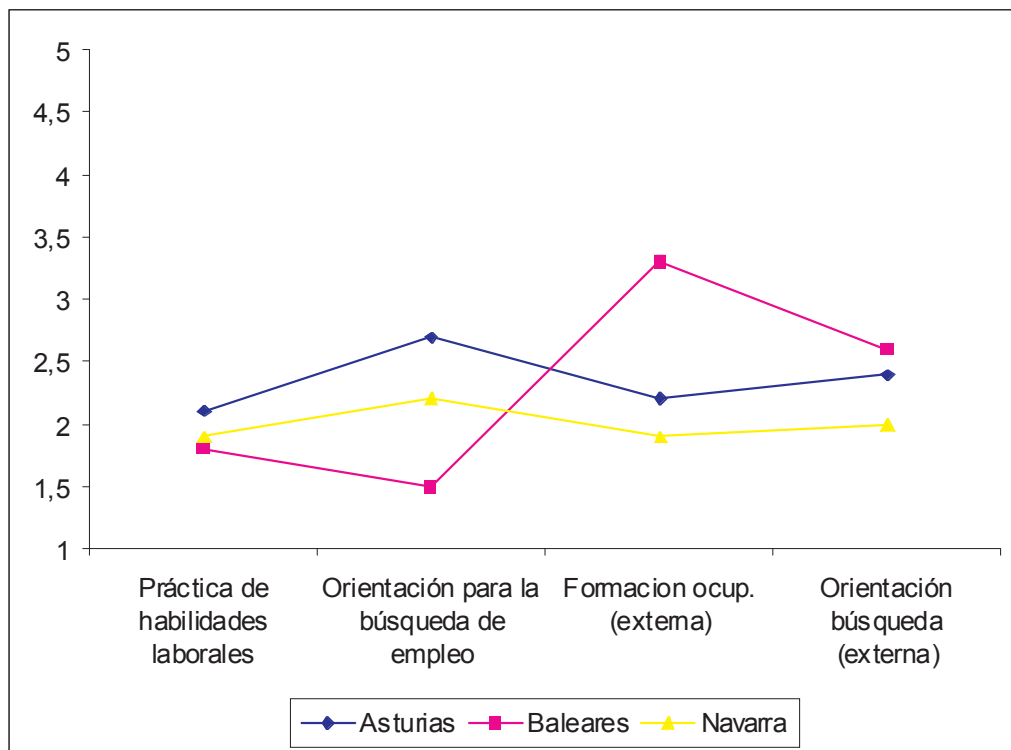
(2) Sin embargo tan sólo el 27,1% (n= 16) de los navarros y el 53,8% (n= 35) de los asturianos valoran su satisfacción con la orientación para la búsqueda de empleo realizada en el propio programa de tratamiento frente al 100% de los de Baleares. Ahora bien, en este caso la satisfacción es más baja en Asturias que en Baleares y Navarra (satisfactoria vs. muy satisfactoria).

(3) Menor tasa de respuestas presenta la formación ocupacional externa realizada durante el tratamiento. En este caso han contestado el 51,5% (n= 33) de los atendidos en Baleares, el 20% (n= 13) de los atendidos en Asturias y el 11,8% (n= 7) de los atendidos en Navarra. En su conjunto, aun siendo la media de respuesta satisfactoria, es el ítem menos valorado de los considerados, pero hay que tener en cuenta que en este caso la diferencia viene marcada por los atendidos en Baleares.

(4) La orientación externa para la búsqueda de empleo presenta una mayor tasa de respuesta en Asturias (35,4%; n= 23) pero mucho menor en Navarra (3,4%; n= 2).

Cuando se valoran en su conjunto la satisfacción en las cuatro actividades por programas (Gráfico 4), se puede observar que en Baleares se produce el mayor salto entre la actividad peor valorada (la formación ocupacional externa) y la mejor valorada (la orientación interna para la búsqueda de empleo).





**Gráfico 4 Satisfacción con las actividades de inserción laboral**

En cuanto a la variación que ha sufrido la situación laboral tras el tratamiento, ha mejorado en todos los programas, y en su conjunto (Tabla 9).

	Asturias (A)			Baleares (B)			Navarra (N)			Total			F	Dif.
	N	μ	δ	N	μ	δ	N	μ	δ	N	μ	δ		
Variación de la situación laboral tras el tratamiento	57	3,9	0,9	63	4,0	0,5	55	3,8	1	175	3,9	0,8	0,8	

**Tabla 9 Variación de la situación laboral tras el tratamiento (total y por programas)**

(1) empeorado mucho (2) empeorado (3) igual (4) mejorado (5) mejorado mucho

Tanto es así que tan sólo dos personas afirman que haya empeorado mucho (una en Asturias y otra en Navarra); 4 personas afirman que ha empeorado (3 en Navarra y una en Baleares); 42 dicen que sigue igual (21 en Asturias, 4 en Baleares y 17 en Navarra) y el resto dicen que ha mejorado (48%; n= 84) o mejorado mucho (24,6%; n= 43).





Cuando se valora la relación de la evolución en el empleo tras el tratamiento, en el caso de la orientación interna para la búsqueda de empleo, la práctica de habilidades laborales y la orientación externa se halla una relación directa y positiva (Tabla 10). La formación ocupacional realizada en recursos externos se valora como neutra. En este caso hay que tener en cuenta el mayor peso de las respuestas de Baleares, que representan el 79% de las respuestas a este ítem (n= 66).

**Tabla 10 Relación con la evolución de las actividades de inserción laboral (total y por programas)**

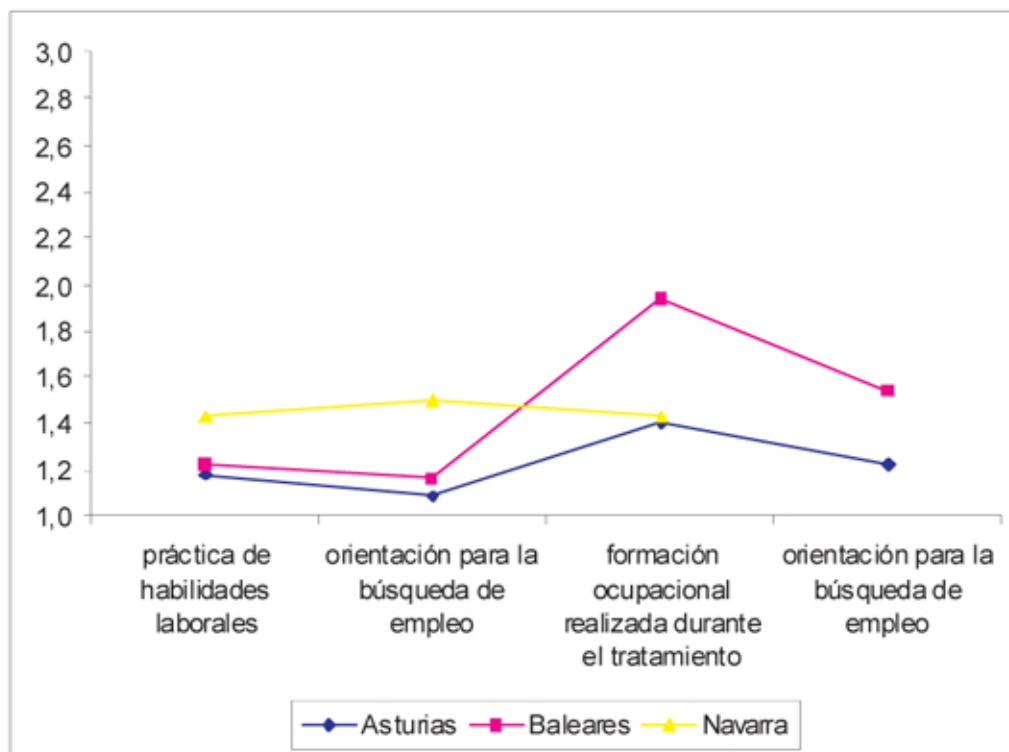
(1) directa y positiva (2) neutra (3) directa y negativa

Relación con la evolución de...	Asturias (A)			Baleares (B)			Navarra (N)			Total			F	Dif.
	N	$\mu$	$\delta$	N	$\mu$	$\delta$	N	$\mu$	$\delta$	N	$\mu$	$\delta$		
práctica de habilidades laborales	61	1,2	0,5	66	1,2	0,4	56	1,4	0,5	183	1,3	0,5	4,5*	N>A
orientación para la búsqueda de empleo (interna)	35	1,1	0,3	66	1,2	0,4	14	1,5	0,5	115	1,2	0,4	6,4**	N>A
formación ocupacional realizada durante el tratamiento (externa)	10	1,4	0,7	66	1,9	0,2	7	1,4	0,8	83	1,8	0,4	--	
orientación para la búsqueda de empleo (externa)	22	1,2	0,4	65	1,5	0,5	1	--	.	88	1,5	0,5	--	

De hecho, el 93,9% de los atendidos en Baleares valoran que la relación es neutra (n= 62) y el 6,1% (n= 4) que es directa y positiva.

Cuando se valoran estos datos en su conjunto es nuevamente en Baleares donde se da la mayor variación: la orientación para la búsqueda de empleo interna se valora con una relación directa y positiva, frente a la formación ocupacional externa que se valora como neutra (Gráfico 5).

En el caso de Asturias y Navarra la ponderación es más homogénea.



**Gráfico 5** Relación de las actividades de inserción laboral con la evolución tras el tratamiento

Cuando se consideran la satisfacción con las actividades laborales (tan sólo las actividades internas para que haya el suficiente número de casos en un análisis de regresión logística) y la relación de las mismas con la evolución tras el tratamiento, se encuentra que es la satisfacción en la orientación para la búsqueda de empleo interna la que predice más del 70% de la evolución posterior.

**Tabla 11** Modelo de regresión logística: satisfacción con las actividades de inserción laboral y relación de las mismas con la evolución tras el tratamiento

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: s.busq.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 2(a)	s.busq	-1,181	,320	13,657	1	,000	,307
	Constante	4,047	,822	24,239	1	,000	57,202

De hecho, ninguna de las personas que manifestaron encontrarse poco o nada satisfechas con la orientación para la búsqueda de empleo interna considera que mejoró su situación laboral tras el tratamiento. Aun cuando 16 personas que se encontraban satisfechas o muy satisfechas con esta búsqueda de empleo no mejoraron posteriormente.





Lógicamente, al medirse un tiempo después del tratamiento, la satisfacción se ve influida por el resultado que de hecho tuvo esa intervención en su situación laboral.

## Comparación en función de la utilidad percibida del tratamiento para la inserción laboral.

En Navarra un 39% (n= 23) de los pacientes valoró que el programa de tratamiento le ayudó en la integración laboral frente al 61,9% de Asturias (n= 39) o el 87,7% de Baleares (n= 57) -Tabla 12-.

**Tabla 12 Ayuda recibida por el programa para la integración en el mundo laboral**  
(Bastante-mucho vs. Normal-poco-nada)

	No ayudó significativamente		Ayudó (bastante-mucho)		Total	$\chi^2$
	N	%	N	%		
<b>Asturias</b>	24	38,1	39	61,9	63	31,8***
<b>Baleares</b>	8	12,3	57	87,7	65	
<b>Navarra</b>	36	61,0	23	39,0	59	
<b>Total</b>	68	36,4	119	63,6	187	

La satisfacción con las actividades laborales de quienes mejoraron su situación laboral tras el tratamiento es superior en dos ítems sobre quienes no mejoraron (Tabla 14): (1) en la satisfacción con la práctica de habilidades laborales (aspectos relacionados con la puntualidad, hábitos...); y (2), en la orientación para la búsqueda de empleo (orientación individual, grupos de apoyo...).

Ni la formación ocupacional, ni la orientación para la búsqueda de empleo en recursos externos presentan diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 13 Comparación en satisfacción con actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no**

	Variación de la situación laboral tras el tratamiento	N	Media	D.T.	t
Satisfacción con práctica de habilidades laborales	Mejóro tras el tratamiento	125	1,78	,819	2,7**
	Siguió igual – no mejoró	48	2,25	1,082	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	Mejóro tras el tratamiento	90	1,74	,815	,3***
	Siguió igual – no mejoró	22	2,86	1,167	
Satisfacción con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	Mejóro tras el tratamiento	43	2,88	1,219	,4
	Siguió igual – no mejoró	10	2,70	1,418	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	Mejóro tras el tratamiento	75	2,57	,791	,8
	Siguió igual – no mejoró	13	2,38	,768	

(1) muy satisfactorio (2) bastante satisfactorio (3) satisfactorio (4) poco satisfactorio (5) nada satisfactorio

En la Tabla 15 se compara qué tipo de relación atribuyen los entrevistados a las actividades relacionadas con las habilidades laborales en función de su evolución posterior. Quienes mejoraron su situación tras el tratamiento consideran en mayor medida que la práctica de habilidades laborales (recuperación de hábitos, puntualidad, responsabilidad...) tiene una relación directa y positiva con su situación laboral.

**Tabla 14 Comparación en relación atribuida a las actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no**

	Variación de la situación laboral tras el tratamiento	N	Media	D.T.	t
Relación con práctica de habilidades laborales	Mejóro tras el tratamiento	123	1,20	,398	,7**
	Siguió igual – no mejoró	47	1,45	,583	
Relación con orientación para la búsqueda de empleo	Mejóro tras el tratamiento	90	1,16	,364	,2
	Siguió igual – no mejoró	21	1,29	,463	
Relación con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	Mejóro tras el tratamiento	70	1,86	,427	,7
	Siguió igual – no mejoró	10	1,60	,516	
Relación con orientación para la búsqueda de empleo	Mejóro tras el tratamiento	75	1,45	,501	,3
	Siguió igual – no mejoró	10	1,50	,527	

(1) directa y positiva (2) neutra (3) directa y negativa

Cuando los anteriores análisis se realizan por programas, se obtienen los resultados presentados en la Tabla 16 y en la Tabla 17.





Si bien los datos generales siguen la misma tónica que en el análisis anterior, tan sólo en el caso del programa de Asturias quienes mejoraron su situación laboral valoran mejor su satisfacción con la práctica de habilidades laborales y con la orientación para la búsqueda de empleo (Plan individual con el terapeuta...). Ni en Baleares ni en Navarra se dan diferencias estadísticamente significativas entre los ítems.

**Tabla 15 Comparación en satisfacción con actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no por programas**

		Mejoró situación laboral tras el tratamiento	N	Rangos	U
Asturias	Satisfacción con práctica de habilidades laborales	No mejoró	22	34,20	270,5*
		Mejoró	35	25,73	
	Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	11	23,59	70,5*
		Mejoró	24	15,44	
	Satisfacción con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	No mejoró	4	4,75	
		Mejoró	8	7,38	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	7	11,21	50	
	Mejoró	16	12,34		
Baleares	Satisfacción con práctica de habilidades laborales	No mejoró	5	39,00	110
		Mejoró	58	31,40	
	Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	5	39,30	103,5
		Mejoró	57	30,82	
	Satisfacción con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	No mejoró	4	18,00	58
		Mejoró	30	17,43	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	5	31,10	140,5	
	Mejoró	58	32,08		
Navarra	Satisfacción con práctica de habilidades laborales	No mejoró	21	29,57	282
		Mejoró	32	25,31	
	Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	6	10,58	11,5
		Mejoró	9	6,28	
	Satisfacción con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	No mejoró	2	5,00	3
		Mejoró	5	3,60	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	1	1,50	0,5	
	Mejoró	1	1,50		

(1) muy satisfactorio (2) bastante satisfactorio (3) satisfactorio (4) poco satisfactorio (5) nada satisfactorio

Por otra parte, en la valoración de la relación de las actividades con la evolución tras el tratamiento, tan sólo en el caso de Navarra se encuentra que quienes mejoraron su situación laboral tras el tratamiento encuentran una relación más positiva y directa con la práctica de las habilidades laborales. Ni en el resto de programas, ni en el resto de ítems se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Tabla 17).

**Tabla 16 Comparación en relación atribuida a las actividades laborales entre quienes mejoraron situación laboral tras el empleo y quienes no por programas**

		mejoró situación laboral tras el tratamiento	N	Rangos	U
Asturias	Relación con práctica de habilidades laborales	No mejoró	22	30,80	301,5
		Mejóro	33	26,14	
	Relación con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	10	20,00	105
		Mejóro	25	17,20	
	Relación con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	No mejoró	3	4,00	6
		Mejóro	7	6,14	
Relación con orientación para la búsqueda de Empleo (externa)	No mejoró	5	11,10	39,5	
	Mejóro	16	10,97		
Balears	Relación con práctica de habilidades laborales	No mejoró	5	37,60	117
		Mejóro	58	31,52	
	Relación con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	5	39,60	107
		Mejóro	58	31,34	
	Relación con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	No mejoró	5	34,00	135
		Mejóro	58	31,83	
Relación con orientación para la búsqueda de Empleo (externa)	No mejoró	5	40,20	104	
	Mejóro	58	31,29		
Navarra	Relación con práctica de habilidades laborales	No mejoró	20	31,35	223*
		Mejóro	32	23,47	
	Relación con orientación para la búsqueda de empleo	No mejoró	6	5,67	13
		Mejóro	7	8,14	
	Relación con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	No mejoró	2	4,50	4
		Mejóro	5	3,80	
Relación con orientación para la búsqueda de Empleo (externa)	No mejoró	0			
	Mejóro	0			

(1) directa y posi(1) directa y positiva (2) neutra (3) directa y negativa





## Comparación de la integración laboral en función de la finalización o no del tratamiento.

En Asturias fueron entrevistadas 20 personas (30,8%) que abandonaron el programa de tratamiento antes de su finalización, y en Navarra 16 (27,1%).

De estas 36 personas, 20 (60,6%) dieron como motivo de abandono del tratamiento no querer continuar con las limitaciones que impone Proyecto Hombre, y el 30,3% (n= 10) haber conseguido los objetivos que se proponían.

Cuando se comparan los beneficios percibidos por los pacientes durante el tratamiento entre las altas terapéuticas se obtiene la siguiente tabla.

**Tabla 17 Comparación de los beneficios del tratamiento, solo altas terapéuticas**

	Asturias (A) Media	Baleares (B) Media	Navarra (N) Media	Dif.
Tener mayor conciencia de mis problemas	4.6	4.9	4.4	B>N
Consumir menos otras drogas	4.6	5.0	4.0	B y A > N
No consumir ningún tipo de drogas	4.7	4.9	4.2	B y A > N
Cuidarme más	4.4	4.7	4.3	B>N
Sentirme más a gusto conmigo mismo	4.3	4.8	4.1	B>A y N
Tener más confianza en mi mismo	4.2	4.7	4.0	B>A y N
Ser más responsables	4.5	4.6	3.8	B y A > N
Relacionarme mejor con mi familia	4.3	4.6	4.0	B>N
Aceptar mejor las normas	4.1	4.8	3.8	B>A y N
Aprender a vivir con los demás	4.2	4.6	4.0	B>N
Sentirme menos solo	4.2	4.4	3.6	B y A > N
Ayudar a integrarme en la sociedad	4.1	4.7	3.2	B>A>N
Tener otras inquietudes	4.1	4.2	3.7	B>N
Ocupar mejor mi tiempo libre	4.2	3.9	3.7	
No cometer delitos	4.0	5.0	2.3	B>A>N
Integrarme en el mundo laboral	3.7	4.3	2.8	B>A>N

(1)Nada (2) Poco (3) Normal (4) Bastante (5) Mucho



En Navarra los beneficios obtienen una puntuación significativamente menor que en Baleares en todos los casos, menos en la ocupación del tiempo libre. Las puntuaciones en Asturias son más semejantes a las de Baleares que a las de Navarra.

Ahora bien, cuando se comparan las personas que abandonaron el tratamiento previamente, en tan sólo dos ítems se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Asturias y Navarra: la aceptación de normas y la comisión de delitos.

**Tabla 18 Comparación de los beneficios del tratamiento, solo abandonos**

	<b>Asturias</b> Media	<b>Navarra</b> Media	<b>Dif.</b>
Tener mayor conciencia de mis problemas	4.4	4.0	
Consumir menos otras drogas	4.1	4.4	
No consumir ningún tipo de drogas	3.8	3.5	
Cuidarme más	4.1	4.1	
Sentirme más a gusto conmigo mismo	4.0	4.3	
Tener más confianza en mi mismo	3.9	4.3	
Ser más responsables	4.0	3.8	
Relacionarme mejor con mi familia	3.9	3.6	
Aceptar mejor las normas	4.1	3.3	A>N
Aprender a vivir con los demás	3.9	3.3	
Sentirme menos solo	3.7	3.9	
Ayudar a integrarme en la sociedad	3.7	2.8	
Dejar de consumir heroína	3.6	2.7	
Tener otras inquietudes	3.7	2.9	
Ocupar mejor mi tiempo libre	3.8	3.6	
No cometer delitos	3.5	2.3	A>N
Integrarme en el mundo laboral	3.1	2.6	

(1) Nada (2) Poco (3) Normal (4) Bastante (5) Mucho





Comparadas las altas y los abandonos en los tres factores subyacentes a los beneficios del tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 19 Comparación entre altas terapéuticas y abandonos en los tres factores**

		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>t</b>
Factor 1 (Cultivo personal)	Abandonos	36	-0,2	1,3	0,9
	Altas terapéuticas	83	0,0	1,1	
Factor 2 (Relaciones sociales)	Abandonos	36	-0,4	1,0	1,5
	Altas terapéuticas	83	-0,1	1,2	
Factor 3 (Inespecífico)	Abandonos	36	-0,4	1,0	0,4
	Altas terapéuticas	83	-0,4	1,1	

Sí que difirieron significativamente en cuanto a la satisfacción con el programa de tratamiento. Los abandonos se mostraron menos satisfechos con el programa de tratamiento que las altas terapéuticas. El 13,9% (n= 5) de los abandonos se mostraban poco o nada satisfechos con el programa Proyecto Hombre frente al 2,2% de las altas terapéuticas (n= 2).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre altas y abandonos en la variación de la situación laboral tras el tratamiento (Tabla 21). Un 60,6% de los abandonos considera que su situación laboral tras el tratamiento ha mejorado o mejorado mucho (n= 20), y entre las altas terapéuticas el porcentaje es del 62% (n= 49).

**Tabla 20 Variación de la situación laboral tras el tratamiento (altas terapéuticas vs. abandonos)**

	<b>Abandonos</b>		<b>Altas terapéuticas</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ha empeorado mucho	1	3,0	1	1,3	2	1,8
Ha empeorado	0	0,0	3	3,8	3	2,7
Sigue igual	12	36,4	26	32,9	38	33,9
Ha mejorado	8	24,2	25	31,6	33	29,5
Ha mejorado mucho	12	36,4	24	30,4	36	32,1
Total	33		79		112	

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre altas y abandonos en cuanto a la satisfacción con las actividades de inserción laboral (Tabla 22).

**Tabla 21 Satisfacción con las actividades de inserción laboral, en función de la finalización o no del programa de tratamiento**

	Atas y abandonos	N	Media	D.T.	U
Satisfacción con práctica de habilidades laborales	Abandonos	36	2,14	1,099	1410,5
	Altas terapéuticas	86	1,95	1,005	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo (interna)	Abandonos	13	2,92	,954	186,5
	Altas terapéuticas	38	2,45	1,032	
Satisfacción con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	Abandonos	4	1,50	1,000	20,5
	Altas terapéuticas	16	2,25	1,183	
Satisfacción con orientación para la búsqueda de empleo (externa)	Abandonos	4	2,50	1,000	36
	Altas terapéuticas	21	2,38	,805	

(1) muy satisfactorio (2) bastante satisfactorio (3) satisfactorio (4) poco satisfactorio (5) nada satisfactorio

Donde sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue en la valoración de la relación de la orientación para la búsqueda de empleo (interna) con la evolución posterior (Tabla 23). El 100% de los abandonos que participaron de este tipo de actividades (n= 12) considera que tuvieron una relación directa y positiva con su posterior evolución.

**Tabla 22 Relación de las actividades de inserción laboral con la posterior evolución, en función de la finalización o no del programa de tratamiento**

	Atas y abandonos	N	Media	D.T.	U
Relación con práctica de habilidades laborales	Abandonos	36	1,33	,535	1391
	Altas terapéuticas	81	1,28	,506	
Relación con orientación para la búsqueda de empleo (interno)	Abandonos	12	1,00	,000	162*
	Altas terapéuticas	37	1,27	,450	
Relación con formación ocupacional realizada durante el tratamiento	Abandonos	4	1,25	,500	23,5
	Altas terapéuticas	13	1,46	,776	
Relación con orientación para la búsqueda de empleo (externo)	Abandonos	4	1,25	,500	37,5
	Altas terapéuticas	19	1,26	,452	

(1) directa y positiva (2) neutra (3) directa y negativa





## Comparación de la integración laboral en función del tipo de contrato que tiene el paciente en el momento de la entrevista.

En el periodo de seguimiento trabajaron 41 personas en Asturias (63,1%), 45 personas en Baleares (68,2%) y 43 personas en Navarra (72,9%), representando en su conjunto, un 67,9% de los entrevistados (n= 129). Además, para casi el 65% de la muestra (N= 127) el empleo fue la principal fuente de ingresos tras el tratamiento (Tabla 23).

**Tabla 23 Principal fuente de ingresos tras el tratamiento**

	Asturias		Baleares		Navarra		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Empleo	44	67,7	44	66,7	39	60,0	127	64,8
Paro	0	0,0	4	6,1	3	4,6	7	3,6
Ayuda Social	3	4,6	0	0,0	5	7,7	8	4,1
Pensión/S.S.	9	13,8	1	1,5	7	10,8	17	8,7
Compañeros, familiares y amigos	8	12,3	0	0,0	4	6,2	12	6,1
Otras fuentes	1	1,5	0	0,0	2	3,1	3	1,5
No contestan	0	0,0	17	25,8	5	7,7	22	11,2
	65	100,0	66	100,0	65	100,0	196	100,0

Tan sólo dos personas trabajaron sin contrato, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que habían completado el tratamiento y las que lo habían abandonado antes de concluirlo.

En la Tabla 24 se presenta el sector profesional en el que trabajaron.

**Tabla 24 Sector profesional en el que trabajaron**

<b>SECTOR PROFESIONAL</b>	<b>ASTURIAS</b>	<b>BALEARES</b>	<b>NAVARRA</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Sin identificar</b>				
Recuento	1	6	0	7
%	2,27	13,64	0	5,51
<b>Profesionales, técnicos y similares</b>				
Recuento	0	0	1	1
%	0	0	2,56	0,79
<b>Directivos y gerentes de la administración pública y las empresas</b>				
				0 (0%)
<b>Servicios Administrativos en las empresas y la Administración Pública</b>				
Recuento	2	2	1	5
%	4,54	4,54	2,56	3,94
<b>Comercio</b>				
Recuento	3	4	1	8
%	6,82	9,09	2,56	6,30
<b>Hostelería, servicios personales, de protección y seguridad, domésticos y similares</b>				
Recuento	10	9	5	24
%	22,73	20,45	12,82	18,90
<b>Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza</b>				
Recuento	4	3	2	9
%	9,09	6,82	5,13	7,09
<b>Construcción, industria, minería y transportes</b>				
Recuento	14	12	17	43
%	31,82	27,27	43,60	33,85
<b>Peones y trabajadores no especializados</b>				
Recuento	10	8	12	30
%	22,73	18,19	30,77	23,62
<b>Profesionales de las fuerzas armadas</b>				
				0 (0%)
<b>TOTAL RECUENTO</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>39</b>	<b>127</b>
<b>TOTAL %</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>





Por un lado, se observa que el empleo se concentra en dos sectores preferentes, como son el de hostelería y servicios personales (18,90%) y el de construcción e industria (33,85%). Es cierto que, en buena medida, estos dos sectores significan una parte importante del empleo que se oferta actualmente, pero también es llamativo el poco peso de los sectores profesionales y administrativos (4,73%) y del comercio (6,30%).

Señalar que casi la cuarta parte (23,62%) no se identifica, por su baja cualificación, con ningún sector productivo determinado.

En cuanto a las diferencias por programas, aunque en cada uno de ellos se mantienen las líneas generales, es importante ver que en Navarra el empleo se concentra de forma muy importante en el sector de construcción e industria (43,60%) y es muy alto el número de peones y trabajadores no especializados (30,77%), concentrando entre los dos el 74,37 % del empleo.

# DISCUSSION







# D I S C U S I Ó N

## Discusión

La población atendida durante el año 2005 en los tres programas de tratamiento es muy similar desde la perspectiva sociodemográfica. Además los datos obtenidos son también muy parecidos a los de otros dispositivos de tratamientos residenciales. Se está, mayoritariamente, ante hombres españoles con unos 30 años de edad y que en el momento del ingreso en el tratamiento su principal fuente de ingresos provenía de compañeros, familiares o amigos. Ahora bien, también es cierto que se presentan algunas diferencias. Así, en el caso de Asturias casi un 17% de las personas atendidas había vivido en un medio protegido (cárcel) antes de ingresar en el tratamiento.

En Navarra las actividades ilegales apenas habían sido la principal fuente de ingresos para el 3% de las personas atendidas, frente al casi 14% de Asturias y Baleares. Este dato se correspondería, más o menos, con que los pacientes atendidos en Navarra recibieran un 6% más de pensiones o seguridad social y un 5% más de ayudas sociales. Así pues, se podría pensar que este colectivo de pacientes recurre a la delincuencia cuando se agotan otras vías para obtener el dinero. A su vez, este dato parece asociarse con que en Navarra se haya encontrado que el programa de tratamiento ha servido, en menor medida para interrumpir la comisión de delitos, y que los propios pacientes valoraran el área judicial como la menos necesitada de ayuda.

En cuanto a la necesidad percibida de tratamiento, es de destacar cómo entre las prioridades de atención en el momento del ingreso los atendidos en Baleares muestran el área laboral como la última prioridad, mientras que en Navarra es la segunda y en Asturias la tercera. En lo que coinciden los pacientes de los tres programas es en señalar el área familiar como la más necesitada de tratamiento. Detrás de estas diferencias entre las poblaciones atendidas, no se puede olvidar el contexto social de cada programa de tratamiento. En una comunidad con mucho trabajo estacional y no cualificado - como podría ser Baleares- el área laboral no es una prioridad de tratamiento. En Navarra, con una situación cercana al pleno empleo, sí que es una prioridad entre personas que llegaron desempleadas. En Asturias, con un importante porcentaje de personas procedentes de prisión, las problemáticas sociales y laborales están muy relacionadas.



Además, dentro del conjunto de posibles beneficios derivados de la estancia en el programa de tratamiento, las personas entrevistadas valoran en último lugar la integración laboral.

Parece que la integración laboral no estuviese entre los objetivos inmediatos de quienes ingresaron en el tratamiento. Es perfectamente plausible que el deseo de interrumpir el consumo de drogas minimice, en un primer momento, otro tipo de objetivos como la integración laboral. Además hay que tener presente que se está ante un tratamiento residencial, y la orientación que se da desde los equipos de tratamiento es que se posponga cualquier inserción laboral hasta los momentos reservados para ello en la parte final del programa. Así, la decisión de ingresar en el tratamiento retrasa cualquier intención laboral.

Las personas que estén de baja sólo tienen la preocupación de que el tratamiento dure el tiempo que cubre el subsidio, y las que deben ser mantenidas notarán el apremio más adelante.

Ahora bien, los beneficios derivados del tratamiento no se presentan aisladamente. Del análisis factorial obtenemos tres ítems, uno más relacionado con el crecimiento personal y otro con las relaciones personales y un último más disperso, que se relaciona con un perfil de mayor gravedad de la adicción (personas con importantes problemas de empleo, que han realizado actividades ilegales y con problemática de policonsumo).

En este factor se agruparían aspectos que no afectan a todos los atendidos, ya que, no todos los pacientes han tenido problemas con la justicia, ni todos ellos han tenido problemas de consumo de heroína. Algunos incluso sólo presentan problemas de abuso por una sustancia. Tampoco todas las personas atendidas presentaban problemas por desempleo.

En los tres programas se considera que la situación laboral tras el tratamiento ha mejorado o ha mejorado mucho. De hecho ha sido así para el 72,6% de los atendidos; ha seguido igual para el 24% y ha empeorado o empeorado mucho para el 3,4% de los atendidos. En este caso no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los tres programas de tratamiento.

Hay que tener presente que según algunos estudios, en los casos que se presentan problemas graves de dependencia y precariedad en el empleo, cuando se intenta orientar laboralmente a estas personas se obtienen unos resultados muy pobres, porque se suelen presentar unas deficiencias personales muy importantes (Kemp & Neale, 2005). Partiendo de esta hipótesis, trabajando los dos primeros factores se trabajaría de forma indirecta la inserción laboral.

Esto es importante, pues en principio aun cuando los tres enfoques de intervención abordan de modo distinto la inserción laboral, comparten el modo de tratamiento de la drogodependencia. Y el modo de tratamiento en los tres casos es muy comportamental, incidiendo sobre los hábitos personales. Además los pacientes de los tres programas muestran una satisfacción alta con este aspecto, sin diferencias entre ellos.

Algo muy semejante ocurre cuando las personas en tratamiento valoran la relación de las actividades realizadas con la evolución tras el tratamiento. Existe un consenso en cuanto a la relación directa y positiva de estas habilidades laborales (puntualidad, responsabilidad...) en la evolución laboral posterior.

Y en esta composición se halla la primera diferencia estadísticamente significativa entre los tres programas: Baleares presenta una mayor puntuación en el factor 2 (relaciones sociales) y en el factor 3 (integración laboral, no cometer delitos...) que Asturias, y a su vez, Asturias que Navarra.

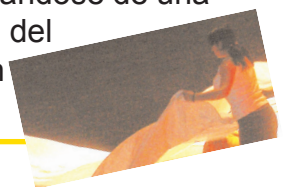
Cuando se valoran las actividades de inserción laboral, aun cuando en general los entrevistados presentan una satisfacción alta con las mismas, las respuestas ponen de manifiesto las diferentes intervenciones de los programas.

Es interesante destacar que la actividad que menos se ha empleado es la formación ocupacional realizada en recursos externos. Además es la actividad menos valorada (aun cuando se valore como satisfactoria) en el programa de Baleares frente a los otros dos programas, aun cuando es el programa que más ha empleado este recurso. De hecho, los dos valores más extremos se dan en el programa de Baleares. No obstante, hay que tener presente que Baleares sólo cuenta con datos procedentes de altas terapéuticas.

En este caso, la formación ocupacional realizada en recursos externos no presenta una relación directa y positiva. Aun cuando no se valore como negativa, se valora como neutra.

Además, las personas más satisfechas con la formación ocupacional externa suelen ser aquellas que por el contrario están menos satisfechas con la intervención global recibida para la inserción laboral.

Probablemente estos pacientes buscaron por su cuenta una formación diferente a la recibida, puesto que no estaban tan satisfechos. Además, tratándose de una búsqueda activa, ésta resultó más adaptada a sus necesidades del momento que los cursos de carácter más general que pudieron programarse desde el tratamiento.





Considerando la satisfacción y la relación atribuida a las actividades internas con la mejora de la situación laboral tras el tratamiento, el principal predictor de ésta ha resultado la satisfacción con la orientación para la búsqueda de empleo.

Si bien la satisfacción con ésta no implica una mejora en la posterior evolución, la falta de satisfacción sí está relacionada con la ausencia de mejora. De hecho, también podría interpretarse que las personas insatisfechas con su situación laboral negativizan dicha intervención al no haber obtenido de ella resultados tangibles.

Dadas las actividades incluidas en este ítem, parece abrirse paso la idea de que es el propio sistema de la comunidad terapéutica el que parece tener un peso importante en todas las áreas de intervención. El alto grado de satisfacción con la orientación para la búsqueda de empleo, y con la práctica de habilidades laborales, extensamente trabajadas durante la estancia en la CT, así como su relación con los resultados parecen apoyar esta hipótesis.

### ***La integración laboral en función de la finalización o no del tratamiento.***

En líneas generales, todos los pacientes, hayan finalizado o no el programa de tratamiento, valoran importantes beneficios derivados del mismo.

No se han hallado diferencias relevantes entre las altas terapéuticas y los abandonos del tratamiento en cuanto a la inserción laboral. Este dato parece indicar nuevamente que la integración laboral no es una motivación central de las personas que acudieron a tratamiento. O por lo menos para las personas que se mantuvieron en el programa de tratamiento. De hecho las dos motivaciones más señaladas por los pacientes para abandonar el tratamiento fueron no querer continuar con las limitaciones del programa de tratamiento y haber cumplido con los objetivos que se habían propuesto los propios pacientes.

Aun siendo cierto que los abandonos se muestran menos satisfechos con el programa de tratamiento que las altas terapéuticas, se puede señalar el alto grado de satisfacción. Además el hecho de que no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en los tres factores de beneficios del tratamiento orienta a pensar que aun cuando no se complete en su totalidad tiene sus efectos positivos, tal y como se apuntó anteriormente.

Sí que pudiera darse el caso de que las personas que necesitaban mantener un trabajo, o una rápida inserción laboral, no hubiesen optado por una modalidad de tratamiento como la comunidad terapéutica. Y es que no hay que olvidar que

para poder estar en la comunidad terapéutica se requiere dejar, al menos durante el tiempo del ingreso, la actividad laboral. En este sentido sí que los resultados mostrados pueden presentar el efecto autoselectivo del programa de tratamiento. En posteriores estudios sería interesante contrastar los datos de la comunidad terapéutica con los de otros dispositivos de tratamiento no residenciales en relación con su eficacia para la inserción laboral.

## Limitaciones

Entre las limitaciones que presenta este estudio hay que considerar las siguientes:

Aun cuando entre las personas entrevistadas un 18,9% eran personas que habían abandonado el programa de tratamiento, éstas eran personas que habían estado más de tres meses en el mismo. Parece que hay evidencia de que existen dos tipos de abandonos: (1) un abandono temprano, antes de los tres primeros meses de tratamiento; y, (2) un abandono posterior, que estaría asociado a una menor psicopatología (Fernández-Montalvo et al., 2004). Por lo tanto, los datos expuestos en este estudio se refieren a personas que han superado un primer filtro en el programa de tratamiento.

Por otro lado, los tres programas de tratamiento presentan más diferencias de las previstas inicialmente. Algunas de ellas derivadas del contexto social en que ofrecen el tratamiento, que han condicionado las características de la muestra. En cuanto a los instrumentos empleados, aun cuando se procuró incidir especialmente en la inserción laboral, en posteriores investigaciones deberá mejorarse la calidad de las preguntas planteadas, y abordar cómo se realizó el proceso de búsqueda y obtención de empleo. Así, al menos se deberían concretar las actividades realizadas (tales como visitas a empresas, envío de currículum, mediación de empresas de trabajo temporal etc.), el tiempo dedicado a las mismas, y en el caso de las personas que obtuvieron empleo, a qué lo atribuyen. También sería interesante obtener una visión de la evolución laboral.

De alguna forma, sería conocer el proceso real, y relacionarlo con las actividades previas realizadas (habilidades laborales, orientación y formación externas o internas,...).

La integración en el mundo laboral no afecta a todas las personas atendidas, y los programas específicos de los programas de Baleares y Navarra se aplican a todas las personas atendidas. Esta diferencia limita el alcance de los resultados. En el futuro se ha de contemplar esta variable para poder realizar un seguimiento de los datos.





## En síntesis

Aun cuando globalmente se podría entender que la labor realizada por Proyecto Hombre es muy semejante en todos sus programas de tratamiento, en el presente estudio se han puesto de relieve pequeñas diferencias que pueden estar condicionando el tipo de atención dada. Así por ejemplo, aun cuando globalmente el perfil de los pacientes atendidos parece muy semejante, en las áreas de intervención valoradas en el momento del ingreso las prioridades de los pacientes se han mostrado diferentes.

La utilización de instrumentos estandarizados (EuropAsi) para valorar la severidad de los pacientes que acuden a tratamiento a cada uno de los dispositivos de Proyecto Hombre se ha mostrado muy útil. La utilización de medidas estandarizadas ha facilitado la comunicación tanto entre los equipos de tratamiento de Proyecto Hombre como con otros programas de tratamiento externos.

Si se compara el antes-después del tratamiento, las personas consideran que han mejorado laboralmente y lo achacan con mayor peso al trabajo personal que han realizado en la comunidad terapéutica en las actividades englobadas por el factor 2 ("Aceptar mejor las normas", "Relacionarme mejor con mi familia", "Aprender a vivir con los demás", "Tener mayor conciencia de mis problemas", "Ayudar a integrarme en la sociedad", y "Ser más responsable").

Las intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar las habilidades sociales de los pacientes contribuyen a que estos consideren, cuando finalizan el tratamiento, que su situación laboral mejoró.

Incluso aun cuando una persona abandone el tratamiento antes de concluirlo, se obtienen efectos positivos, al menos, en esta área.

Los resultados que se obtienen sobre el tratamiento específico realizado en comunidad terapéutica para la inserción laboral no aportan datos que relacionen este trabajo con la mejora de la situación laboral.

Así pues, una vez que se trabajan las deficiencias personales de las personas atendidas, y logrados unos hábitos de comportamiento, el siguiente paso ha de ser una inserción laboral planificada e individualizada. Incluso en algunos casos, se puede ofrecer desde el principio del tratamiento. Para ello sería necesario aplicar algunas acciones de mejora que se presentan a continuación.



## Recomendaciones

Es recomendable seguir empleando instrumentos estandarizados de valoración de los pacientes.

Para poder realizar estudios como el presente en el futuro, es recomendable pedir a los pacientes atendidos por Proyecto Hombre -en las primeras consultas- consentimiento para contactar en un futuro, solicitándoles datos de contacto. Esta solicitud facilitaría la localización posterior en las evaluaciones de resultados.

Es recomendable definir las poblaciones diana a las que se dirigen los diferentes programas de tratamiento. De esta manera se podrá controlar la adecuación de la oferta a la población destinataria.

Sería muy beneficioso, el establecimiento de evaluaciones periódicas de resultados a corto (finalizaciones-abandonos del tratamiento) y a largo plazo (evolución de los pacientes tras dejar el tratamiento) de la inserción laboral de los pacientes atendidos. Estas evaluaciones deberían ofrecerse a los equipos de tratamiento (microsistema clínico), y a su vez, compararlas con los otros equipos de tratamiento (benchmarking). De esta manera se podría ir mejorando la atención dada.

Hay que tener presente la valoración que pueden hacer las familias y los pacientes de los costes del tratamiento. La realización de evaluaciones de coste-eficacia y de coste-beneficio.

Asimismo, se deberían realizar estudios prospectivos que vinculen las actividades terapéuticas con los resultados obtenidos por determinados tipos de pacientes. De esta manera, tal y como proponen Fernández-Hermida et al. (1999) se podrán aquilatar los juicios sobre la eficacia y la eficiencia de los tratamientos. En resumen, se trata de contar con los resultados obtenidos para continuar la mejora de las actuaciones que se acometan. Para ello, se debería contar con un protocolo sobre la inserción laboral, cuya líneas directrices se presentan a continuación.







# PROLOCCO





P

## PROTOCOLO DE INSERCIÓN LABORAL

R

Es necesario ampliar el conocimiento que se tiene sobre la realidad laboral de los usuarios en, al menos, las siguientes áreas: (1) formativa; (2) historial laboral; (3) fortalezas y debilidades para la búsqueda y obtención de empleo; y (4) expectativas (tanto de estilo de vida como profesionales).

O

Esto permitirá individualizar los procesos, pudiendo ofrecer a cada persona los recursos de inserción más adecuados. Hay que considerar que la valoración que se hace de la formación ocupacional realizada en recursos externos tiene que ver precisamente con la mayor diversidad, lógicamente, de la oferta y por tanto la mejor adaptación a cada situación.

T

Para facilitar el acceso a estos recursos externos, los tratamientos podrían tomar contacto con las diversas entidades que ofrecen tanto formación ocupacional como otras actividades o servicios dirigidos a la inserción laboral, incluso conveniando con ellas. Esto no impediría realizar una formación ocupacional interna, pero posiblemente debería ser muy genérica, para conseguir que sea útil (adaptada) a un mayor número de beneficiarios.

O

C

Ahora bien, una intervención transversal que debe estar presente en todo momento son las denominadas "habilidades laborales". Éstas se han mostrado muy útiles por parte de los pacientes, y por ello es necesario revisarlas y tenerlas más presentes durante el proceso. Incluso se deberían establecer indicadores de su evolución, ya que no sólo son una formación útil para el proceso terapéutico y la inserción social en general, sino que también son un instrumento para la incorporación laboral. Para ello deberían implementarse actividades específicas en este sentido.

O

L

Así pues, es necesario prestar más atención a los procesos de inserción laboral de los usuarios. Es importante que en el conjunto del tratamiento la persona se incorpore a la actividad laboral. De hecho, ya en la actualidad se dedican tiempos y actividades, aunque es cierto que suele ser al final de los procesos terapéuticos. Por ello no conocemos realmente cuáles son los puntos importantes para conseguir un resultado positivo.

O



De aquí derivaría la necesidad de un instrumento de recogida, evaluación y seguimiento de todo esta área.

En este sentido, durante el presente año se ha desarrollado una nueva aplicación informática de la Asociación Proyecto Hombre. Esta aplicación se está poniendo en marcha en todos los centros permitiendo registrar muchos más datos de estos procesos y, con ello, será posible avanzar en este conocimiento de los procesos reales, lo que a su vez permitirá mejorarlos y adaptar los instrumentos.

Por fin, y como resultado directo de esta investigación, hay que valorar en el estudio de los procesos, la incidencia de cada uno de los dos factores que aparecen en esta investigación, relacionados con los dos aspectos de la inserción laboral: (1) la obtención del empleo, y (2) su mantenimiento. Una hipótesis a comprobar en el futuro es si el conjunto de factores relacionado con los aspectos sociales tendrá una mayor incidencia en la obtención de empleo, mientras que el grupo de factores relacionado con los aspectos individuales favorecerá el mantenimiento del puesto.

# BIBLIOGRAFIA





## Referencias bibliográficas

Abeijón, J. A. (2007). La confrontación entre los programas libres de drogas y los de reducción de daños responde a esquemas del pasado. *cdd boletín. Boletín documental sobre drogas y drogodependencias*(141), 4-5.

Arrizabalaga, B., Urrestarazu, M., & de la Huerga, E. (2000). Evaluación de las altas terapéuticas en Proyecto Hombre de Guipúzcoa. *Educación Social*, 14, 84-93.

Asociación Proyecto Hombre. (2006). 2005 Annual Report Integration into the training and occupational sphere in the Proyecto Hombre network Memoria La integración en el ámbito formativo y laboral en la red Proyecto Hombre. Madrid.

Beattie, M., McDaniel, P., & Bond, J. (2006). Public sector managed care: a comparative evaluation of substance abuse treatment in three counties. *Addiction*, 101(6), 857-872.

Beattie, M. C., Hu, T. W., Li, R., & Bond, J. C. (2005). Cost-effectiveness of public sector substance abuse treatment - Comparison of a managed care approach to a traditional public sector system. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32(4), 409-429.

Calvo, A., Lorenzo, M., Pereira, C., Bermúdez, J. C., Lago, Y., Menéndez, J. C., et al. (2001). Evaluación del tratamiento a personas con condicionamientos penales o penitenciarios en los programas Proyecto Hombre de Galicia, León y Asturias. Oviedo: Fundación CESPA.

Caminos, G., Garzarón, P., Illescas, C., Larráyo, C., Lerma, A., López-Goñi, J. J., et al. (2005). Evaluación de la efectividad de un programa ambulatorio de tratamiento de problemas por abuso de sustancias. Primeros resultados. In C. o. d. p. d. Navarra (Ed.), *IV Jornadas de Psicología en Navarra*. Pamplona.

Carpeneo, C. M., Needham, M., Knealing, T. W., Kolodner, K., Fingerhood, M., Wong, C. J., et al. (2007). Professional Demeanor of Chronically Unemployed Cocaine-Dependent Methadone Patients in a Therapeutic Workplace. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1141-1159.

Caurín, P., Seva, A., Galindo, F. J., & Ausejo, M. (2004). Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988 y el 2000. *Comunicación Psiquiátrica 01/03. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría*, Número extraordinario: Las Drogodependencias en Aragón, 49-126.

Cosden, M., Basch, J. E., Campos, E., Greenwell, A., Barazani, S., & Walker, S. (2006). Effects of motivation and problem severity on court-based drug treatment. *Crime & Delinquency*, 52(4), 599-618.





Chi, F. W., Satre, D. D., & Weisner, C. (2006). Chemical dependency patients with cooccurring psychiatric diagnoses: Service patterns and 1-year outcomes. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 30(5), 851-859.

Deben, O., Fernández, M. C., López-Goñi, J. J., Illescas, C., & Santos, J. R. (2004). Evaluación de la eficacia de Programas de Proyecto Hombre. In L. Salas (Ed.), *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 207-221). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Dunlap, L. J., Zarkin, G. A., Lennox, R., & Bray, J. W. (2007). Do Treatment Services for Drug Users in Outpatient Drug-Free Treatment Programs Affect Employment and Crime? *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1161-1185.

Ettner, S. L., Huang, D., Evans, E., Ash, D. R., Hardy, M., Jourabchi, M., et al. (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: Does substance abuse treatment "pay for itself"? *Health Services Research*, 41(1), 192-213.

Fernandez-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernandez-Ludena, J. J., & Marina-Gonzalez, P. A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8(1), 22-29.

Fernandez-Hermida, J. R., & Secades, R. (2001). Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Fernández-Hermida, J. R., & Secades, R. (1999). Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias. In J. R. Fernández-Hermida, R. Secades, Y.

Magdalena-Benavente & C. Riestra del Rosal (Eds.), *Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para la rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias*. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.

Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., Magdalena-Benavente, Y., & Riestra del Rosal, C. (1999). *Evaluación de la Eficacia del Programa Educativo-Terapéutico para Rehabilitación de Toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias*. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.

Fernandez-Montalvo, J., Baez, C., & Echeburua, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11(1), 5-14.



Fernandez-Montalvo, J., & Echeburua, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 103-120.

Fernandez-Montalvo, J., Landa, N., Lopez-Goni, J. J., & Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1442-1448.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2007). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 42.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283.

Fernandez-Montalvo, J., & Lorea, I. (2007). [Comorbidity between cocaine addiction and personality disorders] Comorbilidad de la adicción a la cocaína con los trastornos de la personalidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 225-231.

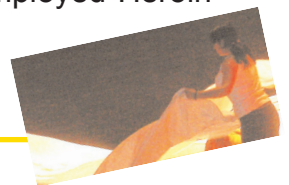
Fernandez-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J. J., Landa, N., & Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(123), 79-98.

Garcia, J. J. M., Collado, E. N., Gomez, J. L. G., & Arias, R. M. (2006). Subtypes of drug-addicts in treatment: empirical support for a distinction between Type A and Type B. *Psicothema*, 18(1), 43-51.

Kemp, P. A., & Neale, J. (2005). Employability and problem drug users. *Critical Social Policy*, 25(1), 28-46.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Koo, D. J., Chitwood, D. D., aacute, nchez, J., & uacute. (2007). Factors for Employment: A Case-Control Study of Fully Employed and Unemployed Heroin Users. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1035-1054.





Lopez-Goni, J. J., & Fernandez-Montalvo, J. (2008). Componentes del tratamiento en comunidad terapéutica. *Revista Proyecto*(Pending of publissing).

López-Goñi, J. J., Fernandez-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2006). Variables predictoras del abandono y del alta terapéutica en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra. In Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra (Ed.), *IV Jornadas de Psicología de Navarra* (pp. 225-226). Pamplona: Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra.

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en Proyecto Hombre. *Fundación Proyecto Hombre de Navarra*.

López-Goñi, J. J., & Yudego, F. (2005). Optimización de la inserción laboral en personas con problemas por uso/abuso de sustancias: *Fundación Proyecto Hombre de Navarra - Fundación Luis Vives*.

Luengo, M. A., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (2000). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. Santiago de Compostela: Editorial Compostela, S.A.

March, M. X., & Orte, C. (1997). *Avaluació del Projecte Home Balears*. Paper presented at the I Congrés de Drogodependencies a les Illes Balears.

Menéndez, J. C. (2004). *La inserción sociolaboral de las mujeres drogodependientes atendidas en Proyecto Hombre de Asturias*. Oviedo: Fundación CESPA.

Navarro, M., & Equipos de tratamiento de Programas de Cocaína de la Asociación Proyecto Hombre. (2004). *La integración sociolaboral de los usuarios de cocaína atendidos en Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre - Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

NIDA. (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: National Institute on Drug Abuse.

O'Connell, D. J., Enev, T. N., Martin, S. S., & Inciardi, J. A. (2007). Working Toward Recovery: The Interplay of Past Treatment and Economic Status in Long-Term Outcomes for Drug-Involved Offenders. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1089-1107.

Schmidt, L., Zabkiewicz, D., Jacobs, L., & Wiley, J. (2007). Substance Abuse and Employment Among Welfare Mothers: From Welfare to Work and Back Again? *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1069-1087.

Secades, R., Caballo, J. L., García, O., Fernández-Hermida, J. R., Errasti, J. M., & Al-Halabi, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroinómanos en el EuropASI. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 17(1), 33-41.

Sterling, R. C., Gottheil, E., Glassman, S. D., Weinstein, S. P., Serota, R. D., & Lunday, A. (2001). Correlates of employment: A cohort study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 137-146.

Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R., & Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627-642.

Webster, J. M., Staton-Tindall, M., & Leukefeld, C. G. (2007). Introduction: Employment and Substance Misuse. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1029-1033.





A

N

E

X

O

S





## INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A PERSONAS

### PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

### **COMPARACIÓN DE TRES PRACTICAS DE INSERCIÓN LABORAL EN DROGODEPENDENCIAS. EFICACIA Y EFICIENCIA RELATIVA**

Una de las principales preocupaciones de quienes realizan los programas de tratamiento en drogodependencias es poder mejorarlos. Y para poder mejorarlos, es imprescindible contar con la opinión de quienes han pasado por ellos.

En este año 2007 se ha obtenido una subvención del Fondo Social Europeo-Fundación Luis Vives para comparar la inserción laboral que se realiza en los programas de Proyecto Hombre de Asturias, Baleares y Navarra.

Y éste es el motivo por el que se ha contactado contigo. Se desea conocer tu experiencia y tu opinión tras el tratamiento en Proyecto Hombre.

Para ello se solicita tu permiso para: realizar una entrevista en la que se te pedirá que contestes el EuropAsi de seguimiento así como una serie de preguntas referidas a la inserción laboral y a tu opinión sobre el programa de tratamiento.

La entrevista será confidencial y la información se usará solamente para los fines de la Investigación y mejora de los servicios ofrecidos a las personas en cada uno de los tres programas de tratamiento.

El uso de los datos que se faciliten se realizará de tal forma que, en ningún caso sea posible la identificación de los informantes. En todo momento se preservará la intimidad y se mantendrá el anonimato

La firma del presente documento implica la comprensión de la información recibida y la aceptación voluntaria de la colaboración en la investigación mencionada, remarcándose de nuevo que toda la información que se proporciona se mantendrá confidencial y su tratamiento será codificado, global, sin posibilidad de ser identificado personalmente.

Agradecemos mucho tu colaboración.

D./D<sup>a</sup>.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el estudio **“COMPARACIÓN DE TRES PRACTICAS DE INSERCIÓN LABORAL EN DROGODEPENDENCIAS. EFICACIA Y EFICIENCIA RELATIVA”**.

Firmado:.....

D.N.I.: .....

En ..... a ..... de ..... de 2007







# CUESTIONARIO DE SITUACIÓN Y SEGUIMIENTO LABORAL



## Parte común a todos los programas

*Si participaste en alguna de estas actividades, por favor valora el grado de satisfacción con la misma, independientemente de que te haya permitido encontrar o mejorar en el trabajo*

**Práctica de habilidades laborales** (adquisición y recuperación de hábitos – puntualidad, responsabilidad, trabajo en equipo, planificación, higiene... - a través de los sectores y roles en Comunidad, etc.)

(1) muy satisfactorio.  (2) bastante satisfactorio.  (3) satisfactorio.  (4) poco satisfactorio.  (5) nada satisfactorio.

(99) No participé

**Orientación para la búsqueda de empleo** (elaboración y seguimiento del Plan Individual con el terapeuta, grupos de apoyo y autoayuda durante la búsqueda de empleo, etc.)

(1) muy satisfactorio.  (2) bastante satisfactorio.  (3) satisfactorio.  (4) poco satisfactorio.  (5) nada satisfactorio.

(99) No participé

**Formación ocupacional realizada** (en recursos externos) **durante el tratamiento**

(1) muy satisfactorio.  (2) bastante satisfactorio.  (3) satisfactorio.  (4) poco satisfactorio.  (5) nada satisfactorio.

(99) No participé

**Orientación para la búsqueda de empleo** (en recursos externos)

(1) muy satisfactorio.  (2) bastante satisfactorio.  (3) satisfactorio.  (4) poco satisfactorio.  (5) nada satisfactorio.

(99) No participé





Ahora, por favor valora si las actividades en que participaste han tenido en tu situación laboral tras el tratamiento una **relación**:

**Práctica de habilidades laborales** (adquisición y recuperación de hábitos – puntualidad, responsabilidad, trabajo en equipo, planificación, higiene... - a través de los sectores y roles en Comunidad, etc.)

(1) directa y positiva.  (2) neutra.  (3) directa y negativa.

(99) No participé

**Orientación para la búsqueda de empleo** (elaboración y seguimiento del Plan Individual con el terapeuta, grupos de apoyo y autoayuda durante la búsqueda de empleo, etc.)

(1) directa y positiva.  (2) neutra.  (3) directa y negativa.

(99) No participé

**Formación ocupacional realizada** (en recursos externos) durante el tratamiento

(1) directa y positiva.  (2) neutra.  (3) directa y negativa.

(99) No participé

**Orientación para la búsqueda de empleo** (en recursos externos)

(1) directa y positiva.  (2) neutra.  (3) directa y negativa.

(99) No participé

*¿Cómo ha variado tu situación laboral TRAS el tratamiento?*

(1) ha empeorado MUCHO.  (2) ha empeorado.  (3) sigue igual.  (4) ha mejorado.  
 (5) ha mejorado MUCHO.

(99) No aplicable

Motivo de mejora o empeoramiento: \_\_\_\_\_

Respecto al tratamiento recibido, éste te ha servido para:

**NADA POCO NORMAL BASTANTE MUCHO**

- Aprender a vivir con los demás.
- Relacionarme mejor con mi familia.
- Aceptar mejor las normas.
- Ser más responsable.
- Ayudar a integrarme en la sociedad.
- Tener mayor conciencia de mis problemas.
- Dejar de consumir heroína.
- Consumir menos otras drogas.
- No consumir ningún tipo de drogas.
- No cometer delitos.
- Integrarme en el mundo laboral.
- Ocupar mejor mi tiempo libre.
- Tener otras inquietudes.
- Tener más confianza en mi mismo.
- Sentirme más a gusto conmigo mismo.
- Sentirme menos solo.
- Cuidarme más.

*Haz por favor, una valoración global del programa de Proyecto Hombre.*

(1) muy satisfactorio.  (2) bastante satisfactorio.  (3) satisfactorio.  (4) poco satisfactorio.  (5) nada satisfactorio.

Si abandonaste alguna vez el tratamiento, ¿Qué razones te impulsaron a tomar esta decisión?

---

---

---

---

---

---

---

---





Valora la relación de las siguientes opciones con tu decisión de abandonar el tratamiento:

**ABANDONOS**  
**NADA POCO NORMAL BASTANTE MUCHO**

- Consumir o deseo de consumir drogas.
- Consumir o deseo de consumir alcohol.
- No querer continuar con las limitaciones que impone proyecto hombre.
- Mala relación con los terapeutas.
- Mala relación con otros residentes.
- Estar cansado de los grupos.
- Haber conseguido los objetivos que me proponía y estar satisfecho con el estilo de vida que tenía.

*Si tuviste deseos de abandonar y no lo hiciste ¿Qué te mantuvo en Programa?*

---

---

---

---

*Por último, nos gustaría que nos indicases qué has echado en falta en tratamiento en general.*

---

---

---

---

---

---

---

---

## Parte específica para Navarra

*Si participaste en alguna de estas actividades, por favor valora el grado de satisfacción con la misma, independientemente de que te haya permitido encontrar o mejorar en el trabajo*

**Cocina** 0 (1) muy satisfactorio. 0 (2) bastante satisfactorio. 0 (3) satisfactorio. 0 (4) poco satisfactorio. 0 (5) nada satisfactorio.  
(99) No participé

**Invernaderos** 0 (1) muy satisfactorio. 0 (2) bastante satisfactorio. 0 (3) satisfactorio. 0 (4) poco satisfactorio. 0 (5) nada satisfactorio.  
(99) No participé

**Electricidad** 0 (1) muy satisfactorio. 0 (2) bastante satisfactorio. 0 (3) satisfactorio. 0 (4) poco satisfactorio. 0 (5) nada satisfactorio.  
(99) No participé

**Talleres de informática** 0 (1) muy satisfactorio. 0 (2) bastante satisfactorio. 0 (3) satisfactorio. 0 (4) poco satisfactorio. 0 (5) nada satisfactorio.  
(99) No participé

**Graduado Escolar** 0 (1) muy satisfactorio. 0 (2) bastante satisfactorio. 0 (3) satisfactorio. 0 (4) poco satisfactorio. 0 (5) nada satisfactorio.  
(99) No participé

**Talleres de búsqueda de empleo** 0 (1) muy satisfactorio. 0 (2) bastante satisfactorio. 0 (3) satisfactorio. 0 (4) poco satisfactorio. 0 (5) nada satisfactorio.  
(99) No participé

Número total de actividades en las que participó:



*Ahora, por favor valora si las actividades en que participaste han tenido en tu situación laboral tras el tratamiento una relación:*

**Cocina** 0 (1) directa y positiva. 0 (2) neutra. 0 (3) directa y negativa.  
(99) No participé

**Invernaderos** 0 (1) directa y positiva. 0 (2) neutra. 0 (3) directa y negativa.  
(99) No participé

**Electricidad** 0 (1) directa y positiva. 0 (2) neutra. 0 (3) directa y negativa.  
(99) No participé

**Talleres de informática** 0 (1) directa y positiva. 0 (2) neutra. 0 (3) directa y negativa.  
(99) No participé

**Graduado Escolar** 0 (1) directa y positiva. 0 (2) neutra. 0 (3) directa y negativa.  
(99) No participé

**Talleres de búsqueda de empleo** 0 (1) directa y positiva. 0 (2) neutra.  
0 (3) directa y negativa.  
(99) No participé





