

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACION

TESIS DOCTORAL

(Resumen)

**LA EVALUACION DEL PROCESO DE INTERVENCION EN
DROGODEPENDENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
EVALUACION DE PROGRAMAS**

Presentada por:

José Luis Arco Tirado

Dirigida por:

D. Fernando Justicia Justicia

Granada, 28 de Febrero de 1997

RESUMEN

Esta investigación constituye un intento de acercamiento y profundización en un tema de importancia creciente en ámbitos científicos, políticos y sociales. La evaluación de programas, debido a las múltiples funciones que puede llegar a desempeñar y especialmente a las posibles repercusiones que sus resultados pueden tener a nivel político y social, es un tema de investigación que no pasa desapercibido. Sin embargo y quizás por esas mismas razones, su inicio, evolución y consolidación como área de conocimiento científico ha estado y está sometida a factores de distinta índole (económicos, políticos, sociales y científicos) que son los que se pretenden analizar en los dos primeros capítulos de este trabajo.

En el primer capítulo se revisa de forma breve y representativa, los distintos trabajos y estudios que, ubicados en el área conocida en la literatura científica como evaluación de programas, en general, y, en concreto, en el ámbito de las drogodependencias se han realizado en nuestro país. Sin embargo, y para una mejor comprensión de esos estudios, se llega a la conclusión de que es conveniente conocer primero las experiencias desarrolladas en este terreno por otros países, que tuvieron que hacer frente a estos problemas en sus sociedades décadas antes que nosotros. Y ello por el hecho de que los proyectos y programas aplicados en nuestro país reflejan en gran medida, las experiencias desarrolladas con anterioridad en esos otros países.

En concreto, tras el análisis de las circunstancias y factores metodológicos que han aliñado la evolución del área fuera de nuestras fronteras, se llega a la identificación y agrupación de los problemas más importantes encontrados hasta el momento en el área y que están condicionando su fortalecimiento y expansión. Entre los más relevantes podemos mencionar, la insuficiencia metodológica de la mayor parte de las investigaciones (este dato es especialmente significativo en nuestro país). Este problema es debido a que la investigación en evaluación de programas reúne características que hacen inviable, la adopción mayoritaria del

modelo de experimentación y causalidad vigentes. La razón estriba en que ninguno de los supuestos en los que descansa el modelo experimental, se da con las suficientes garantías en la evaluación de programas ya establecidos. Primero, está el hecho de que la mayoría de las evaluaciones son de las llamadas *Ex post*, es decir, que se desarrollan una vez que el programa ya ha empezado o incluso ha finalizado, con lo que la condición fundamental de los diseños experimentales de asignar a los sujetos de forma aleatoria a los grupos control y experimental no se da. Segundo, la definición unívoca de variables y relaciones entre variables de la que parte el diseño experimental es muy difícil de encontrar en situaciones de investigación aplicadas. Tercero, la medición de los niveles que los sujetos presentan en aquellas variables relevantes a la investigación, son medidas de forma inexacta o incompleta debido, por un lado, a la propia naturaleza de algunas de las variables y, por otro lado, al escaso conocimiento que se tiene de los llamados factores colaterales presentes en muchas de las situaciones que los programas de carácter social pretenden modificar. Cuarto, la manipulación de variables y medida de los cambios producidos, es decir, la experimentación en sentido estricto, es muy difícil de llevar a cabo, precisamente por la cantidad de variables presentes en la situación de forma simultánea ya que, las situaciones de investigación suelen ser aplicadas y con: a) programas complejos, b) objetivos compuestos, c) un alto grado de indefinición de los tratamientos y d) falta de datos que reflejen el "comportamiento" de las variables relevantes durante los procesos de intervención.

Una reflexión sobre la distinción artificial entre investigación básica e investigación aplicada, a la base de muchos de los problemas metodológicos del área, sirve para argumentar los serios problemas que a nivel metodológico este área tiene planteados, así como a las barreras de tipo político y económico que el área ha tenido que superar (y lo sigue haciendo) hasta alcanzar no sólo el estatus de ciencia que en la actualidad posee, sino también hasta ser reconocida como actividad profesional.

A continuación, se establece el itinerario seguido por los estudios evaluadores, en función de los objetivos y métodos utilizados en cada momento del proceso evolutivo que han experimentado. De esta forma, se pasa desde los primeros *estudios descriptivos* con escasa vocación evaluadora y en los que básicamente se recogían las características personales, familiares, sociales y de consumo de los sujetos tratados en los centros, a los *estudios de supervisión*, que básicamente pretendían, mediante diseños longitudinales apoyados en instrumentos de recogida de datos como las historias clínicas y/o las observaciones y anotaciones de los terapeutas, conocer la efectividad de los distintos tratamientos (desintoxicación, mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica y pacientes externos libres de drogas) aplicados a los toxicómanos. Hasta llegar a los actuales *estudios de evaluación*, en fase de expansión en tres direcciones: a) comparación de distintos tratamientos y la posible interacción tratamiento-perfil del sujeto, b) la coherencia interna y eficacia de cada tratamiento con respecto a los objetivos que se marca y la consecución de los mismos respectivamente, y c) la aportación que cada elemento o parte del tratamiento haga al resultado final obtenido. Más adelante se repite el mismo análisis, pero esta vez aplicado a la realidad de nuestro país.

En el segundo capítulo se analiza en detalle un aspecto muy concreto, aunque de repercusiones decisivas en el inicio y posterior desarrollo de este área. Nos referimos a las dificultades derivadas de trasladar desde otras disciplinas al campo de la evaluación de programas, los diseños de comparación de grupos de sujetos como estrategia y método utilizado para controlar las fuentes de variabilidad que afectan a la investigación evaluadora, especialmente aquella de carácter sumativo. Para ello, primero se hace referencia a la polémica sobre el carácter intrínseco o extrínseco de la variabilidad del comportamiento y las consecuencias que su intento de control tuvo para disciplinas de las cuales, la evaluación de programas importó, más tarde, los diseños de investigación en evaluación. Es decir, los diseños de grupos. En éste contexto se analiza cómo el proceso de razonamiento y toma de decisiones metodológicas respecto a la incorporación de los diseños de grupos a la investigación evaluadora, se ha hecho

utilizando planteamientos metodológicos defectuosos con serias repercusiones para la teoría y la práctica en la evaluación de programas. Entre otros se analizan los problemas de tipo práctico, metodológico-técnico, epistemológico, psicológicos y éticos. A continuación, se revisan los cambios que aproximadamente hace dos décadas se propusieron para corregir esos problemas, asociados a cada momento del proceso de investigación y que iban, a la postre, a dotar a la evaluación de programas del rasgo diferenciador que la caracteriza respecto a la investigación básica. Esto es, que en las investigaciones se primen tanto aspectos metodológicos como aspectos de utilidad, generalización de los resultados y la incorporación de los mismos a las prácticas diarias de aquellos que ejecutan los programas.

La segunda parte del trabajo constituye la evaluación propiamente dicha de los programas seleccionados para este estudio, dentro de las coordenadas teóricas y metodológicas descritas en la primera parte.

En efecto, tras considerar distintas alternativas se eligen los programas objeto de este estudio, no sin antes dar buena cuenta de las razones y criterios técnicos tenidos en cuenta para cada decisión. Los criterios fueron: 1º. Disponibilidad de los responsables, 2º. Utilidad de los posibles resultados al centro o institución, 3º. Generalización de los posibles resultados a otras instituciones o programas, 4º. Posibilidades de aplicar distintos tipos de evaluación. A continuación se iniciaron los contactos necesarios con los distintos responsables del centro. Contactos que pasaron a ser reuniones en las que se delimitaron las prioridades y necesidades del centro, además de los objetivos del estudio. Tras producirse la acomodación de ambas, se decidió seguir adelante con el proceso. No sin antes aclarar, por parte del evaluador, los acuerdos entorno a los objetivos de la evaluación, los métodos a seguir, los recursos necesarios y las responsabilidades de cada cual antes, durante y tras el proceso de evaluación. Especialmente en cuestiones relacionadas con el acceso y el uso de los datos que la investigación pudiese generar.

A continuación se revisa la información disponible en el Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) respecto a: cuestiones generales (contexto del centro, historia y orígenes del centro, justificación del centro, personal, participantes, presupuesto, etc), cuestiones específicas (acciones planificadas del centro, materiales e instrumental del centro, actividades) y, por último, aquellas relativas a las posibilidades de evaluación de los distintos programas del CFD, en relación a los cuatro criterios que la literatura científica sobre el tema ha identificado como determinantes: voluntad política, medios económicos, prioridad en las necesidades y posibilidades de evaluación de los programas objeto del estudio, respecto a variables de tipo organizativo y metodológico.

El análisis preliminar de la información revisada, aconseja llevar a cabo una evaluación de procesos en lugar de la evaluación de impacto inicialmente prevista, en base a los siguientes datos:

1. Los objetivos de los programas no están definidos de manera operativa.
2. Ausencia de un plan de supervisión (monitoring).
3. Grado de definición y complejidad de los tratamientos.
4. Ausencia de una teoría unívoca subyacente a cada programa.
5. Problemas asociados a la fiabilidad y validez de los datos disponibles.
6. Variabilidad de sujetos y programas.
7. Es un programa asistencial.

La situación global en que se encuentra el CPD en relación a los indicadores antes mencionados, unido a los intereses de la audiencia principal

(responsables del programa) aconseja no seguir adelante con la evaluación de impacto inicialmente prevista. Por lo que se opta en el estudio por una evaluación de procesos. Como consecuencia del cambio, los objetivos del estudio se modifican, es decir, que son ajustados a la fase de madurez en que se encuentran los programas objeto de la evaluación. En concreto se pretende:

- 1º) Identificar los distintos itinerarios terapéuticos posibles en el CPD,
- 2º) Seleccionar el itinerario de intervención y terapéutico que más se aproxime al tratamiento integral (defendido y asumido en este estudio) al drogodependiente,
- 3º) Identificar las variables más relevantes de los programas elegidos respecto a conceptualización, planificación, implantación y evaluación, que reduzcan las posibilidades de realizar investigaciones evaluadoras,
- 4º) Calcular los valores o magnitudes de esas variables,
- 5º) Proponer los cambios y medidas que permitan corregir tales situaciones.

El tipo de evaluación de procesos finalmente realizada, junto a la naturaleza de los objetivos seleccionados, han aconsejado la utilización de métodos básicamente cualitativos, aunque métodos y criterios cuantitativos se han utilizado allí donde ha sido posible. Una vez elegida el área asistencial como escenario de nuestra investigación, el criterio de atención integral con sus fases de Acogida, Desintoxicación, Deshabitación y Reinserción, ha sido el que nos ha guiado en la toma de decisiones acerca del proceso de intervención y tratamiento terapéutico finalmente evaluado.

Al tratarse de una aproximación cualitativa, los métodos utilizados han sido: cuestionarios, entrevistas, memorias, análisis de historias, revisión de información procedente de la base de datos y memorias estadísticas del Comisionado para la Droga. Para la mejora de la fiabilidad y validez de los datos obtenidos mediante los instrumentos y procedimientos anteriores, se han intentado identificar las variables que han actuado como posibles fuentes de sesgo. Entre otras cabe destacar: problemas con la indefinición de la que son objeto la mayoría de los programas, la variabilidad de los perfiles de los consumidores diversifica las necesidades de intervención y por tanto de tratamientos, variables presentes en los procesos objeto de estudio de muy difícil medición, control y seguimiento, etc.

Por supuesto, el proceso de análisis, elaboración y justificación de los materiales elegidos para la obtención de datos relevantes a los objetivos seleccionados, la operatividad del diseño elegido y otras variables relacionadas con el proceso como, por ejemplo, el trabajo de campo realizado, tienen su espacio en la investigación.

Los resultados obtenidos se refieren a tres factores, generalmente responsables de que los programas no consigan alcanzar parte de los objetivos que se marcan. Estos son:

- una pobre implantación,
- una pobre evaluación y
- falta de una teoría que fundamente las decisiones implicadas en los procesos.

En el ámbito de la implantación, los resultados más salientes referidos al proceso de intervención reflejan, por ejemplo, dificultades asociadas a la desproporción entre las numerosas e importantes funciones atribuidas a la fase de

acogida y los materiales utilizados para tal fin. La indefinición de los criterios clínicos de entrada y salida a cada programa es el segundo de los problemas detectados más importantes. El solapamiento entre los objetivos de la acogida y el psicodiagnóstico propio del tratamiento psicoterapéutico podemos considerarlo como el tercer grupo de datos más salientes. En cuanto al proceso terapéutico, los problemas están ligados tanto al hecho de que los planes terapéuticos no permiten mantener registrado el proceso de intervención de acuerdo a los cambios y evolución previstos, como a la falta de una teoría que claramente establezca los procesos y actividades de intervención, supervisión y control que se desarrollan en cada fase del programa. La presencia de objetivos formulados en términos no evaluables, es decir, en forma de conductas, productos o cifras a alcanzar en un período de tiempo definido es otro rasgo detectado que dificulta la posibilidad de desarrollar evaluaciones más potentes.

Otro problema detectado, relacionado con lo anterior, consiste en la variabilidad de tratamientos a los que los sujetos están expuestos, precisamente por la discreción del sistema de puesta en práctica. Es decir, que se trabaja con muestras de humanos y profesionales que cuentan con un alto grado de discreción y autonomía en sus prácticas. En este sentido, es la necesidad de pruebas más funcionales adaptadas a las características de la población objeto de la intervención y a las distintas fases del proceso de intervención diseñado, junto a la escasez de tiempo que garantice su aplicación, los datos más significativos que el estudio ha revelado. Por otro lado, los datos disponibles sobre distintos indicadores recogidos de una forma sistemática y continua permiten sólo un acercamiento descriptivo a los programas del CPD, lo cual dista de los intereses evaluadores (formativos y/o sumativos) de cualquier intervención evaluadora.

En el ámbito de la evaluación es fundamentalmente el descuido en dotar al propio CPD y por ende a los programas en él desarrollados, de rasgos (en el plano metodológico y procedimental) que les hicieran transparentes y accesibles a evaluaciones y evaluadores externos. En primer lugar destaca, la ausencia generalizada de datos recogidos de forma sistemática, por parte de los distintos

profesionales implicados en el proceso de intervención y terapéutico, sobre el conjunto de variables consideradas relevantes a los objetivos del CPD. En segundo lugar, tenemos que no existe un sistema estándar de información implantado en el CPD, que permita registrar información relevante a los objetivos, procedimientos, acciones y resultados ligados a los procesos analizados. Con estos datos, no se concluye que los tratamientos son inadecuados a las necesidades de los pacientes, simplemente que la forma en que esos tratamientos se administran permiten su evaluación y supervisión únicamente al profesional que los pone en práctica.

Los problemas relativos al uso de teorías, más preocupadas por explicar fenómenos que por identificar variables relevantes a la manipulación y cambio de esas conductas o condiciones que los programas pretenden modificar, constituye el tercer ángulo de nuestro triángulo de evaluación. Otros datos, relacionados con la disponibilidad de personal cualificado para orientar los cambios necesarios que mejoren las posibilidades de evaluación (formativa y sumativa) del CPD, o las dificultades de tipo económico y también político encontradas, son las piezas que completan el puzle de la presente investigación evaluadora. Estos problemas arrancan en el fondo de procesos defectuosos a la base del diseño de intervenciones de carácter social que, pretenden tratar problemas de conducta y/o condiciones sociales. Estos procesos son: análisis de necesidades, planificación y priorización de las mismas, conceptualización del problema, definición de la población objetivo, del modelo de intervención (ausencia de un modelo de impacto), del sistema de puesta en práctica del programa, de su seguimiento y por último de su evaluación.

Para finalizar, en el apartado de conclusiones se hacen, además, una serie de recomendaciones relacionadas con los cambios y mecanismos evaluadores, algunos de ellos ya iniciados, que sería necesario poner en práctica en el CPD, para intentar mejorar no sólo las posibilidades de evaluación de los programas y procesos presentes en el CPD, sino también sus resultados.

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACION

TESIS DOCTORAL

**LA EVALUACION DEL PROCESO DE INTERVENCION EN
DROGODEPENDENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
EVALUACION DE PROGRAMAS**

Presentada por:

José Luis Arco Tirado

Dirigida por:

D. Fernando Justicia Justicia

Granada, 28 de Febrero de 1997

D. FERNANDO JUSTICIA JUSTICIA Director de la Tesis **LA
EVALUACION DEL PROCESO DE INTERVENCION EN
DROGODEPENDENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
EVALUACION DE PROGRAMAS**, de la que es autor D. José L.
Arco Tirado. Programa de Doctorado PSICOLOGIA DE LA
INTERVENCION EN EL AMBITO EDUCATIVO

AUTORIZA la presentación de la referida Tesis para su defensa y
mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 185/1985, de
23 de enero.

Granada a de de 1997

Fdo. José L. Arco Tirado

Fdo. D. Fernando Justicia Justicia

AGRADECIMIENTOS:

No son pocas las personas a las que me gustaría expresar mi gratitud y mi deuda. En primer lugar a mi director de Tesis D. Fernando Justicia Justicia, quien siempre atendió con creces mis demandas, al profesor Gualberto Buela-Casal por sus revisiones y comentarios y al Depto. de Psicología Evolutiva y de la Educación por su generosidad al permitirme utilizar sus recursos. A todo el personal del Centro Provincial de Drogodependencias y en especial a su Director D. Antonio Torres y también a Blanca Molina, a quienes muchas veces sustraje parte de su valioso tiempo. A Carlos Beida por su labor de apoyo.

QUOTATION

T.H. HUXLEY AND THE IMPORTANCE OF FIRST PRINCIPLES

«I often wish that this phrase, "applied science" had never been invented. For it suggests that there is a sort of scientific knowledge of direct practical use, which can be studied apart from another sort of scientific knowledge, which is of no practical utility, and which is termed "pure science". But there is no more complete fallacy than this. What people call applied science is nothing but the application of pure science to particular classes of problems. It consists of deductions from those general principles, established by reasoning and observation, which constitute pure science. No one can safely make these deductions until he has a firm grasp of the principles; and he can obtain that grasp only by personal experience of the operations of observations and of reasoning on which they are founded.»

From: Huxley, T.H. (1882). Science and culture, and other essays. New York: D. Appleton and Company.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

A mis padres Antonia y José

INDICE DE CONTENIDOS:

1. HISTORIA DE LA EVALUACION DE PROGRAMAS. UN EJEMPLO	
EN DROGODEPENDENCIAS	10
1.1. Introducción	10
1.2. La situación de la evaluación de programas en otros países ...	16
1.3. La evaluación de programas en drogodependencias	22
1.4. La situación en nuestro país	24
1.5. Conclusiones	30
2. EL PROBLEMA DE LA VARIABILIDAD EN EVALUACION DE	
PROGRAMAS	33
2.1. Introducción	33
2.2. Fuentes de variabilidad	34
2.3. Procedimientos propuestos para controlar esa variabilidad ...	35
2.4. Problemas asociados al diseño y la comparabilidad de los	
grupos en evaluación de programas	36
2.5. Cambios propuestos	39
2.6. Conclusiones	42
3. DECISION DE REALIZAR UNA EVALUACION DE PROCESOS/	
IMPACTO DE UN PROGRAMA	45
3.1. Búsqueda de posibles programas candidatos	45
3.2. Análisis de las alternativas	46
3.3. Selección del programa objetivo	47
3.3.1. Primeros contactos con los responsables del	
programa	48
3.3.2. Identificación de las prioridades del centro y del	
estudio	48
3.4. Revisión de la información disponible sobre el CPD	50
3.4.1. Cuestiones Generales sobre el centro	50
3.4.1.1. Contexto del Centro	50
3.4.1.2. Historia y Orígenes del Centro	53
3.4.1.3. Justificación del Centro: Objetivos ...	55
3.4.1.4. Personal del Centro	56
3.4.1.5. Participantes en el Centro	57
3.4.1.6. Presupuesto y cuestiones	
administrativas	61

3.4.2. Cuestiones Específicas sobre el Centro	61
3.4.2.1. Acciones Planificadas del Centro:	
Características	62
3.4.2.2. Materiales e Instrumental del Centro . . .	62
3.4.2.3. Actividades del Centro	63
3.4.3. Cuestiones sobre las posibilidades de evaluación, de los distintos programas del CPD, referidas a cuatro ámbitos	64
3.4.3.1. Voluntad política	64
3.4.3.2. Medios económicos	66
3.4.3.3. Prioridad en las necesidades	66
3.4.3.4. Posibilidades de evaluación del programa en cuestión	68
3.4.3.4.1. Cuestiones Organizativas	68
3.4.3.4.2. Cuestiones Metodológicas . .	69
4. ELECCION DEL TIPO Y ALCANCE DE LA EVALUACION.	75
4.1. Justificación de la elección	75
4.2. Implicaciones respecto a metas y objetivos	79
4.3. Objetivos del estudio	80
4.3.1. Inmediatos	80
4.3.2. A medio/largo plazo	80
4.4. Elección del diseño de investigación	83
4.4.1. Identificación de los distintos itinerarios de intervención	83
4.4.2. Elección del proceso de intervención y terapéutico	87
4.4.3. Criterios seguidos al elegir el proceso de intervención seleccionado	90
4.4.4. Descripción de los Programas seleccionados	93
4.4.5. Análisis de los pros y contras de la elección	96
5. ELECCION DE MÉTODOS Y ELABORACION DE INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	102
5.1. ¿Por qué métodos cualitativos?	102
5.2. Identificación de variables relevantes a la elaboración de los instrumentos	105
5.3. Elaboración de instrumentos de recogida de datos	107
5.4. Plan de recogida de datos	110

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

5.4.1. Trabajo de campo	110
5.4.2. La respuesta de los dispositivos	113
5.4.3. Confidencialidad	114
5.4.4. Opinión de los encuestados sobre el estudio.	115
5.5. Temporalización	116
6. RESULTADOS	119
6.1. Resultados referidos al proceso de intervención	120
6.1.1. Resultados referidos al Programa de Acogida	120
6.1.1.1. Procedentes de entrevistas e historias clínicas revisadas	120
6.1.2. Resultados referidos al Programa de Terapia Individual	121
6.1.2.1. Procedentes de entrevistas e historias clínicas revisadas	121
6.1.2.2. Procedentes de los Cuestionarios	123
7. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	133
7.1. Dificultades subyacentes al análisis de datos en la evaluación	133
7.2. Discusión referida a la Implantación de los programas	136
7.2.1. Respecto al proceso de intervención	136
7.2.2. Respecto al proceso terapéutico	143
7.3. Discusión referida a la Evaluación de los programas	149
7.4. Discusión referida a las teorías: ¿revisables?	152
8. CONCLUSIONES	154
8.1. Recomendaciones	158
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	160
ANEXOS	176

**1. HISTORIA DE LA EVALUACION DE PROGRAMAS. UN EJEMPLO EN
DROGODEPENDENCIAS**

1. HISTORIA DE LA EVALUACION DE PROGRAMAS. UN EJEMPLO EN DROGODEPENDENCIAS

1.1. Introducción

Durante nuestro proceso de formación como profesionales del bienestar psicológico, se nos advierte de los peligros que encierra en la investigación, desviarse del modelo científico o del diseño marcado. De las consecuencias desastrosas que puede tener trabajar con datos espúreos, especialmente si trabajamos con muestras de humanos, que abandonar el camino científico es caer en lo esotérico, o en lo pseudocientífico que es peor incluso.

Todo esto, aunque sin dejar de ser verdad, pensamos que tiene efectos limitadores sobre la curiosidad de los futuros investigadores. Especialmente si uno parte del principio de que para conocer un fenómeno lo primero que se necesita es curiosidad sobre ese fenómeno. Y los libros científicos sobre metodología, hablan poco de la curiosidad como criterio válido para guiar una investigación. Eso sí siempre y cuando esa curiosidad sea sistemática y disciplinada (Baer, 1996), como veremos más adelante. El criterio que ha prevalecido, para determinar la calidad y la validez de las investigaciones y por ende de sus resultados, es que se aproximen o

igualen el nivel de exigencia que presentan los diseños experimentales de investigación. Este planteamiento, desde nuestro punto de vista, no sólo resulta sesgado, sino que además existen argumentos para sostener la opinión de que la investigación en evaluación de programas reúne características que hacen inviable la adopción mayoritaria del modelo de experimentación y causalidad vigente. La razón estriba en que ninguno de los supuestos en los que descansa el modelo experimental se da con las suficientes garantías en la evaluación de programas ya establecidos. Primero, está el hecho de que la mayoría de las evaluaciones es de las llamadas *Ex post*, es decir, que se desarrollan una vez que el programa ya ha empezado o incluso ha finalizado, con lo que la condición fundamental de los diseños experimentales de asignar a los sujetos de forma aleatoria a los grupos control y experimental no se da. Segundo, la definición unívoca de variables y relaciones entre variables de la que parte el diseño experimental es muy difícil de encontrar en situaciones aplicadas. Tercero, la medición de los niveles que los sujetos presentan en aquellas variables relevantes a la investigación, son medidas de forma inexacta o incompleta debido, por un lado, a la propia naturaleza de algunas de las variables y, por otro, al escaso conocimiento que se tiene de los llamados factores colaterales, presentes en muchas de las situaciones que los programas de carácter social pretenden modificar. Cuarto, la manipulación de variables y medida de los cambios producidos, es decir, la experimentación en sentido estricto, es muy difícil de llevar a cabo, precisamente por la cantidad de variables presentes en la situación de forma simultánea, ya que las situaciones de investigación suelen ser aplicadas y con: a) programas complejos, b) objetivos compuestos, c) un alto grado de indefinición de los tratamientos y d) falta de datos que reflejen el "comportamiento" de las variables relevantes durante los procesos de intervención.

Por tanto, sorprende que a pesar de las importantes razones contrarias, que presenta el uso de los diseños experimentales y cuasi-experimentales basados en grupos, éstos sean los que gozan de mayor prestigio entre los profesionales del área. La sorpresa se incrementa cuando los estudios de revisión sobre investigación en evaluación revelan que la mayoría de esos estudios no utiliza diseños experimentales sino diseños no-experimentales, como sucede en los estudios descriptivos, correlacionales, etc. Parece, por tanto, que estemos acudiendo a dos debates, uno a nivel teórico y otro a nivel aplicado. No obstante, que se den las condiciones en la investigación sobre evaluación de programas que hacen difícil satisfacer el nivel de exigencia de los diseños experimentales, no significa renunciar a mejorar los diseños de investigación en evaluación de programas. Al contrario, la identificación de aquellas variables relevantes a la elección y puesta en práctica de un diseño u otro de investigación nos permitirá, no sólo ir mejorando la credibilidad de las investigaciones evaluadoras sino también su extensión y su uso.

El conjunto de variables mencionadas anteriormente, suele interaccionar con otras variables, que también condicionan la validez del diseño finalmente elegido. Entre otras, tenemos las siguientes:

1. La mayor parte de la investigación evaluadora se diseña sobre la base de datos que acumula la investigación epidemiológica de áreas afines como la medicina, la sociología, la psicología, la economía, etc. En el análisis de necesidades, previo al diseño de la intervención, suelen utilizarse como procedimientos básicos para extraer los datos de la población o muestra, la encuesta y la entrevista, y tanto uno como otro están influidos por variables de muy difícil control y seguimiento. Por un lado, tenemos los problemas asociados a la fiabilidad y validez de los autoinformes referidos a conductas de la esfera personal e íntima, cuando lo que se pretende indagar son temas relacionados con la salud personal y social (esto

resulta especialmente problemático, por ejemplo, en el consumo de sustancias tóxicas y/o en la práctica de conductas de riesgo relacionadas con la adquisición del VIH) y, por otro lado, lo que desde la sociología (Comas, 1994) se ha llamado "la segregación de audiencias" y que en estadística se refiere a los problemas de infra/sobre inclusión de sujetos de la población objeto de estudio en la muestra.

2. La rigidez con la que están diseñados los modelos experimentales e incluso los cuasi-experimentales de investigación, al partir de una definición unívoca de variables y relaciones entre variables, que mencionábamos anteriormente, es muy difícil de encontrar en situaciones aplicadas en evaluación de programas. Es decir, que las variables no pueden hacer referencia a un único valor cuya magnitud varía en el tiempo, sino a un "conjunto de valores" cuya magnitud varía en función del contexto o situación estimular presente. Algunos autores como Basch, C., Sliepevich, E., Gold, R., Duncan, D. y Kolbe, L. (1985), refiriéndose a la inespecificidad que presentan en muchas ocasiones los planes de implantación de los programas, precisamente por la dificultad para medir algunas variables y situaciones empíricas, lo han propuesto como error tipo III en el proceso de aceptación o rechazo de hipótesis.

3. La complejidad presente en la mayoría de las situaciones experimentales en evaluación de programas viene dada por la presencia masiva de variables intervinientes en el fenómeno objeto de estudio como consecuencia de estar ante situaciones de investigación de carácter aplicado. Este hecho supone una amenaza constante a la fiabilidad y validez de los datos. Además, la complejidad se incrementa por otro factor importante en estas situaciones como es la carencia de instrumentos adecuados que nos permitan medir con precisión los valores que dichas variables asumen a lo largo del proceso en cuestión.

La relatividad, por tanto, que debería acompañar a las conclusiones de la mayor parte de los estudios en ciencias sociales, en general, parece que se ha olvidado con demasiada frecuencia. El efecto acumulado de esta falta de memoria, ha dado paso a esa especie de fundamentalismo teórico (no metodológico) que ha recorrido ambos lados de los muros de la "caja negra". Las aportaciones de la metodología científica al trabajo de investigación social han sido despojadas de su función orientadora inicial para pasar a cumplir la misma función que las anteojeras que se ponen a algunos animales para realizar las faenas del campo: que sólo se mire al frente.

Este tipo de comportamientos, desafortunadamente sigue vigente en algunos reductos de distintos departamentos universitarios así como en determinados lugares de trabajo donde habitan profesionales, aunque minoritarios, atrapados en el momento o "moda" dominante durante sus "años de formación".

La situación de "bipartidismo militante" a la que me estoy refiriendo que ha estado presente en las ciencias sociales en general y especialmente en el contexto académico de la psicología, se hizo extensiva a otras áreas nuevas de conocimiento que la ciencia social con su método iba ocupando. Un ejemplo de ello lo constituye la evaluación de programas, donde las posiciones teóricas de investigadores y expertos están polarizadas entorno a dos concepciones contrapuestas, procedentes de dos importantes autores de la evaluación e investigación. Nos referimos a Donald Campbell y Lee Cronbach. Mientras que el primero considera irrenunciable aplicar el modelo experimental (como él lo aplicó y practicó en psicología social) a la evaluación; el segundo es partidario de aplicar criterios de pragmatismo a la evaluación en general. En otras palabras, para D. Campbell cualquier evaluación ha de cumplir los requisitos de científicidad que la comunidad internacional establece. En cambio, para L. Cronbach la evaluación ha de diseñarse e implantarse de

forma que satisfaga los intereses globales del programa y por extensión de sus responsables. Sin embargo, tal y como Cronbach (1982) reconoce, la práctica no refleja posturas tan extremas ya que, normalmente y de manera creciente, la investigación evaluadora va ajustándose a ambos marcos condicionantes. Podría decirse, que si bien hay que procurar respetar al máximo la lógica científica investigadora, la traducción de esa lógica en procedimientos debería hacerse dependiendo del contexto, del propósito y de los resultados esperados (Cronbach, 1982).

Esta polémica hunde sus raíces en la distinción artificial entre investigación básica e investigación aplicada. En un principio, toda la investigación era aplicada o mejor dicho social aplicada. Cuando la investigación social tuvo que hacer frente a problemas cuya complejidad excedía las posibilidades de los métodos y técnicas disponibles para esa época, se utilizó una estrategia recurrente, lógica, fácil y muy común en otras disciplinas, consistente en intentar descomponer el problema en partes más pequeñas, esperando con ello simplificar el fenómeno y, por ende, su análisis.

Este hecho, que permitió un avance importante del conocimiento científico, significó el nacimiento de la investigación básica y fue la estrategia que permitió, por ejemplo, a Ramón y Cajal a principios de este siglo obtener el premio Nobel (también habría que incluir el que dispusiese de la tecnología necesaria). Sin embargo, el recurso estratégico que la investigación social aplicada había ideado para hacer frente a sus propios problemas, fue cobrando vida propia, hasta que llegó el momento en que relegó a la investigación aplicada al ámbito de ciencia subordinada que hoy ocupa respecto a la investigación básica. Este problema fue anticipado hace ya más de un siglo por Huxley de la siguiente forma:

-I often wish that this phrase, "applied science" had never been invented. For it suggests that there is a sort of scientific knowledge of direct practical use, which can be studied apart from another sort of scientific knowledge, which is of no practical utility, and which is termed "pure science". But there is no more complete fallacy than this. What people call applied science is nothing but the application of pure science to particular classes of problems. It consists of deductions from those general principles, established by reasoning and observation, which constitute pure science. No one can safely make these deductions until he has a firm grasp of the principles; and he can obtain that grasp only by personal experience of the operations of observations and of reasoning on which they are founded- (Huxley, 1882).

1.2. La situación de la evaluación de programas en otros países

La incorporación de la evaluación, en su triple vertiente de actividad a desarrollar durante todo el proceso de intervención (*Formative Evaluation*), como momento final del proceso (*Impact Evaluation*), o transcurrido un tiempo desde la finalización del programa (*Outcome Evaluation*), no aparece como mecanismo de mejora de programas hasta los años setenta, cuando la evaluación de programas se desarrolla plenamente como disciplina científica con un cuerpo teórico y metodológico propio (Rossi y Freeman, 1993). El grado de desarrollo e implantación de la evaluación de programas como disciplina, está estrechamente relacionado con el grado de desarrollo de los programas sociales, tal y como ha sido puesto de manifiesto ya por diversos autores (Shadish, Cook y Leviton, 1991, Rossi y Freeman, 1993, Fernández, 1995, etc.).

En algunos países, la evaluación de programas está reconocida como actividad profesional y existen textos monográficos, publicaciones, revistas especializadas, centros de investigación, etc. Podría decirse que la evaluación de programas, está institucionalizada,

es decir, que en el respectivo ordenamiento jurídico, se dispone que las intervenciones públicas (a veces, también las privadas con subvención pública) hayan de ser evaluadas con arreglo a una serie de estándares o criterios predeterminados (Fernández-Ballesteros, 1995).

Un precedente, en esta dirección, lo estableció recientemente el Congreso Americano, al aprobar una ley que obligaba a los programas que recibían fondos federales, a incorporar en sus proyectos un apartado de evaluación. Es decir, las condiciones que garantizasen las posibilidades de evaluación futura del proyecto o programa. Este dato podríamos considerarlo como el producto final de una larga historia de evolución de intervenciones a nivel social, de carácter público, en ese país. En relación a los EEUU, hemos de decir que no es casualidad la reiteración con la que autores y programas procedentes de ese país son citados en la bibliografía sobre evaluación de programas. La razón hay que buscarla, probablemente, en que son varias las décadas en las que se vienen realizando trabajos de evaluación más o menos de forma sistemática sobre los distintos programas sociales, educativos, de salud, etc. En este sentido, la intervención en el ámbito de las drogodependencias no es una excepción y ya en los años cincuenta se pueden rastrear los primeros estudios descriptivos sobre grupos de drogodependientes, antecesores de los actuales estudios evaluadores.

La importancia y la necesidad de dedicar más recursos a uno de los componentes esenciales de cualquier intervención, como es su evaluación, viene avalada no sólo por la cantera de datos americana, sino también por los condicionantes políticos y económicos, que en forma de recortes presupuestarios, están advirtiendo sobre la necesidad de introducir más racionalidad y más control en el gasto de los fondos públicos. Además del continuo auge de otro tipo de criterios, a la hora de determinar la idoneidad de programas de carácter público con objetivos de cambio y mejora social. Como por

ejemplo: la mejora de la calidad asistencial que se le presta al ciudadano, reducir la insatisfacción de los profesionales que la realizan y en último término mejorar la ratio coste-efectividad.

Pero estos objetivos que acabamos de nombrar son los que se asignan a la evaluación cuando se usa de forma *instrumental*. Desafortunadamente, la literatura muestra que este tipo de uso de la evaluación brilla por su ausencia (Vedung, 1995). Quizás esto se debe a que la evaluación supone la incorporación de una lógica y unas prácticas que compiten con la forma burocrática de entender el trabajo (GID, 1994).

Otros autores, atribuyen a la evaluación distintas funciones como la *iluminación*, el uso *interactivo*, el uso como *legitimación* y el uso *táctico* (Véase Vedung, 1995 para más información). Y más que elegir entre unas u otras, al ser la evaluación una actividad multifuncional, pensamos que la evaluación puede y debe cubrir todas esas funciones y lo que es más, los evaluadores deberían preocuparse del uso que se le da a la información recogida en sus informes. Ya que dependiendo de que el uso sea legítimo y limitado a las condiciones en las que esa información se elabora, se beneficiará o se perjudicará el papel preponderante que este área está llamada a ocupar.

Las problemas más importantes encontrados hasta el momento en el área de evaluación de programas podemos agruparlos entorno a cuatro factores:

1. Diseños experimentales incompatibles con la medida de resultados.

La primera debilidad de muchas evaluaciones de programas es su fallo al emplear diseños metodológicos de investigación para medir

los resultados de los programas, poco defendibles desde un punto de vista científico. Como ejemplo, baste mencionar que los objetivos de los programas, la mayoría de las veces, no son ni específicos, ni medibles en término de acciones observables o productos o cifras a conseguir en un período de tiempo determinado. Sin embargo, y aunque se solucionen estos problemas, otros inconvenientes también de tipo metodológico suelen aflorar (ej. tamaño de las muestras, abandono experimental, análisis estadísticos inapropiados, etc.), lo cual debilita severamente, la fiabilidad y validez de las conclusiones que pueden ser extraídas de los resultados investigados (Rossi y Freeman, 1993).

Además de la vaguedad en los objetivos, está también el hecho de que a veces se marcan fines no realistas, lo cual dificulta el establecimiento y secuenciación de las acciones que se llevarán a cabo. Otras veces, es la falta de claridad en el enunciado de las tareas requeridas o la temporalización de las mismas, lo que añade más dificultades a una situación ya de por sí compleja. Para finalizar con esta relación de dificultades, es necesario mencionar también la ausencia generalizada de programas piloto que sirvan para probar la validez del programa, de las asunciones subyacentes, de los procedimientos de obtención de datos, de los instrumentos y en definitiva de la planificación y los procesos presentes en ese programa. En relación a estos problemas, hemos de decir, que no hay soluciones simples a los problemas inherentes al diseño de estudios de evaluación. Pero es improbable, en palabras de (Klitzner, 1990) que se puedan mejorar las estrategias de prevención por ejemplo, si antes no se mejora la investigación sobre diseños de investigación en evaluación de programas.

2. Falta de atención a la Evaluación de Procesos.

La falta de evaluación sistemática sobre la cobertura e

implantación del programa, son dos de las carencias más frecuentes tanto en la planificación de los programas como en la puesta en práctica de los mismos. La complejidad que encierran muchos de los programas, al perseguir objetivos compuestos que implican la realización de actividades complicadas, exige de los profesionales un alto grado de especialización en sus tareas y funciones y concede una importancia saliente a la necesidad de revisar y mantener constantemente al más bajo nivel, el margen de "reinención" con el que el programa se pone en práctica (Anguera, 1990). Es decir, procurar la máxima fidelidad entre la implantación real del programa y la prevista.

Los factores que la literatura ha identificado como amenazas a la evaluación, el control y la solvencia de los programas son, por un lado, la falta de formación de las personas encargadas de recoger los datos que permitan la supervisión del programa en sus fases y componentes, o bien la ausencia de sistemas de información funcionales y adaptados a las necesidades de los agentes del programa. Por otro lado, tenemos los errores asistemáticos que al ser de naturaleza aleatoria se hace más difícil su control. La presencia de estas dos circunstancias, en combinación con una deficiente interacción entre población objetivo, personal del programa, acciones del programa y evaluadores, suelen ser las mayores fuentes de error (Klitzner, 1990).

3. Falta de atención a factores de riesgo y variables intervinientes.

Relacionado con el anterior, está el hecho de que muchos programas no miden la evolución o cambios de las variables o factores que el programa pretende modificar. Es decir, que si no se sigue de cerca, mediante registros periódicos y sistemáticos, el "comportamiento" de las variables objeto del estudio, así como de las variables camufladas en los llamados factores colaterales, no se tendrá

una imagen fidedigna, momento a momento, de lo que ocurre en el programa con lo que las posibilidades de inferir relaciones causales entre variables quedarán seriamente reducidas. No debemos olvidar, en este sentido, la lentitud con la que tiene lugar en muchos programas, el proceso de investigación en sus fases de planificación, puesta en práctica, recogida de datos y análisis de los mismos, el cual queda ridiculizado en muchas ocasiones por la dinamicidad de los cambios que tienen lugar en aquellos grupos que se pretende intervenir. De esta forma, es imposible determinar si los fallos son atribuibles a la teoría o al efecto de variables incontroladas.

4. Medidas poco fiables de los datos y resultados.

La mayor parte de las decisiones durante la intervención y también durante la evaluación, se asientan en los informes verbales procedentes de los propios sujetos o de familiares de los mismos. Razones como los sentimientos de culpabilidad, negación, trauma, miedos a las reacciones de otras personas, miedos a sanciones sociales, etc., pueden llegar a actuar como fuentes de sesgos importantes de la información que se maneja (D'Onofrio, 1989). Asumir la veracidad de esa información, es una necesidad metodológica que, sin embargo, no debe hacernos olvidar su relativa fiabilidad debido precisamente a lo comprometido de la información en temas tan delicados como el consumo de drogas.

Otra circunstancia, que cada vez ocupa más espacio y recursos en las agendas de investigadores, es la escasa correlación entre las conductas de *decir* y *hacer* en este tipo de poblaciones. También constituye un serio lastre para el avance en el uso de datos procedentes de los autoinformes, los problemas éticos emparejados a la "investigación" y "evaluación" de determinadas conductas de la esfera personal e íntima de los sujetos.

1.3. La evaluación de programas en drogodependencias

Revisión exhaustiva sobre el proceso de desarrollo que la evaluación de programas en drogodependencias, ha tenido en distintos países, fundamentalmente anglosajones y pioneros en este área, durante los últimos treinta años, se pueden ver en los trabajos que ha dirigido el National Institute on Drug Abuse (NIDA), respecto a la realidad norteamericana. Estos estudios han servido de modelo para otros países entre ellos España. En nuestro país, destacan los trabajos de revisión realizados por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID).

Estos trabajos ponen de manifiesto que los primeros modelos de estudios de evaluación eran los llamados *estudios descriptivos*. Estos estudios nacieron sin la vocación que hoy se atribuye a las investigaciones evaluadoras y sus ambiciones no iban más allá de elaborar algo así como la línea base de las características personales, familiares, sociales y de consumo de los sujetos tratados en los centros. Es decir, su perfil sociológico. Su metodología era bien sencilla, ya que simplemente pretendían conocer la magnitud de los porcentajes alcanzados por los sujetos en cada una de las variables de estudio, para lo cual utilizaban instrumentos como los protocolos de los centros o bien cuestionarios destinados para tal fin.

Sin embargo, la necesidad de conocer más datos, que suele avanzar más rápidamente que nuestra capacidad para revelarlos, dio pronto lugar a la aparición de estudios más ambiciosos. Los llamados *estudios de supervisión*, cuyo objetivo era, en una primera etapa que se extiende hasta finales de los sesenta, conocer la efectividad de los distintos tratamientos (desintoxicación, mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica y pacientes externos libres de drogas), aplicados a los toxicómanos. El diseño de investigación típico era el estudio longitudinal apoyado en instrumentos de recogida de datos

como, las historias clínicas y/o las observaciones y anotaciones de los terapeutas, mediante las cuales se hacía un seguimiento periódico de la conducta de los pacientes, en aquellos índices seleccionados como de efectividad de los tratamientos (uso de drogas, delincuencia y trabajo), durante y después del tratamiento. En estos estudios, los datos requieren una mayor elaboración estadística con el objeto de relacionar los resultados y determinar la mejoría lograda, así como el pronóstico de los aspectos que tienen mayor influencia en el éxito del tratamiento (GID, 1992).

En la actualidad, los estudios de supervisión se encuentran en una fase de expansión y acumulación de datos en tres direcciones. En primer lugar, sobre las posibilidades de éxito asociadas a la comparación de los distintos tratamientos y a la posible interacción tratamiento-perfil del sujeto. Segundo, la coherencia interna y eficacia de cada tratamiento con respecto a los objetivos que se marca y la consecución de los mismos respectivamente; y en tercer lugar, la aportación que cada elemento o parte del tratamiento haga al resultado final obtenido (Véase GID, 1992 para mayor información). No obstante, las tres alternativas están amenazadas por graves problemas de tipo metodológico e incluso ético que ponen de manifiesto la necesidad de seguir buscando estrategias de evaluación más potentes y a ser posible más simplificadas. Lo cual no podrá conseguirse sin modificar, entre otras cosas, los métodos de intervención hasta hacerlos transparentes y compatibles con la evaluación.

Aun cuando la investigación básica y la investigación aplicada comparten: a) la misma lógica investigadora, esto es, primero analizar las condiciones en que se da ese programa (o fenómeno), en segundo lugar organizar los cambios que se quieran estudiar y en tercer y último lugar determinar el alcance de los cambios producidos, y b) los objetivos hacia los que ha de ir encaminada la investigación, esto es, *importancia, fiabilidad y generalización*; difieren ambas en el énfasis

puesto sobre uno de los objetivos en detrimento de los demás.

Aunque los tres objetivos son **igual** de importantes, la preponderancia adquirida por la investigación básica frente a la investigación aplicada ha hecho centrar los esfuerzos de investigadores y científicos en mejorar la fiabilidad, poniendo en un segundo plano los otros dos objetivos. Quizás la emergencia del área de evaluación de programas sirva, entre otras cosas, para rescatar y poner al mismo nivel de importancia esos otros dos objetivos a cubrir. Los tres objetivos han de tenerse en cuenta, a la hora de indagar aspectos como la validez de la teoría desde la que se diseña y pone en práctica la investigación o la utilidad de un nuevo procedimiento o bien simplemente el grado en que satisface nuestra propia curiosidad personal. Como decíamos anteriormente no hay nada de a-científico en seguir tu propia curiosidad como criterio de investigación. Siempre y cuando esa curiosidad sea sistemática y disciplinada. Es decir, que cada pregunta vaya orientada a responder a la formulada anteriormente. En palabras de Donald Baer (1996) es como intentar formar un puzle, da igual por la pieza que comiences, al final el resultado es el mismo, o sea el puzle completo.

1.4. La situación en nuestro país

La evaluación de programas es una práctica vieja, pero reciente es su intento de uso sistemático, al menos en nuestro país. Que hace poco más de una década no hubiese prácticamente libros especializados sobre este tema publicados en nuestro país, no significa que no se hacían evaluaciones. Sin embargo, si parece constatarse, nuestra carencia endémica en este tipo de prácticas evaluadoras. Al menos, bajo las condiciones de sistematicidad mencionadas (GID, 1994). Como no podría ser de otra forma, ya que la emergencia de los servicios sociales en nuestro país, como red de servicios no va más

allá de una década (Fernández, 1995).

Desde los primeros trabajos (Fernández-Ballesteros, 1983) que reivindicaban la presencia de los científicos sociales en la evaluación de las intervenciones en el ámbito social y público, hasta hoy, no ha transcurrido tiempo suficiente para que las instituciones, a través de sus responsables, incorporen en los diseños de sus programas, estrategias de evaluación que permitan extraer conclusiones "científicas" sobre los resultados alcanzados tras la aplicación de tales programas. Aunque la lentitud institucional en modificar esta situación, nada tiene que ver con la cada vez mayor participación de profesionales de las ciencias sociales, en experiencias evaluativas de las intervenciones llevadas a cabo en el sector público (Fernández-Ballesteros, 1995)

Las conclusiones obtenidas en los estudios realizados hasta ahora en nuestro país, sobre la evolución del tratamiento institucional al problema del consumo de sustancias tóxicas (legales e ilegales) sitúan al año 1985 como el punto de inflexión en la tendencia de desarrollo de los planes y políticas de intervención en drogodependencias. Si bien es cierto que antes de esta fecha ya se habían publicado algunos estudios relacionados con distintos aspectos de la evaluación de programas en drogodependencias, no es hasta la creación en el año 1985 del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), cuando se da un salto cualitativo y cuantitativo importante en este tema. La aprobación del plan permitió la creación de una red asistencial a nivel Nacional, como respuesta a la necesidad de dar cobertura a una demanda social emergente cuyos costes a nivel personal y social comenzaban a ser preocupantes. Además de la definición del marco legal e institucional desde el que se haría frente al creciente problema del consumo de drogas, el PNSD significó elevar a rango de plan nacional, intervenciones hasta entonces parciales y con escaso respaldo político e institucional.

Desde entonces se han venido incrementando los recursos económicos y humanos a los diferentes centros provinciales de atención a drogodependientes. A nivel de la evaluación, la creación del PNSD da respaldo oficial a las actividades evaluadoras, a la vez que mejora la planificación, sistematicidad y rigurosidad necesarias para acercar el conjunto de intervenciones llevadas a cabo en este terreno, a los criterios y niveles mínimos de homologación de otros países más avanzados.

Ese incremento en la demanda de este tipo de servicios especializados, además de un crecimiento importante de la red asistencial, produjo una mayor sensibilidad y dedicación por parte de distintos sectores profesionales relacionados con este tema. Un ejemplo de ello son las Jornadas de Sociodrogalcohol que se celebraron en Palma de Mallorca en 1985, donde se aprecia un incremento importante en el número de ponencias y comunicaciones (embriones de futuras investigaciones y/o publicaciones) relacionadas con la evaluación de programas en drogodependencias (GID, 1992).

En estos momentos, la investigación "epidemiológica" pone de manifiesto no sólo la estabilización de la demanda, sino también los cambios profundos que se están produciendo con respecto a la edad de inicio del consumo, los hábitos de consumo, formas (vías) de consumo, así como de las sustancias que se consumen (EDIS, 1994).

Estas tendencias, algunas de ellas pendientes de confirmación, ponen de manifiesto un hecho: la negligencia con la que ha sido tratado uno de los componentes básicos de la intervención, como es la evaluación. La segunda conclusión a la que los estudios sobre evaluación han llegado, es la necesidad de conceder mayor rango de decisión a las conclusiones procedentes de la evaluación. Sin embargo, la convergencia de conclusiones de estudios en los dos puntos anteriores se está viendo condicionada a su vez, por otra serie de

factores de distinta índole: políticos, económicos, metodológicos, etc., que vamos a intentar aclarar en el apartado de conclusiones.

Trabajos en nuestro país que hayan conseguido reunir los medios y la información necesaria para realizar un trabajo de campo, en detalle, sobre cual ha sido y es la situación española respecto a la evaluación de programas en drogodependencias hay pocos. Aunque afortunadamente esa tendencia parece haber cambiado en los últimos años, no sólo en el área de drogodependencias sino también en otras áreas como salud, empleo, educación, etc.

En el área de drogodependencias destacan los estudios realizados por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) en colaboración con distintas entidades del gobierno y dentro de las actividades desarrolladas en el marco del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD). En 1992 el GID publica uno de estos trabajos donde se hace una revisión amplia de los primeros estudios descriptivos y de supervisión realizados tanto en el extranjero como en nuestro país. Entre los primeros estudios descriptivos en nuestro país se mencionan: Guardia y Mateos, Melgarejo y Sanahuja, Martínez; entre los primeros estudios de supervisión realizados también en nuestro país tenemos: Cavero, Monegal, Duran, Alguero y Urendes, y García y Graña. O bien también, los estudios multicentro: Polo y Zelaya, Díaz, Sánchez y Piña, Comas, Nieva; por último los estudios sobre resultados de tratamientos comienzan a realizarse en 1983: Bosch, Ferriz y Soler, Sirvent, Sánchez Carbonell, Melgarejo y Sanahuja, Guardia, Masip y Viladrich, (citados en GID, 1992). La mayoría de ellos son prolongación de estudios descriptivos realizados anteriormente en el mismo Centro, gracias a la iniciativa de los profesionales de esos centros. Por lo general, ha sido el no disponer de medios materiales y humanos suficientes lo que ha provocado el uso de diseños simples sobre muestras pequeñas (GID, 1992).

En los estudios llevados a cabo por el GID (1994) acerca de la situación pasada y presente de los estudios evaluativos en nuestro país, a nivel institucional y metodológico, ponen de manifiesto los siguientes resultados (véase GID 1994, para más información):

1. Las condiciones de partida identificadas a la hora de diseñar los planes y políticas de intervención, fueron aquellas ya filtradas por experiencias similares en esos otros países con varias décadas de experiencia en estos temas. Estas son:

- Estamos ante un fenómeno complejo.
- Necesidad de abordaje interdisciplinar.
- Importancia de la prevención.
- Intervención Integral: Desintoxicación-Rehabilitación-Reinserción.

Más tarde se incorporaría otro criterio, emergente de la práctica profesional y en concreto de las críticas a los pobres resultados obtenidos utilizando tratamientos libres de drogas con determinados pacientes. Este nuevo criterio reflejaba, en el fondo, la renuncia a universalizar los objetivos del tratamiento integral (desintoxicación, deshabitación, reinserción) a todos los pacientes por igual, es decir, que apelaba a la necesidad de adaptar los objetivos de la intervención a los rasgos del paciente y no al revés, tal y como se había estado haciendo hasta entonces. Aunque ello implicase, en programas como el de tratamiento con Metadona por ejemplo, ir en contra de la función primordial de cualquier intervención clínica, cual es, defender la salud del paciente mediante la eliminación del elemento que amenaza su salud, en nuestro caso, la droga. Aunque también es cierto que los tratamientos con metadona, se pensaron como paso intermedio entre la dependencia patológica a una sustancia como es la heroína y la desintoxicación física y psicológica.

En principio puede parecer una contradicción hablar de tener en cuenta diferencias individuales, cuando estamos hablando de programas de carácter colectivo o grupal, sin embargo, es necesario mejorar el diseño e implantación de tales programas incrementando lo que la literatura ha llamado "sensibilidad cultural". Es decir, acercar los elementos básicos del programa (objetivos, procedimientos, momentos y estrategias) a los repertorios o características culturales, étnicas o de destreza del sujeto objeto de la intervención. La norma hasta hace poco ha sido la de confeccionar programas y tratamientos de "talla única" para todas las poblaciones (Klitzner, 1990). La solución a este dilema, vendrá dada, entre otras cuestiones, de la mano de la identificación de *relaciones funcionales* entre características de los sujetos y las características de los problemas a tratar. Lo cual nos permitirá elaborar probablemente soluciones efectivas y por tanto también, más duraderas.

2. Desde 1983 a 1990 los rasgos de los estudios evaluativos se resumen a:

- Antes de la creación del PNSD, los estudios corrían a cargo de entidades no gubernamentales.
- Tras la creación del PNSD, mayor planificación en evaluación por parte del Estado.

3. Las características metodológicas de los estudios revisados se asemejan notablemente a las de los estudios realizados en los países considerados modelo. Estas son:

- Descriptivos de la población atendida en los diferentes centros de atención.
- Descriptivos de los tratamientos: evaluación de procesos. Apoyados en datos procedentes de sistemas de información en

soporte informático.

- Seguimiento de muestras: primeras evaluaciones de resultados en 1983. Realizadas por los propios centros.

1.5. Conclusiones

Este trabajo, ni por sus objetivos, ni por los medios con los que ha contado, ha pretendido escudriñar en los antecedentes históricos explicativos del desarrollo y de la situación actual de la evaluación de programas en drogodependencias. Ni dentro de nuestras fronteras, ni por supuesto fuera de ellas. Y ello no es porque el autor del trabajo no le conceda importancia a este tema, sino todo lo contrario. La principal razón que me hizo desistir de ese objetivo, fue el hecho de que ese tipo de trabajos ya han sido realizados en nuestro país y además de una forma amplia y precisa, por grupos de investigación que disponían de los dos recursos básicos que se necesitan para trabajos con este tipo de objetivos. Esto es, *medios* en forma de financiación pública y *autoridad* en forma de apoyo institucional.

Por otro lado, merece la pena mencionar lo poco fructífera que ha resultado en algunas ocasiones la búsqueda y localización de determinados materiales, utilizando los procedimientos habituales de investigación como son publicaciones profesionales y científicas. Bien porque la mayoría de ellos son documentos internos de trabajo, bien por el celo con el que se cuidan determinados datos, relevantes sólo a los intereses internos de la organización o grupo de trabajo.

Las aportaciones que la presente investigación, modestamente pretende hacer, se centran en algunos de los "puntos negros" actuales de la red teórica y metodológica de la evaluación de programas.

A nivel teórico con una reflexión sobre el problema de las fuentes de variabilidad de los datos y su tratamiento en evaluación de programas. A nivel aplicado con una evaluación de la situación actual del Centro, que permita y oriente posteriores tomas de decisiones, fundamentalmente en cuanto a la introducción de medidas y cambios que mejoren la posibilidad de realizar distintas investigaciones evaluadoras en el futuro.

**2. EL PROBLEMA DE LA VARIABILIDAD EN EVALUACION
DE PROGRAMAS**

2. EL PROBLEMA DE LA VARIABILIDAD EN EVALUACION DE PROGRAMAS

2.1. Introducción

El desarrollo de la metodología de investigación en evaluación de programas ha estado condicionada y lo sigue estando, por la influencia ejercida desde ciencias sociales como la psicología, la sociología y otras. Esta influencia se hace patente, no sólo en el predominio de conceptos procedentes de esas ciencias sociales afines, sino también por los métodos utilizados (Berk y Rossi, 1990)

Este hecho, bastante comprensible desde el punto de vista de la expansión y el crecimiento del conocimiento científico, presenta a veces, sin embargo, contraindicaciones como se van a intentar reflejar en este análisis comparativo, referido a *las dificultades derivadas de trasladar, desde otras disciplinas al campo de la evaluación de programas, los diseños de comparación de grupos de sujetos, como estrategia y método utilizado para controlar las fuentes de variabilidad que afectan a la investigación en evaluación de programas.*

Las dificultades proceden fundamentalmente de dos hechos interrelacionados. Primero, la aceptación poco crítica, desde nuestro

punto de vista, por parte de este área, de métodos y técnicas de análisis procedentes de esas otras áreas afines. Y en segundo lugar, la negligencia con la que los instrumentos de evaluación y por extensión, los métodos estadísticos utilizados, han tratado procesos históricos y sociales, de importancia vital en muchos de los programas objeto de evaluación (Berk y Rossi, 1976, citado en Cronbach, 1982, p.18). Se refieren los autores, tanto al número relativamente bajo de variables que se pueden controlar utilizando procedimientos experimentales "puros", como al hecho de intentar controlar las variables mediante aleatorización de correlaciones con otros fenómenos del mundo a los cuales están inevitablemente ligadas. Covariaciones que, por otro lado, y debido a las dificultades metodológicas que plantean su supervisión y control, son medidas de forma inexacta o incompleta.

2.2. Fuentes de variabilidad

La ciencia ha tenido que hacer frente, a lo largo de su historia, a innumerables problemas de muy distinta índole. Su desarrollo no siempre ha estado sujeto a criterios estrictamente científicos tal y como idealmente pudiera pensarse. Muy al contrario, la mayoría de las ocasiones han sido criterios no científicos los que han prevalecido a la hora de tomar decisiones, que a la postre, han condicionado de manera decisiva el desarrollo de la ciencia (Bernal, 1989). De entre las dificultades, de tipo metodológico que los investigadores han tenido que ir superando, tenemos como ejemplo más representativo, las distintas fuentes de variabilidad que, de manera continua, han amenazado la validez y la fiabilidad de los resultados de las investigaciones científicas.

Este problema tiene antecedentes en disciplinas como por ejemplo la psicología (Sidman, 1960). La polémica se centraba en si el origen de la variabilidad en la conducta se encontraba en factores

internos (intrínseca) o bien venía impuesta por factores ambientales o experimentales (extrínseca). Pues bien, este problema de identificación y control de las fuentes de variabilidad es equiparable al planteado en evaluación de programas. Con la diferencia de que en evaluación de programas, la dificultad inherente al proceso de identificar primero y controlar después esas fuentes de variabilidad se acrecienta, puesto que al problema antes mencionado de identificar el origen interno o externo de la variabilidad, se une el hecho de que el número de fuentes de variabilidad presentes en los fenómenos es mayor.

Véase como ejemplo la variabilidad procedente de las características del programa (objetivos compuestos, actividades complejas), o aquella otra señalada por Berk y Rossi (1990) procedente del hecho de trabajar con muestras de humanos y/o profesionales, los cuales generalmente gozan de un alto grado de discreción y autonomía en sus prácticas.

2.3. Procedimientos propuestos para controlar esa variabilidad

En psicología, se buscaban procedimientos que permitiesen aislar la variabilidad intrínseca (una vez aceptada como fuente de variabilidad), para *después* intentar determinar de manera más precisa las relaciones funcionales entre variables dependientes e independientes. Sin embargo, ante la ausencia de métodos y estadísticas de un nivel de confianza suficiente para identificar la incidencia, por separado, de cada una de esas fuentes de variabilidad en el comportamiento, se optó por una de las salidas posibles: el diseño de comparación entre grupos. Frente a esta alternativa existían otras alternativas como la de la física por ejemplo que, ante la imposibilidad de aislar la variabilidad intrínseca opta por ir descubriendo y aislando tantas fuentes de variabilidad como sea posible, para al final, si es el caso, estimar cuánta variabilidad es intrínseca (Berk y Rossi, 1990).

La elección del diseño de comparación de grupos, obedeció a dos razones fundamentalmente. Primero, paliar las enormes diferencias entre los individuos de un grupo. Segundo, dar salida de una forma elegante a un problema básico subyacente a muchos de los fenómenos estudiados como era, por un lado, el escaso conocimiento de los fenómenos en sí y, por otro lado, aunque relacionado con el anterior, el desconocimiento de los factores colaterales (también llamadas variables intervinientes) implicados en el fenómeno objeto de estudio.

Boruch y Rindskopf (1984), consideran que lo que es único respecto a los experimentos aleatorizados es que hacen que nuestra ignorancia sobre los fenómenos objetos de estudio, no distorsione sistemáticamente nuestras estimaciones de los efectos de un programa, al distribuirla aleatoriamente entre los grupos control y experimental. En palabras de Fisher, -la aleatorización alivia al experimentador de la ansiedad que implica tener que considerar y estimar la magnitud de las innumerables causas por las que sus datos serán distorsionados- (Fisher, 1935. citado en Boruch y Rindskopf, 1984 p. 128).

2.4. Problemas asociados al diseño y la comparabilidad de los grupos en evaluación de programas

La opción metodológica de los diseños de comparación de grupos, aplicada mayoritariamente a los diseños de investigación en ciencias sociales es trasladada a la evaluación de programas, por las influencias que comentábamos anteriormente. Sin embargo, la situación que se plantea a nivel metodológico en los diseños de evaluación de programas, además de no solucionar el problema de la variabilidad intrínseca implica otros problemas de tipo práctico, metodológico-técnicos, epistemológicos y psicológicos, que en evaluación de programas se acentúan. Veamos brevemente cada uno de ellos.

Entre los *problemas prácticos* tenemos aquellos derivados del hecho de que la evaluación de programas es una disciplina aplicada. Esto quiere decir, que no dispone de la situación de privilegio de que goza la investigación básica a nivel de poder hacer muchas preguntas sobre un tema, priorizarlas, y mediante investigación comenzar a responder a cada una de ellas. Eso es inviable en esta disciplina. Por otro lado, las implicaciones inmediatas que a nivel político pueden tener los resultados que produce la evaluación de programas, colocan a este área en una posición delicada, con vistas a su utilización y por tanto a su expansión.

Entre los *problemas metodológico-técnicos* podemos distinguir:

- a) mayor número de fuentes de variabilidad, como por ejemplo, el marcarse objetivos compuestos, contemplar actividades complicadas, basadas muchas de ellas en indicadores subjetivos apreciados por el experimentador, etc.,
- b) mayor número de variables presentes de forma simultánea en el fenómeno, al tratarse de situaciones aplicadas,
- c) menor grado de control sobre algunas de esas variables y por tanto menor grado de conocimiento de los llamados factores colaterales,
- d) dificultades al extraer sujetos de la población con idénticos valores en aquellas variables relevantes al tratamiento que se va a aplicar, ya que el inicio y mantenimiento del consumo es multifuncionalmente dependiente,
- e) que las covariaciones utilizadas para explicar las diferencias son medidas de forma inexacta o incompleta y
- f) la incertidumbre de los resultados de la evaluación es inherente a la variabilidad del fenómeno social que está siendo estudiado.

Además está el hecho de que el diseño de grupos en evaluación de programas, nos sitúa en un modelo de investigación indeseable llamado de "caja negra". Ya que éste sólo nos permite obtener datos sobre los resultados que produce sobre la variable dependiente (VD), aplicar niveles diferentes de la variable independiente (VI). Y ello, en situaciones como la evaluación de programas, en las que la "distancia"

entre un hecho y otro, es decir, entre la modificación de los niveles de la VI y los posibles efectos sobre la VD, es enorme en términos de la cantidad y calidad (diversidad) de procesos conductuales presentes, resulta insostenible.

Entre los *problemas epistemológicos y psicológicos* se encuentran algunos temas que se han ignorado o no se les ha otorgado la importancia que realmente tienen y que en evaluación de programas cobran más fuerza. Entre otros tenemos: a) el problema de las definiciones y clasificación de hipótesis y variables, b) la noción de problema científico, c) los procesos de descubrimiento e integración de nuevas ideas, d) de percepción de la realidad estudiada, o e) de razonamientos científicos en el trabajo inferencial y de validación (Véase Moreno, 1988 para más información).

De entre todas las dificultades enumeradas anteriormente, son sin embargo, los problemas éticos asociados también a la metodología de grupos control, lo que introduce una variable extraña de muy difícil control en investigación social (Levitan, 1979). Por ejemplo, la aleatorización de los sujetos a los grupos control y experimental es en sí un problema ético, pues no está resuelto aun si éticamente es justificable excluir a una persona de la participación en un programa, incluso si la exclusión está justificada por razones debidas a que la limitación de recursos restrinja el número de personas que accedan al programa. Otro ejemplo lo constituyen áreas de intervención como la prevención de abuso o maltrato infantil, donde ¿se puede hablar de la presencia de un grupo control que sufre abuso y sobre el que no se va a intervenir?. Situación esta difícil de imaginar, puesto que nuestra obligación a nivel ético y profesional es denunciar tanto la presencia de abusos, como la de situaciones que potencialmente puedan desembocar en este tipo comportamientos desviados.

Otro tema controvertido es el menor nivel de exigencia en los grupos control. Tal y como lo expresa Levitan (1979), en investigación médica, cuando se prueban nuevas drogas o procedimientos médicos, se acepta la exigencia de estrictas condiciones de experimentación y grupos de control. Pero en las etapas iniciales, cuando los riesgos potenciales son mayores y desconocidos, se usan animales. Sólomente cuando tales riesgos son comprobados y eliminados, se usan grupos de control humanos. Por el contrario, en el uso de grupos control en investigación social y evaluación de programas no se ha planteado un nivel de exigencia tan elevado. Los sujetos han de "utilizarse" desde el principio, cuando aun no han sido identificados ni controlados los posibles efectos desconocidos de determinados tratamientos.

2.5. Cambios propuestos

Para mediados de los años setenta estaba ya medianamente claro que no sólo con rigor metodológico se iban a solucionar los problemas que afectaban a la evaluación de programas. Los estudios de calidad así lo demostraban (Patton, 1984). Los criterios procedentes de la investigación básica, que hasta entonces habían sido los indicadores con los que se juzgaba la calidad de una evaluación, fueron sustituidos por otros más funcionales, adaptados a las condiciones de investigación aplicada que dominaban y dominan el área. Es decir, que si bien antes una evaluación era considerada buena si: a) los instrumentos de medida eran construidos con precisión, b) las muestras eran extraídas aleatoriamente, c) se utilizaban o no diseños experimentales y d) si los resultados eran analizados estadísticamente; ahora, las evaluaciones debían de ser *además*: útiles, comprensibles, relevantes y prácticas.

Esos nuevos criterios, publicados por el *Evaluation Standards Committee*, reflejaban el giro importante que se produjo en el área de evaluación de programas y significaron en la práctica, la separación de la evaluación de la investigación básica (Patton, 1984). Los nuevos criterios se plasmaron a dos niveles: práctico y metodológico. A nivel práctico, se recomendó bajar la presión que el trabajo a corto plazo provocaba. Especialmente en evaluación de programas, donde en la mayoría de las ocasiones se trabaja con programas complejos, con necesidades de información también complejas, cuya satisfacción por tanto, requiere planes de evaluación a desarrollar en períodos de tiempo prolongados.

A nivel metodológico, se recomendaban cambios en dos direcciones. Por un lado, se pedía que en lugar de centrar la investigación exclusivamente en la mejora de la bondad de los diseños experimentales, debería ponerse el énfasis en fortalecer la *utilidad*, la *generalización* de los resultados y la *incorporación* de los mismos a las prácticas diarias de aquellos que ejecutan el programa. En esta línea de pensamiento se encuentra Cronbach, máximo representante de esta concepción sobre los fines que debe servir la evaluación de programas.

Por otro lado, se recomendaba modificar la postura, poco defendible, de muchos científicos, de asociar experimentación con causalidad (Moreno, 1988). Ya que estamos hablando de investigaciones donde: a) el problema se aborda en circunstancias de insuficiente conocimiento, b) la enorme complejidad de la situación prácticamente imposibilita la utilización de la experimentación y c) el carácter multivariado de la realidad obliga a comprobar que las covariaciones encontradas entre hechos no son función de unas condiciones específicas o de unos factores colaterales concretos y no otros o de un momento en el tiempo y no otro.

Estas dificultades engordaron las críticas a la débil significación estadística de muchos de los resultados obtenidos, bajo las condiciones controladas de laboratorio y con un número muy pequeño (casi no significativo) de variables bajo control.

La primera alternativa a la investigación de comparación de grupos fueron los *estudios naturales* (también llamados experimentos de la naturaleza) (Berk y Rossi, 1990). Permitieron estos estudios naturales abrir el interés científico a nuevos fenómenos y variables que el método científico había marginado, la mayoría de las veces por los problemas metodológicos que planteaba su medición, no porque se negara su importancia y participación en los fenómenos objeto de estudio. Estos estudios naturales sirvieron además, para incorporar nuevos métodos de obtención de datos y análisis de los mismos, aunque menos matemáticos más funcionales. Sin embargo, la aparición de los estudios naturales en el escenario metodológico de la investigación social, como alternativa a los problemas metodológicos anteriormente mencionados, no pudo mantener alejada durante mucho tiempo, la persistente preocupación de los científicos por una definición exacta de las variables y de las relaciones causa-efecto. La ambiciosa pretensión de alternativa con la que surgieron estos estudios naturales, fue "fagocitada" por el peso y la tradición de los diseños experimentales y cuasi-experimentales en la literatura sobre el tema, relegando su uso a determinados temas o a una parte específica del entramado metodológico presente en los estudios.

En ese contexto, se fue forjando la segunda alternativa a los estudios con grupos extensos: el *enfoque del proceso*, cuyos primeros antecedentes los encontramos en los estudios sobre el proceso terapéutico en psicología que comenzaron a aparecer a finales de los sesenta y que desembocaron en una distinción desafortunada entre estudios de procesos y estudios de resultados (Berk y Rossi, 1990). Y aunque distintos autores como Judd (1987) y Anguera (1990), han

recalcado la importancia y la necesidad de que ambas perspectivas se complementen, para beneficio de la interpretabilidad de los resultados y de los componentes de la intervención, todavía parecen mantenerse por separado en su diseño y realización.

Como consecuencia de la reorientación metodológica y la búsqueda de nuevas alternativas a los métodos tradicionales, se ha producido en los últimos diez años una auténtica eclosión de nuevos métodos y técnicas tanto cualitativos como cuantitativos, que han mejorado la potencia de análisis y los resultados de los diseños de investigación. A nivel cuantitativo, las tablas de vida (Benedict, Glasser y Lee, 1989), análisis de la causalidad en estudios retrospectivos (Holland y Rubin, 1988) y con secuencia temporal de variables (Curry, Yarnold, Bryant, Martin y Hughes, 1988), series de tiempo en cuidadosos estudios longitudinales (Boruch y Pearson, 1988), toma de decisiones (Dawson y Cebul, 1990), el análisis de supervivencia (Wheeler y Hissong, 1988), estudios de impacto (Ridge, Stern y Watts, 1990) y análisis de la causalidad en estudios retrospectivos (Stanley y Robinson, 1990). A nivel cualitativo, las cuestiones de conexión de variables en un plano conceptual (Wright, 1989) o de metaevaluaciones (Cleave-Hogg y Byrne, 1988).

2.6. Conclusiones

Por tanto y para concluir, la transfusión continua de métodos y técnicas de otras disciplinas a la evaluación de programas, ha inoculado al área los serios problemas que aquejaban a los diseños basados en grupos control. La huera distinción entre estudios de procesos y de resultados anteriormente mencionada es un buen ejemplo de ello y que en evaluación de programas se hace aun más absurda, puesto que la utilidad de un proceso sólo puede valorarse a la luz de los resultados que produce. Otro ejemplo lo constituye la urgencia de resultados a

corto plazo que compite directamente, por ejemplo, con muchas de las necesidades de información complejas de los programas, las cuales sólo son alcanzables mediante planes de investigación a desarrollar en años sucesivos. Un ejemplo más lo representa el énfasis en inferencias causales, que en evaluación de programas ha precipitado el uso de evaluaciones "duras" experimentales en detrimento de una evaluación más de carácter formativo, que preparase el terreno para que más adelante se realizasen con mayores garantías, evaluaciones sobre resultados. Y ello, fundamentalmente porque la mayoría de los programas ni son simples, ni los tratamientos están bien definidos, ni existe un trabajo prolijo de seguimiento del programa por parte de los agentes y responsables del mismo.

**3. DECISION DE REALIZAR UNA EVALUACION DE
PROCESOS/ IMPACTO DE UN PROGRAMA**

3. DECISION DE REALIZAR UNA EVALUACION DE PROCESOS/ IMPACTO DE UN PROGRAMA

La decisión de elegir la evaluación de programas como tema de tesis, tuvo que ver con dos circunstancias. Primero, aprovechar la formación y experiencia en ese área durante mi estancia en la University of New Mexico (UNM). Segundo, el auge y la demanda que este área está experimentando en los últimos años.

3.1. Búsqueda de posibles programas candidatos

Fueron varias las instituciones y programas candidatos que consideré antes de tomar una decisión, sobre el programa que finalmente sería objeto de este estudio:

- Programa de prevención del absentismo escolar en el distrito norte de Granada. Consejería de Asuntos Sociales.
- Programa de integración del área transversal de educación para la salud en la E.S.O. Consejería de Educación y Ciencia.
- Programa de intervención en drogodependencias. Centro

Provincial de Drogodependencias (CPD). Diputación Provincial de Granada. Consejería de Asuntos Sociales.

- Programa de teleasistencia domiciliaria a la tercera edad.
Diputación Provincial de Granada.

3.2. Análisis de las alternativas

La evaluación informal de las distintas alternativas, se hizo atendiendo a los siguientes indicadores:

1. *Simplicidad de los Programas,*
2. *Grado de definición de los Tratamientos,*
3. *Fiabilidad y Validez del sistema de información.*

Los resultados obtenidos tras el análisis de los distintos programas fueron los que vamos a detallar a continuación. Dichos resultados, no son específicos de cada programa, sino que recogen de manera general los rasgos comunes encontrados en mayor o menor grado en todos los programas:

- Dificultades para encontrar un programa que reuniese los requisitos necesarios para la realización de una evaluación de impacto, especialmente por problemas relacionados con el tercer requisito. En general encontramos:

- a) problemas referidos a la estructura de los programas (informes, materiales, etc),
- b) programas complejos (que implicaban actividades y procedimientos complejos),

- c) carencias respecto al nivel de definición de tratamientos, especialmente en cuanto a no disponer de objetivos operativos,
- d) confusión respecto a los componentes de los programas y sus efectos,
- e) diversidad en los procedimientos de construcción de instrumentos, en los criterios a seguir, en la obtención de datos, en su tratamiento posterior, en la temporalización de los mismos, etc.

3.3. Selección del programa objetivo

[A partir de este momento el proceso que se ha seguido a lo largo de toda la investigación está resumido y secuenciado por fases tal y como se puede apreciar en los Esquemas que bajo el nombre de Fases y Componentes del Proceso de Evaluación aparecen en la sección de Anexos].

Los criterios seguidos para elegir el programa a evaluar fueron los siguientes y por este orden:

- 1º. Disponibilidad de los responsables.*
- 2º. Utilidad de los posibles resultados al centro o institución.*
- 3º. Generalización de los posibles resultados a otras instituciones o programas.*
- 4º. Posibilidades de evaluación (Evaluabilidad).*

3.3.1. Primeros contactos con los responsables del programa

El primer contacto fue con una de las trabajadoras sociales del Centro. Tras una primera entrevista en la que le expuse el objetivo del trabajo de investigación, decidió concertarme una entrevista con el Director del Centro. En esa otra entrevista, se puso de manifiesto el interés del centro por iniciar un trabajo más riguroso y sistemático en la dirección de modificar algunas situaciones y prácticas en el CPD. Tras aclarar las implicaciones que tenía llevar a cabo una investigación de esta naturaleza (garantías de acceso a toda la información disponible y colaboración por parte de los miembros del programa), el director del centro dio luz verde al proyecto.

Por mi parte, confirmé la decisión de realizar la investigación sobre este programa atendiendo a los tres primeros requisitos, pero especialmente al primero guiado fundamentalmente por experiencias previas en este terreno en las que una disponibilidad dudosa al inicio, por parte de los responsables del programa, puede dar al traste con varios meses de trabajo al no tratarse de una actividad a la que el centro esté obligado por ley.

3.3.2. Identificación de las prioridades del centro y del estudio

Desde el primer momento, se hacen patentes tres situaciones interrelacionadas respecto a la situación del CPD:

1. La voluntad por parte del Director del Centro de:
 - a) Aprovechar el momento de cambio que se vivía entonces en el CPD.
 - b) Ajustar las previsiones sobre inclusión de procedimientos y

mecanismos de evaluación en el organigrama del centro, a la práctica real.

c) Introducir medidas necesarias de supervisión y control de los programas, encaminadas a mejorar las posibilidades de evaluación de los mismos.

d) Dar respuesta a la demanda creciente de métodos adecuados de retroalimentación en procesos de diagnóstico, prescripción y comprobación de procesos conseguidos y a las presiones crecientes por identificar, obtener y proporcionar información válida y fiable sobre todos los aspectos, operaciones y componentes de los programas.

2. El desconocimiento, por parte del Director del centro, respecto a las implicaciones y consecuencias de llevar a cabo un tipo u otro de evaluación.

3. Los posibles problemas (de clima laboral especialmente) que se podrían derivar, en caso de rechazo del plan, por parte de los profesionales que trabajan en el Centro.

La elección de los objetivos preliminares en esta fase del proceso evaluador, estuvieron condicionados por los siguientes factores. En primer lugar, las dificultades que a nivel metodológico atenazan este área. En segundo lugar, la escasa tradición de nuestro país en evaluación de programas y, unido a este factor, está el crecimiento acelerado que los servicios en la área de atención a drogodependencias han tenido en los últimos diez años, con las carencias que ello implica para la planificación y supervisión y con los agravantes añadidos de una herencia de prestaciones y dispositivos asistenciales poco menos que caóticos (Fernández, 1995). Los objetivos preliminares fueron:

a) Valoración de la situación global del CPD,

b) Consideración de las distintas alternativas: evaluación de procesos vs. evaluación de impacto,

c) Elección de una alternativa.

3.4. Revisión de la información disponible sobre el CPD

3.4.1. Cuestiones Generales sobre el centro

3.4.1.1. Contexto del Centro.

En la Figura 1 se puede apreciar la dependencia funcional del Centro Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Granada. El CPD constituye una de las tres subdivisiones dependientes de la Diputada Delegada. La Figura 2, refleja la distribución de funciones y áreas de intervención que configuran el organigrama organizativo del CPD.

El programa se desarrolla en el ala izquierda de las dependencias del Hospital de San Juan de Dios, situado en el calle San Juan de Dios de Granada. En la planta baja se ubican los despachos de los médicos, los espacios destinados a prescribir Metadona, los laboratorios de controles toxicológicos y el área de prevención educativa. Junto a estos están los espacios destinados a información y atención telefónica y personal. También encontramos en esta planta la Secretaría del CPD, que coincide con el espacio dedicado a la biblioteca. Junto a este espacio se ubica el despacho del Director. En la planta superior se encuentran los despachos de los psicólogos y de los trabajadores sociales.

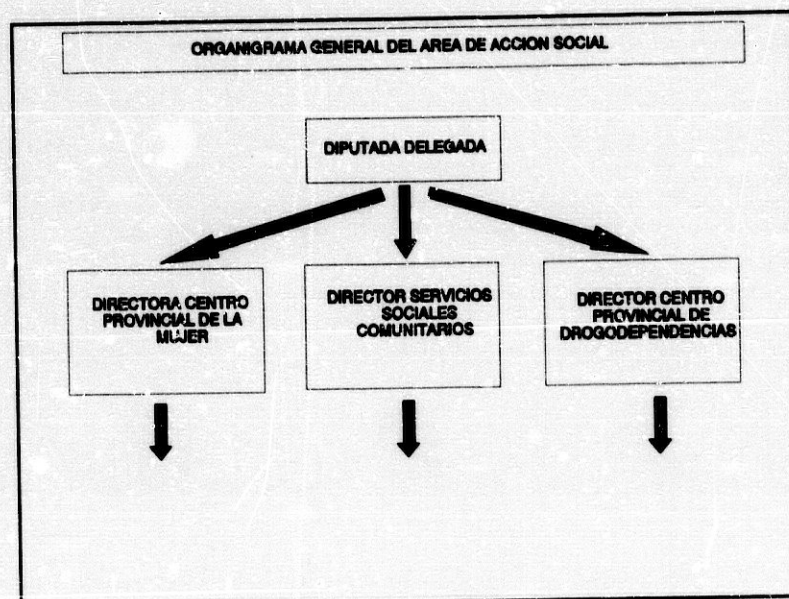


FIGURA 1: Organigrama general del area de Acción Social de la Diputación Provincial de Granada.

El horario asistencial (de 9h a 14h) resulta insuficiente para cubrir otras funciones de organización, coordinación, etc. El cambio a un horario de invierno (7-30 a 15 h) palió parcialmente el problema. Aunque la complejidad de los problemas (urgencia, delegación, chantaje), las dificultades clínicas derivadas de trabajar con sujetos con un perfil como el del drogodependiente, unido a la presión asistencial consecuencia del elevado número de pacientes que visitan cada día, dificulta la relación asistencial y la puesta en marcha de mecanismos correctores. Otro aspecto a reseñar es el incremento en el número de incidentes o conflictos algunos de ellos peligrosos para la integridad física de los miembros del CPD. Este tema está en vías de tratamiento.

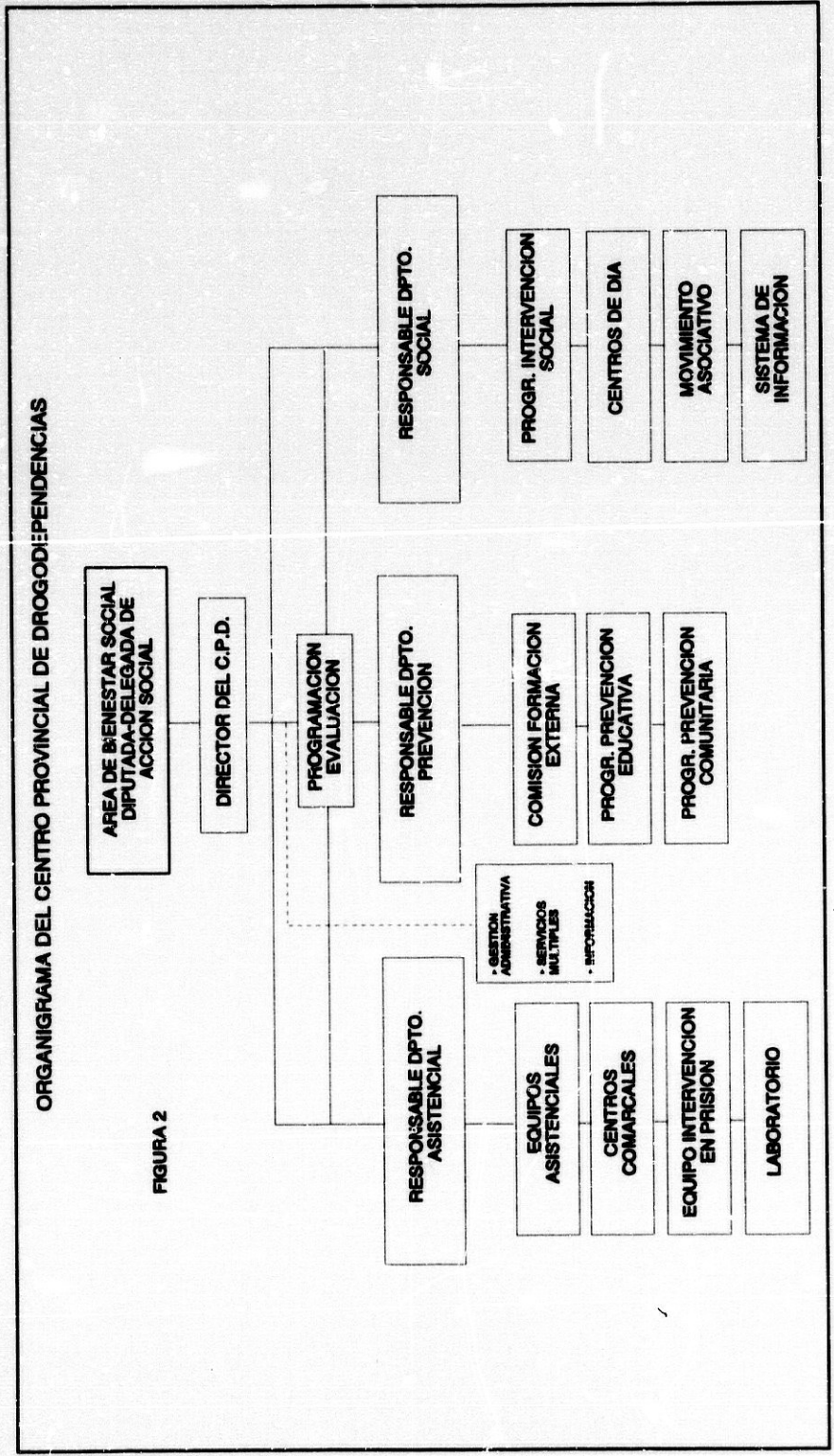


FIGURA 2

FIGURA 2. Relación de Departamentos, Funciones y Programas en funcionamiento dentro del Centro Provincial de Drogodependencias.

3.4.1.2. Historia y Orígenes del Centro

La falta de atención que se ha dedicado tradicionalmente al problema del consumo de estupefacientes, se hizo insostenible a principios de los ochenta, cuando comenzaron a aparecer distintos datos epidemiológicos. Según el informe de EDIS (1984) más del 11% de la población mayor de 16 años presentaba un nivel de consumo de alcohol equivalente a 150 cc de alcohol al día, cantidad considerada de alto riesgo por sus efectos perniciosos sobre la salud.

Con el objetivo de prestar una mejor atención sanitaria y social a los problemas derivados del consumo de drogas (legales e ilegales) se crea en 1985, al amparo del **Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD)**, el *Plan Andaluz Sobre Drogas (PASD)*. En concreto, el Consejo de Gobierno mediante el Decreto 72/85 de 3 de Abril, establece la creación del *Comisionado para la Droga* como órgano de coordinación, elaboración y ejecución de un proyecto tendente a establecer un Plan General de Actuación en materia de drogodependencias dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza. En Alvarez (1987) se puede encontrar una descripción en detalle sobre los orígenes y evolución del PNSD.

Por el Decreto 73/85 de 3 de Abril se crean los *Centros Provinciales de Drogodependencias* como órganos operativos del Plan Andaluz sobre Drogas, con actuaciones para la Prevención, Asistencia e Integración Social de drogodependientes, que se realizan mediante convenios con las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos. Desde aquella fecha, las actuaciones en esta materia se vienen articulando desde estos Centros a los que se le han ido sumando

nuevos recursos, de distinto carácter y naturaleza, fundamentalmente a raíz de la publicación del Decreto 386/90 sobre Programas de Intervención en Drogodependencias en Barriadas de Actuación Preferente y Zonas de Alta Incidencia. Es también destacable la publicación del Decreto 162/90, de 29 de Mayo, que regula los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos. Estos recursos vienen haciendo posible ajustar los distintos modos de intervención a las características de la demanda.

El marco jurídico que define hasta ahora la política institucional en drogodependencias tiene como base, además de la normativa correspondiente de ámbito nacional, el Estatuto de Autonomía para Andalucía y las Leyes de Servicios Sociales, del Servicio Andaluz de Salud y la ley Reguladora de las Relaciones entre la Comunidad Autónoma y las Diputaciones Provinciales.

Actualmente, se ha consolidado definitivamente la alternativa que proponía que los distintos servicios públicos asumiesen su parte de responsabilidad asistencial, frente a la opción de ampliar la estructura especializada de atención a drogodependientes. Y ello por motivos relacionados con la integración social de los sujetos, su no discriminación y la rentabilidad funcional de los servicios disponibles. No obstante, quedan cuestiones pendientes de resolver como por ejemplo, la ubicación definitiva del área en Salud o Bienestar Social y otros muchos temas que deberían ser regulados por una ley sobre atención a drogodependencias que se está retrasando más de lo conveniente.

3.4.1.3. Justificación del Centro: Objetivos

Tras más de una década de vida del Plan Andaluz sobre Drogas, un dato sobresale del resto: la vigencia de sus objetivos. El problema lejos de remitir, parece mutarse en formas de consumo (incremento de la inhalación) y sustancias nuevas (drogas de diseño) a consumir (EDIS, 1994). La prevalencia, cuando no el incremento, de los índices alarmantes de consumo de sustancias tóxicas (especialmente alcohol y tabaco) entre los jóvenes (del consumo de las llamadas sustancias de diseño "pastillas" todavía no existen datos contrastados), hace pensar en la necesidad de potenciar y evaluar de forma sistemática las actuaciones de orden preventivo, asistencial y de reinserción social; ejes centrales sobre los que gira todo el Plan Andaluz y Nacional sobre Drogas.

El consumo de drogas es un problema complejo, multicausalmente determinado cuyo abordaje exige tanto iniciativas interdisciplinarias, como la participación coordinada de muchos organismos y entidades, tanto públicas como privadas, las cuales han de compartir objetivos, recursos y necesidades.

La relación entre necesidades y objetivos queda demostrada por la presencia de una oferta variada de programas que cubren desde aquellos sujetos que no pueden o no quieren dejar las drogas, hasta aquellos que sí, mediante programas libres de drogas. Entre los primeros tenemos los programas de Metadona tanto de alta como de baja exigencia y entre los segundos los programas de desintoxicación, tratamientos individuales, familiares y grupales, de reinserción, etc. Dado este panorama parecen haberse adoptado definitivamente

planteamientos basados en criterios de funcionalidad y pragmatismo. Es decir, de adaptar la oferta de recursos a las características de la demanda. Actuaciones éstas contrarias al diseño y objetivos del PNSD en sus inicios.

Como procesos de revisión establecidos, se mencionan las revisiones hechas por el comisionado, las revisiones hechas por el Centro mediante reuniones de equipo, reuniones de responsables de áreas, etc. Parece ser que se ha puesto en marcha un proyecto que consiste en Evaluar el PASD. Aunque desconocemos en este momento en qué va a consistir el proyecto exactamente.

3.4.1.4. Personal del Centro

El personal lo constituyen: 4 trabajadores sociales, 3 médicos, 7 psicólogos, 1 pedagogo, 2 educadores, 4 administrativos, 1 técnicos de laboratorio, 1 auxiliar de clínica, 1 informadora telefonista, 2 operarios, 1 profesor de EGB. (Ver Figura 3)

El desempeño de cada profesional de las funciones asignadas a su grupo, implica no sólo la posesión de los títulos correspondientes, sino también la experiencia necesaria que garantice el correcto desempeño de las funciones asignadas. Cada profesional asume sus funciones de acuerdo a lo establecido en el ámbito de las drogodependencias.

Al personal nuevo se le entrena mediante modelamiento por parte de algún otro profesional con experiencia en esas funciones.

Para cubrir posibles ausencias de forma inmediata y sin que se resintiera la calidad asistencial ofrecida al usuario, se pensó en disponer mediante unas becas, de profesionales a los que se les fuera formando en tareas del Centro. Para el año próximo parecen existir los recursos necesarios para llevar esto a la práctica.

Son funciones complementarias a las asistenciales, la docencia en cursos relacionados con las drogodependencias, la actualización y renovación de la biblioteca del centro, la actualización de sus propios currícula mediante la asistencia a congresos, seminarios, cursos, etc.

Más que la evolución del programa, ha sido la evolución del área, en concreto en ámbitos preventivos, lo que ha movido el interés de algunos de los profesionales del centro hacia temas relacionados con la prevención, sin que por el momento constituya su tarea principal.

3.4.1.5. Participantes en el Centro

Es necesario decir en primer lugar que los datos descriptivos del perfil sociológico de los sujetos están referidos, no sólo al CPD, sino también a los centros de atención a drogodependientes repartidos en la provincia de Granada. No sabemos por tanto, el perfil exacto de los sujetos atendidos en el CPD, pero no tenemos indicios para pensar que las puntuaciones medias en esas variables cambiarían de forma significativa, en caso de incluir sólo a los sujetos tratados en el CPD.

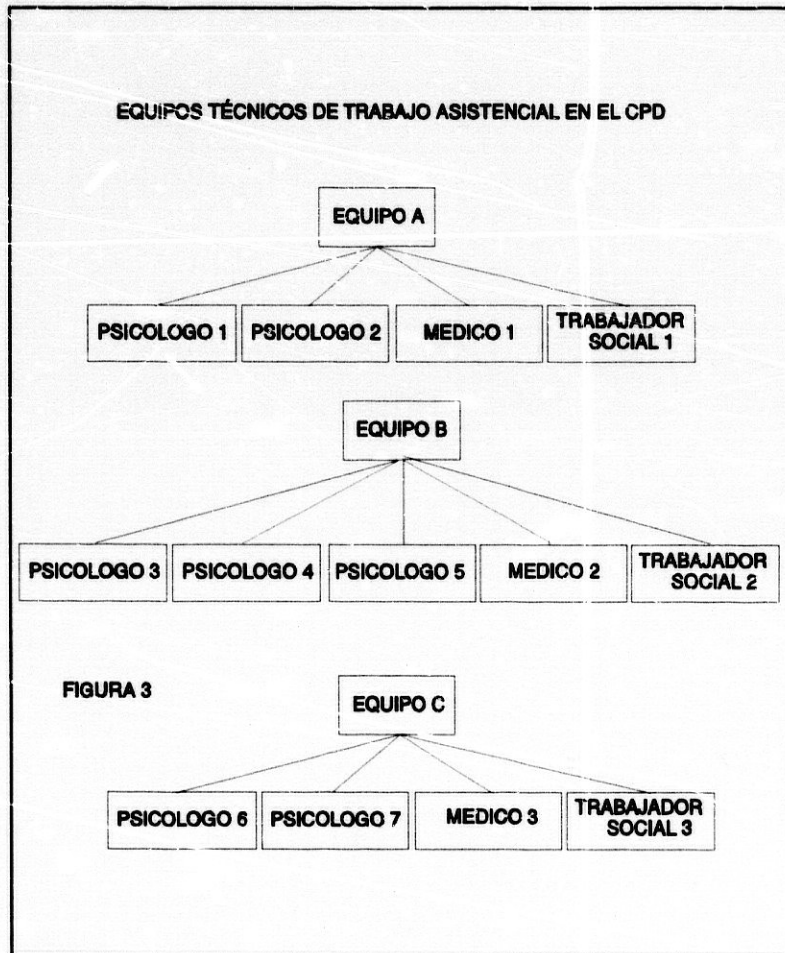


FIGURA 3. Relación de los distintos profesionales que componen los Equipos Técnicos de Trabajo Asistencial en el CPD.

Las características del año 95 son las siguientes:

- En el año 1995, se estaban tratando en el centro un total de 1.429 sujetos

- Un total de 769 sujetos iniciaron o reiniciaron tratamiento en el CPD, lo cual representa un 48% del total de la provincia.
- De éstos, 446 (58%) son reinicios y 323 inicios (42%)
- El 48,9% de los drogodependientes que han iniciado y reiniciado tratamiento de rehabilitación por drogas ilegales en la Provincia de Granada, han acudido al CPD.
- La forma en que conocen los recursos del CPD, se distribuyen de la siguiente manera:
 - Amigos, el 30,1%,
 - Familia, el 20,9%,
 - Servicios Sanitarios, el 18%,
 - Iniciativa propia, el 9,2%.
- En cuanto al tipo de demanda presentada tenemos:
 - Sin especificar, el 27,3%,
 - Desintoxicación, 21,9%,
 - Metadona 15,2%.
- El 87,4% son varones y el 12,3% mujeres.
- La edad media de los usuarios de los centros es de 26,8%.
- El 57,2% de los sujetos es soltero/a.
- Conviven con la familia de origen el 60,4%, tan sólo el 27,1% conviven con su pareja estable o familia propia.

- Trabajan el 38,9%,
- Tienen el Graduado Escolar el 25,2%, BUP, el 43,5% y Estudios Superiores el 21,6%.
- En cuanto a las drogas que motivaron el tratamiento se distribuyen de la siguiente manera:
 - Heroína en el 91,2% de los casos.
 - Cocaína en el 2,8% de los casos.
 - Cannabis en el 2,4% de los casos.
 - Psicofármacos en el 1,6% de los casos.
 - Alcohol en el 1,6% de los casos.
 - Metadona y otros opiáceos en el 0,4% de los casos.
- El 84,8% de los sujetos carecía de antecedentes penales antes de consumir, porcentaje que desciende al 48% tras iniciarse en el consumo.
- Respecto al nivel de ingresos oscilan entre las 500.000 ptas y los dos millones anuales (58%). De los cuales son medios propios o ayuda de la familia en el 73,2% de los casos, frente a un 11,6% que obtienen ingresos de forma ilícita.

En este apartado es necesario mencionar la necesidad de depurar más los datos de tipo económico que se recaban de los sujetos, fundamentalmente por la presencia de fenómenos como la marginalidad, la exclusión, y otros, identificados por la sociología y que tienen un efecto distorsionador importante sobre los datos de tipo económico procedentes de colectivos o grupos como el que estamos

analizando.

En cuanto al proceso de selección de los sujetos hay que decir que no existe, ya que son los sujetos los que acuden al Centro. En este sentido, los sujetos se auto-seleccionan. Por esta razón, no podríamos considerar a los sujetos que asisten al CPD como una muestra representativa de la población total de drogodependientes, en caso de realizar un diseño experimental.

3.4.1.6. Presupuesto y cuestiones administrativas

Lo que más cuesta del programa, son los gastos por retribuciones a los empleados, con aproximadamente unos 120 millones. Le siguen los gastos derivados de las cuotas a la Seguridad Social por el personal del Centro con 33 millones. Hasta 5 millones suponen los gastos por material técnico. Tres millones y medio es el coste de mantener limpio el edificio. Unos dos millones y medio los gastos por construcciones, una cantidad similar por conservación del edificio y así sucesivamente, gastos menores, hasta completar el presupuesto total que es de 179 millones.

Ni qué decir tiene que no existen estudios de coste por unidad ni nada similar. Dada la situación, aun se está lejos, aunque no tanto, de aplicar este tipo de análisis a realidades como las del CPD.

3.4.2. Cuestiones Específicas sobre el Centro

3.4.2.1. Acciones Planificadas del Centro: Características

En primer lugar hay que mencionar que obviamente durante todo el tiempo en que el CPD está en funcionamiento, se están realizando actividades que reflejan el cumplimiento de las funciones asignadas a cada profesional. La forma en que tales actividades repercuten en el desarrollo del programa es, entre otras cosas, lo que este estudio pretende evaluar.

Este análisis preliminar, arroja datos en dos direcciones. Por un lado, se aprecia efectivamente la enorme variedad de programas y funciones generales y específicas asignadas a cada programa y a cada profesional dentro de cada programa. Por otro lado, muestra la escasa definición que en general caracteriza los elementos y estructura de los programas. No sólo en cuanto a que las metas y los objetivos no se especifiquen de manera operativa, sino en cuanto a que se expliciten los materiales y medios que se van a utilizar para conseguir las metas que se proponen, así como cuáles son las asunciones subyacentes a cada planteamiento teórico y terapéutico, etc.

3.4.2.2. Materiales e Instrumental del Centro

Muchos de los materiales son las pruebas estandarizadas que existen en el mercado para usar con fines evaluadores, clínicos o terapéuticos. Entre las pruebas de evaluación y diagnóstico normalizadas se utilizan: cuestionarios de inteligencia, cuestionarios de personalidad (ISRA, Beck, 16PF), cuestionarios de motivación, entrevista estructurada de alcoholismo, test de alcoholismo, distintos modelos de

entrevistas con distinto grado de estructuración, entrevista familiar, análisis funcional, cuestionarios de revisión de recaídas, etc. Aunque también disponen de materiales que ellos mismos han adaptado a las necesidades de su contexto clínico y de sus pacientes. No obstante, parece echarse en falta nuevos materiales o materiales adaptados, más funcionales a las necesidades que se plantean.

La disponibilidad de todo tipo de materiales (tests de psicodiagnóstico, material fungible, material informático, etc.) está garantizada completamente, aunque es su escaso uso, por falta de tiempo fundamentalmente, la tónica general entre los profesionales. Otro problema presente en este contexto y relacionado con lo anterior, es el perfil de los sujetos tratados, la mayoría privados de los repertorios mínimos a nivel de lectura y escritura necesarios para aplicar una prueba de tipo medio.

3.4.2.3. Actividades del Centro

Una carencia general de los programas que se han revisado, es la falta de lo que en inglés denominan "rationale". Es decir, explicitar qué razones o argumentos hay detrás de una decisión que vincula una actividad a un objetivo de una forma concreta y no de otra posible.

Es un rasgo común no ya que los sujetos decidan sobre las actividades a realizar, sino que las adapten lo más posible a sus características, sin renunciar al objetivo original de la actividad. Sí parecen plantearse algunos problemas respecto a la supervisión de la utilidad o funcionalidad de las mismas para los sujetos, lo cual afecta,

más tarde, a la planificación y la prioridad de otras actividades.

3.4.3. Cuestiones sobre las posibilidades de evaluación, de los distintos programas del CPD, referidas a cuatro ámbitos

Las conclusiones preliminares referidas a las posibilidades de evaluación de los distintos programas del CPD, aparecen a continuación relacionadas con los cuatro ámbitos que la bibliografía sobre evaluación de programas, ha identificado como relevantes a los objetivos de la evaluación (Ver figura 4):

3.4.3.1. Voluntad política

Se podría concretar en la disponibilidad y apertura del director del Centro a realizar trabajos de investigación destinados a mejorar, en general, los distintos aspectos que tienen que ver con la planificación, seguimiento y resultados de la evaluación del C.P.D. Este requisito fundamental, quedó garantizado al incluirlo como primera condición para la elección del programa que sería objeto de la evaluación. No obstante, a medida que la investigación avanzaba y las necesidades de información se adentraban en aspectos relacionados con la organización interna del centro, comenzaron a aparecer algunas reservas relacionadas con el posible uso indebido que de la información pudiera hacerse. Estos problemas fueron abordados y solucionados de una forma directa e inmediata.

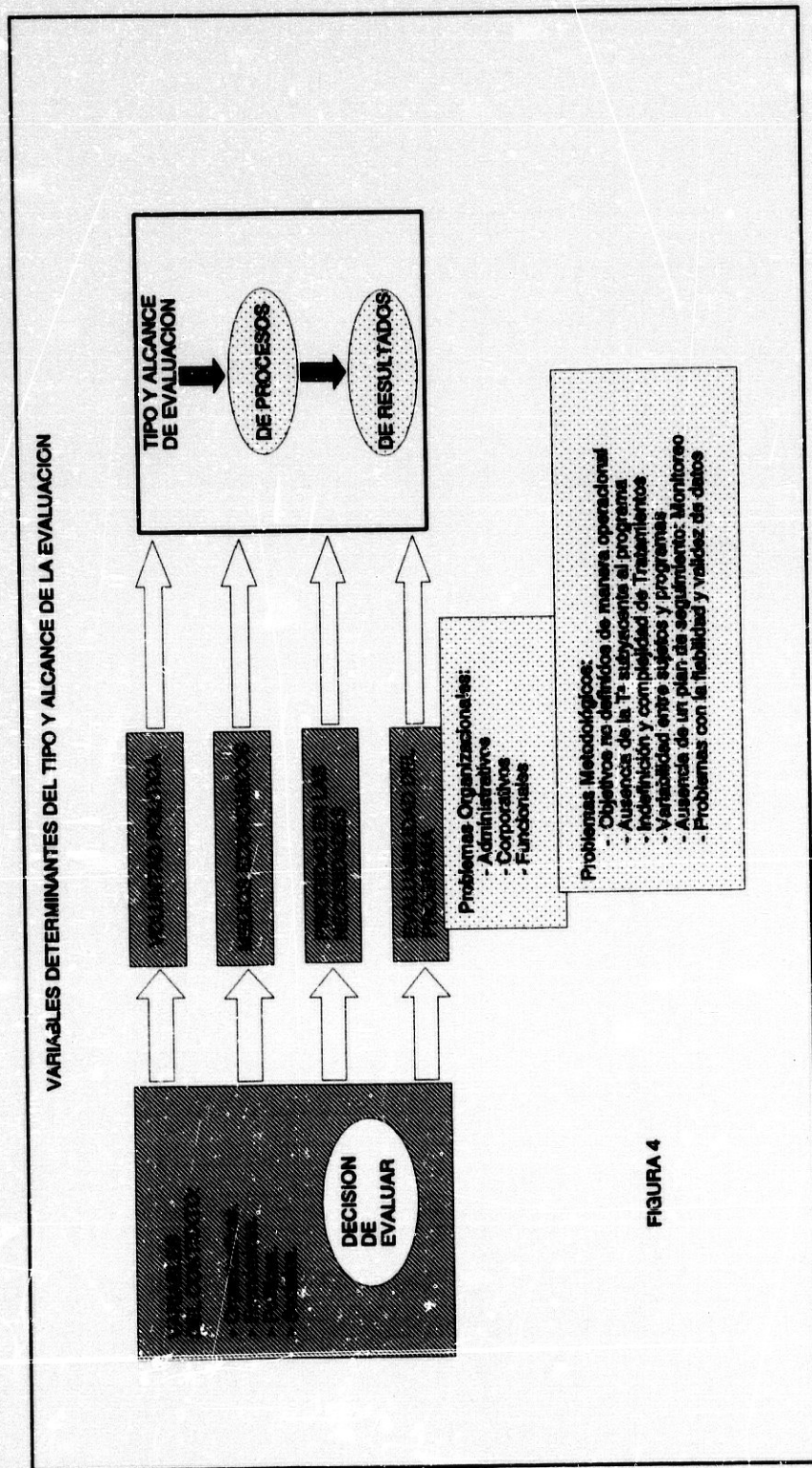


FIGURA 4. Conjunto de Variables que condicionan tanto el tipo como el alcance de la evaluación a realizar.

3.4.3.2. Medios económicos

El coste para la institución va a ser de cero pesetas. Por lo que la crítica frecuente que la literatura refleja, sobre el hecho de que es el alto coste que las evaluaciones suponen para aquellas instituciones que las llevan a cabo, teniendo en cuenta luego la escasa relevancia de sus resultados (Patton, 1984), uno de los factores que más negativamente está afectando al desarrollo del área, no se puede aplicar a este proyecto. En nuestro caso, por ejemplo, la continuidad de este trabajo con otros estudios relevantes para el funcionamiento del CPD, está supeditado a la aprobación de fondos destinados a financiar trabajos de evaluación continuación de este estudio. En este sentido, los responsables del C.P.D., trabajan con la previsión de disponer para el ejercicio del año próximo 1997, de un presupuesto complementario, destinado a cubrir los gastos que ocasione la continuación de la investigación iniciada por esta tesis.

3.4.3.3. Prioridad en las necesidades

Al igual que en el plano de la intervención, en el que ningún programa por sí solo, puede dar respuesta global a los distintos niveles y necesidades de la población objetivo; en el plano de la evaluación, el hecho de estar ante instituciones o sistemas, caracterizados por tener: a) múltiples objetivos, b) cadenas complejas de sistemas de implantación, c) necesidades de información que son también complejas, d) además de lugares diferentes donde el programa tiene lugar, los proyectos de evaluación deberían hacerse sobre plazos de varios años, implicando, a ser posible, a todo el equipo de

profesionales.

Por otro lado, al tratarse de un programa asistencial, la investigación más útil sería aquella destinada a mejorar los procesos del programa (y finalmente su impacto), ya que incluso si los resultados de la evaluación, mostrasen una hipotética falta de efectividad y eficiencia del programa, su continuidad no dependería de los resultados obtenidos. Ya que, por un lado, ningún grupo político iba a retirar los fondos a un programa de esta naturaleza, por el coste político que supondría. Y por otro, porque algunos programas sociales, una vez instalados, generan su propio apoyo político.

Hay otros datos de naturaleza cuantitativa, quizás con mayor poder de convicción a la hora de optar por una evaluación que facilite la comprensión de los fenómenos presentes en el CPD. Como por ejemplo el siguiente: el 57.98% de los sujetos asistidos en el CPD durante el año 95 constituyen reinicios. Dada esta situación, ¿tiene sentido plantear una evaluación de impacto?, cuando además, no existen datos registrados de forma sistemática, referidos a los procesos subyacentes al proceso terapéutico, ni en las historias clínicas de los sujetos, ni en las fichas completadas durante la fase de Acogida. O bien es necesario ver qué está sucediendo (procesos) antes de plantear otros objetivos evaluadores. Tampoco, quizás debido a la alta densidad de pacientes que utilizan a diario los recursos del CPD, existe un interés notable por parte de los responsables del Centro en cuestiones de cobertura de la población objetivo por ejemplo. Por lo que la decisión de realizar uno u otro tipo de evaluación (proceso vs. impacto) queda a criterio del experto-investigador.

3.4.3.4. Posibilidades de evaluación del programa en cuestión

Los resultados obtenidos respecto a las posibilidades de evaluación del CPD, se refieren a los siguientes conjuntos de variables:

3.4.3.4.1. Cuestiones Organizativas

A. Administrativas: determinadas prácticas de la organización, como son la demora en la producción, análisis y entrega de información referida a distintos procesos y actividades vitales para el funcionamiento del Centro, aunque bien es cierto que en este último año, quizás esa demora haya estado motivada, por las dificultades que han ido apareciendo paralelamente a la incorporación de un nuevo sistema de citas informatizado.

B. Corporativas: reservas por parte de los profesionales implicados (psicólogos) a que se publiquen datos sobre los resultados de su trabajo. Y lo que es más problemático, que se hagan atribuciones injustas sobre la responsabilidad de los mismos, debido a un análisis excesivamente simplificado de los complejos procesos presentes en el conjunto de actuaciones que tienen lugar en el CPD.

C. Funcionales: confusión entre los profesionales implicados en el proceso de intervención y terapéutico, en cuanto a reparto de funciones y tareas. El análisis realizado a modo de ejemplo y sin pretender ser exhaustivos, del perfil de psicólogo, arroja unos resultados en la línea de "indefinición"

que afecta a otros ámbitos y aspectos del funcionamiento del CPD. Por ejemplo, se habla de determinadas funciones sin delimitar con precisión qué instrumentos y/o materiales se utilizarán, ni qué resultados han de conseguirse en qué plazo de tiempo.

3.4.3.4.2. Cuestiones Metodológicas

De manera resumida he encontrado:

- A. Objetivos no definidos de manera operativa.
- B. Ausencia de un plan de supervisión.
- C. Indefinición y complejidad de los tratamientos.
- D. Ausencia de una teoría unívoca subyacente a cada programa.
- E. Problemas con la fiabilidad y validez de los datos.
- F. Variabilidad de sujetos y programas.

A. Los objetivos de los programas no han sido definidos de manera operativa. Es decir, que la forma en la que están redactados hace imposible su medida, en términos de acciones, productos o cifras a conseguir en un período de tiempo concreto. Lo cual dificulta la realización de estudios de impacto, orientados a determinar los resultados alcanzados por medio de esos programas. Se hace por tanto necesario, siguiendo la argumentación de Cronbach (1982), realizar antes de este tipo de investigaciones (aquéllas que ponen el énfasis en la necesidad de inferencias causales), otra serie de trabajos

fundamentales, encaminados a crear las condiciones que deben generalmente preceder una evaluación de carácter sumativo.

Sin embargo, a diferencia de Cronbach y en la línea de Mark y Cook (1984), pensamos que no existe una única secuencia de actividades en el desarrollo de una investigación evaluadora. Ya que algunos programas exigirán mayor proporción de evaluación formativa, mientras que en otros las prioridades del evaluador serán, por ejemplo, realizar evaluaciones de carácter sumativo. Este último supuesto se ajusta a programas relativamente simples, con tratamientos bien definidos y para programas que han surgido tras un trabajo prolijo por parte de aquéllos que han desarrollado el programa.

B. Falta de supervisión de procesos y actividades: son esenciales para comprender e interpretar los descubrimientos sobre el impacto del programa. Conocer los procesos que tuvieron lugar es necesario para explicar o hipotetizar por qué un programa funcionó o no. Ya que sin la información procedente de la supervisión, el evaluador tendría que desempeñar su trabajo bajo un modelo de investigación que en ciencia se ha llamado de "caja negra" (Rossi y Freeman, 1993). Y esto es especialmente cierto en evaluación formativa, cuando el objetivo principal que se persigue es el de mejorar los procesos, decisiones, actividades y materiales de manera que se optimice la relación coste-efectividad o coste-beneficio, según se mida. Igualmente, esta evaluación de procesos es necesaria cuando la evaluación sumativa, tiene como objetivo

prioritario implantar los cambios necesarios tras la evaluación con el objetivo de corregir las posibles desviaciones del programa (Rossi y Freeman, 1993).

Es quizás en este tema, el más importante, donde las carencias son mayores, haciendo prácticamente inviable la intención de realizar cualquier evaluación de carácter sumativo. Al contrario, todos los indicadores apuntan a la necesidad de iniciar trabajos sistemáticos y contundentes en la dirección de elaborar procedimientos de recogida de datos (sistemas de información), consensuar su uso por parte de los profesionales y aplicarlos de forma sistemática. Muchas organizaciones tienen ese problema: hospitales, escuelas, etc, en todos ellos es difícil controlar lo que ocurre (procesos) en la puesta en práctica del programa, debido a la discreción y autonomía de la que gozan los trabajadores.

C. Falta de definición de los tratamientos al ser programas que:

- a) dependen fuertemente de su personal para la implantación del programa,
- b) implican actividades complicadas y
- c) exigen tratamientos individualizados para los usuarios.

D. Ausencia de una teoría subyacente al programa. Esta es una dificultad doble. Por un lado está la diversidad de teorías

desde las que cada profesional entiende y ejecuta su trabajo clínico y asistencial. Por otro lado, tenemos los problemas asociados a la ausencia de lo que en evaluación de programas se denomina un *modelo de impacto*. Es decir, un esquema funcional que refleje la naturaleza dependiente o independiente de las variables presentes en cada fase o momento del tratamiento.

E. Problemas de fiabilidad y validez de los datos. Algunos fallos detectados en la base de datos hacen pensar en la posible presencia de sesgos importantes en cuanto a la forma de registrar la información. Por otro lado, está el hecho de que la base de datos se está creando ahora realmente. A medida que el tiempo lo permite, se van introduciendo los datos de los pacientes tratados antes de que el servicio fuese informatizado, con lo que muchos datos de muchos pacientes no aparecen aun en dicha base o lo hacen de forma incompleta.

Relacionado con este tema se encuentra el hecho, del escaso número de variables (indicadores) sobre las que se recoge información en soporte informático, lo cual limita en mayor medida, las posibilidades de un análisis más explicativo y menos descriptivo de los resultados del CPD.

F. Variabilidad de sujetos y programas. La variedad de las condiciones concretas por las que cada sujeto consume en el presente (o le llevaron a consumir en el pasado), suele confundirse con el número reducido de funciones que cumple consumir: evitar/escapar por ejemplo.

La dificultad asociada a ubicar a un sujeto en un lugar u otro entre los dos extremos reversibilidad-irreversibilidad del continuo -abandono del consumo-, se complica por la diversidad de opciones terapéuticas disponibles a la hora de diseñar procesos terapéuticos funcionales a las características de cada perfil de consumidor.

4. ELECCION DEL TIPO Y ALCANCE DE LA EVALUACION.

4. ELECCION DEL TIPO Y ALCANCE DE LA EVALUACION.

Dada la situación global en que se encuentra el CPD y que he intentado describir hasta este momento, la decisión de no realizar una evaluación de impacto, parece la más acertada. Por tanto, la otra alternativa posible consiste en realizar una evaluación de procesos. No obstante, este cambio obliga a una serie de modificaciones, algunas de ellas sustanciales, que han de ser analizadas antes de proseguir con la decisión tomada. (Ver Figura 5)

4.1. Justificación de la elección

Existe un riesgo al llevar a cabo evaluaciones de los procesos que tienen lugar en un programa y es el de no poder determinar su idoneidad, si no disponemos de resultados sobre cuál es el impacto real del programa (Rossi y Freeman, 1993).

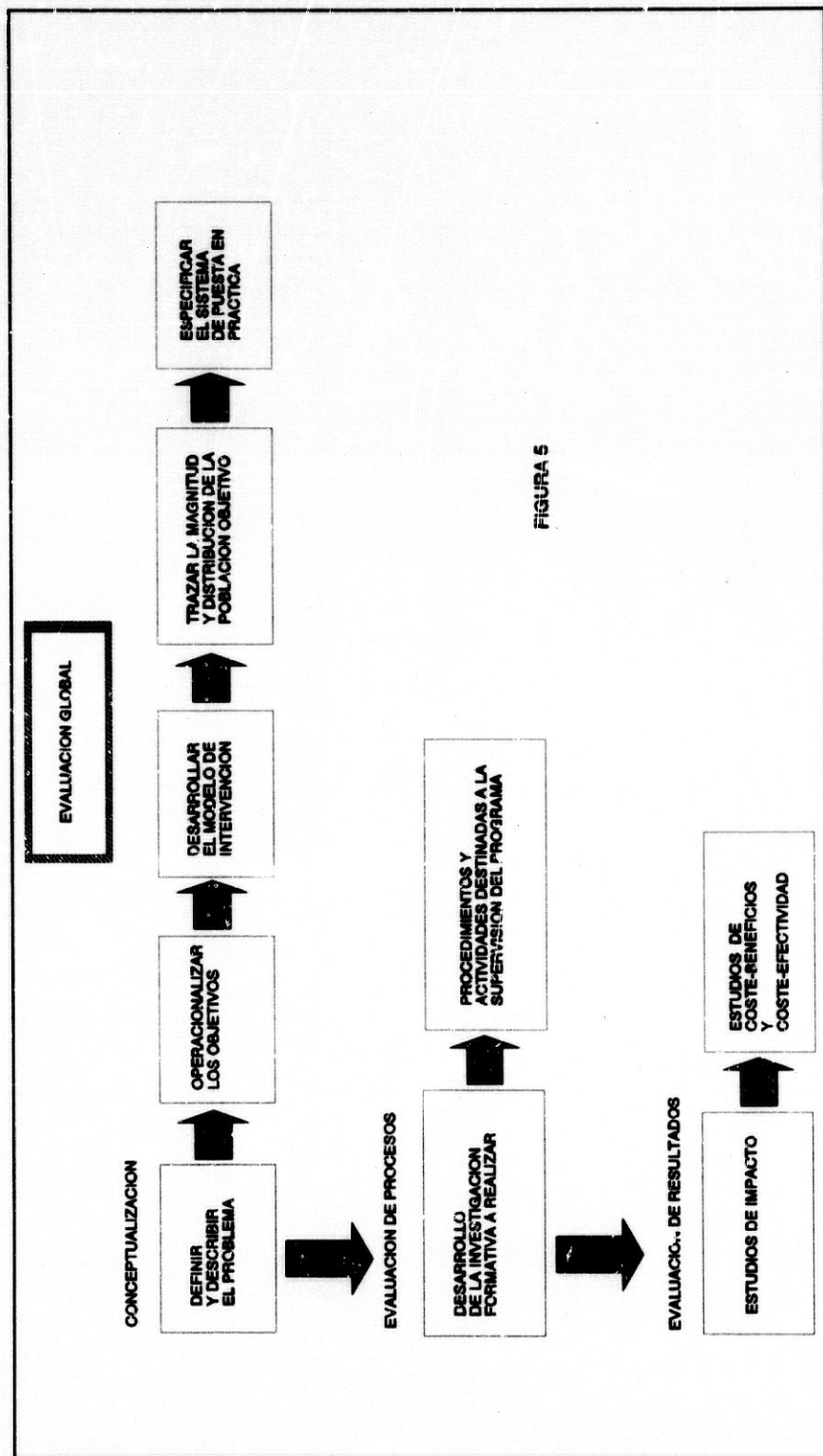


FIGURA 5

FIGURA 5. Cuadro general de los distintos tipos de evaluaciones a realizar y la continuidad entre las mismas.

Sin embargo, y siguiendo la obra citada de estos dos autores, para poder disponer de datos sobre el impacto real del programa es necesario primero disponer de los datos sobre los procesos reales del programa, es decir, un conocimiento detallado de los procesos subyacentes a ese programa, lo cual a su vez depende de que se disponga o no de un sistema que permita registrar los datos procedentes de la supervisión llevada a cabo de los distintos componentes del programa.

Por tanto, que éste estudio acabe siendo una evaluación de procesos se debe básicamente a dos conjuntos de razones:

a) La organización y metodología del programa del CPD elegido:

1. Ausencia de medidas de carácter interno de evaluación y control sistemático de los procesos presentes. Es decir, de medidas de supervisión (monitoring) del programa.
2. Lo que sucede en el programa (procesos) varía en el tiempo a medida que los participantes y las condiciones cambian.
3. La magnitud y naturaleza de esas variaciones no pueden ser completamente predichas o anticipadas.
4. Es un programa en desarrollo y, por tanto, cambiante.

5. El interés radica en la mejora del programa, facilitar los procedimientos y mecanismos de implantación y explorar distintos efectos sobre los participantes.
6. La variabilidad en las necesidades y comportamientos de los clientes.
7. Ausencia de un estudio, en detalle, sobre las necesidades de estos clientes.
8. Ausencia de pruebas estandarizadas aplicables a la evaluación de la compleja realidad del centro.
9. Confusión, extendida entre los profesionales del centro, respecto a medidas y actividades a desarrollar para mejorar las posibilidades de evaluación del CPD en su conjunto.
10. Ser un programa asistencial.

b) Los intereses de mi audiencia principal (responsables del programa) se corresponden en mayor medida con los objetivos de la evaluación de procesos que de resultados.

Esta segunda condición, en principio, no tiene por qué competir con los "intereses" académicos, más orientados quizás a una evaluación de impacto. Más aun, cuando la opción que defendemos de investigación en este área, pasa por tomar decisiones en éstos y otros aspectos desde la perspectiva

de la investigación aplicada, no desde la perspectiva básica.

4.2. Implicaciones respecto a metas y objetivos

La evaluación entendida como proceso tiene unos objetivos muy distintos a la evaluación entendida como producto. En lugar de tratar de demostrar el efecto de un tratamiento, pretende entender por qué se ha producido un determinado resultado. La finalidad, en este sentido, no es demostrativa sino explicativa.

Una vez justificado el "desvío" del objetivo inicial, hacia una evaluación de procesos, por las razones expuestas anteriormente, he tenido que definir los parámetros generales desde los que se tomarán, en adelante, las decisiones en la presente investigación evaluadora. Decisiones referidas tanto a los nuevos objetivos, como a los procedimientos y resultados a obtener. El modelo elegido como criterio, de entre los posibles, ha sido el modelo CIPP (Context-Input-Process-Product) (Stufflebeam, 1989), por ser el modelo que, en nuestra opinión, propugna criterios más realistas y funcionales:

- *Servir de guía para la toma de decisiones.*
- *Proporcionar datos para el reparto de responsabilidades.*
- *Promover la comprensión de los fenómenos implicados.*

4.3. Objetivos del estudio

4.3.1. Inmediatos

1º. Identificar los distintos itinerarios terapéuticos posibles en el CPD.

2º. Seleccionar el itinerario de intervención y terapéutico que más se aproxime al tratamiento integral al drogodependiente.

3º. Identificar las variables relevantes de los programas elegidos, respecto a conceptualización, planificación, implantación y evaluación, que reduzcan las posibilidades de realizar investigaciones evaluadoras.

4º. Calcular los valores o magnitudes de esas variables e interpretarlos.

Identificar los cambios y medidas que permitan corregir tales situaciones.

4.3.2. A medio/largo plazo

1º. Como objetivo del trabajo que seguirá inmediatamente a la conclusión de esta tesis y que será comentado brevemente al final de la exposición, está el diseñar un modelo de SISTEMA DE INFORMACION que permita incrementar:

a) La calidad (fiabilidad y validez) y de los datos recogidos durante todo el proceso de intervención.

b) El grado de conocimiento de por qué un determinado tratamiento o intervención produce un determinado efecto (*validez de constructo del tratamiento*) (Cook y Campbell, 1979).

c) La consecución del objetivo b) nos permitirá, a su vez, comparar los distintos tratamientos (procedimientos) utilizados, con el objetivo de conocer mejor qué programas son más efectivos con qué pacientes (*validez de constructo de la muestra y del marco de trabajo*) (Anguera, 1990). Para con ello, ir reduciendo el error de varianza atribuible a la variabilidad de tratamientos y así mismo, poder aislar otros factores colaterales fuentes de variabilidad no controlada (Cook y Campbell, 1979).

d) La celeridad con la que tiene lugar el proceso de aprendizaje y comunicación entre los profesionales, sobre los resultados que se obtienen (*validez del resultado o efecto o variable dependiente*) (Anguera, 1990).

2º. Elaborar información de los programas válida y fiable que pueda ser utilizada por parte de políticos o administradores, etc., al tomar decisiones sobre la continuidad de los mismos, la modificación de sus objetivos o las estrategias a seguir para

conseguir esos objetivos (Levitan, 1979).

3º. A largo plazo, introducir una *red de sistemas de información*, encaminada a mejorar las posibilidades de evaluación de los distintos programas. Esto a su vez permitirá:

- a) Reducir la variabilidad procedente de variables extrañas.
- b) Centrarse en un conjunto limitado de medidas (indicadores) previamente seleccionados.
- c) Comprobar (más tarde) los efectos de tratamientos controlados.
- d) Proporcionar información continua y sistemática al personal del programa de hasta qué punto las actividades del programa siguen un determinado ritmo, se desarrollan tal como se habían planeado y se utilizan los recursos de una manera eficiente.
- e) Proporcionar una guía para modificar o explicar el plan, especialmente en aquellos aspectos que son imprevisibles.
- f) Valorar periódicamente el grado de desempeño, por parte de los miembros y participantes del programa de las funciones asignadas.

- g) Establecer un recuento total de los distintos costes de su realización y saber cómo juzgan la calidad del trabajo tanto los observadores como los participantes.

4.4. Elección del diseño de investigación

La utilización de la palabra -diseño- en este contexto quizás requiera un comentario, aunque sea breve. En esta investigación de carácter no-experimental, también llamada cualitativa, se hace referencia a la identificación de aquellos programas y/o procesos que mejor representan el conjunto de actividades y cambios que tienen lugar entre el momento de elegir unos objetivos y la obtención de unos resultados. No se asemeja, por tanto, al significado que tiene este concepto, en investigaciones de tipo experimental o cuasi-experimental, en las que, con el término diseño, se está haciendo referencia al *cuándo* y el *a quién* no sólo de la medición, sino también de la exposición y la capacidad de aleatorizarla (Campbell y Stanley, 1991). La elección final de una evaluación de los procesos y la consiguiente prioridad otorgada a una metodología cualitativa, ha dado lugar al *proceso* que vamos a intentar describir a continuación.

4.4.1. Identificación de los distintos itinerarios de intervención

Una panorámica con todos los programas de todas las áreas presentes en el CPD nos da una idea de la complejidad que encierra el funcionamiento del Centro Provincial de Drogodependencias. Los distintos programas aparecen, tal y como los define la legislación que

permitió su creación, como auténticos instrumentos operativos del PASD. También, en la bibliografía científica relacionada con el tema, se remarca especialmente la complejidad del fenómeno en cuestión, por lo que la solución a un problema complejo como es el consumo de estupefacientes y, por extensión, su tratamiento, no puede ser simple.

La diferencia establecida por parte de la bibliografía al uso en intervención en drogodependencias, distingue entre distintos ámbitos de intervención: Preventivo, Asistencial y de Reinserción. Esta acumulación de datos, ha modelado la estructura de los CPDs de acuerdo con esos tres ámbitos. De ahí que los programas de intervención se distribuyan entre las tres grandes áreas mencionadas tal y como se puede apreciar en la Figura 6.

Una vez seleccionada el área asistencial como escenario de nuestra investigación, las combinaciones de posibles itinerarios terapéuticos son múltiples. Éstas se van complicando o ampliando, según se mire, a medida que nos adentramos en el proceso de intervención tal y como refleja la Figura 7.

Dentro del área asistencial, ha sido el criterio de *atención integral*, moldeado por la investigación acumulada durante más de treinta años de investigación en intervención en drogodependencias, el que ha modelado a su vez la organización del proceso terapéutico y por ende los programas a aplicar, entorno a cuatro momentos: 1. Acogida, 2. Desintoxicación, 3. Deshabituación/ Rehabilitación y 4. Reinserción.

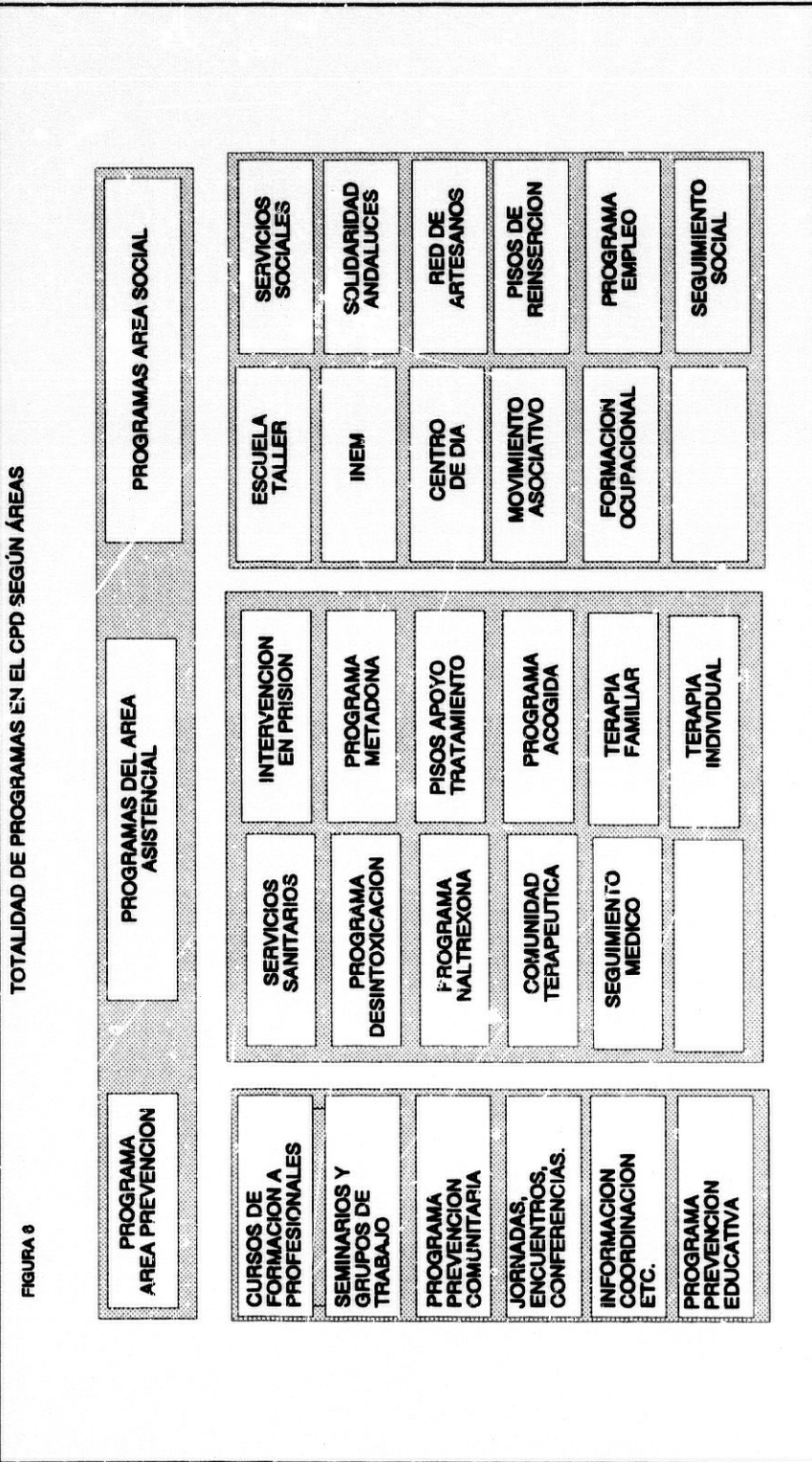


FIGURA 6. Panorámica General de los programas agrupados según las tres áreas organizativas del CPD.

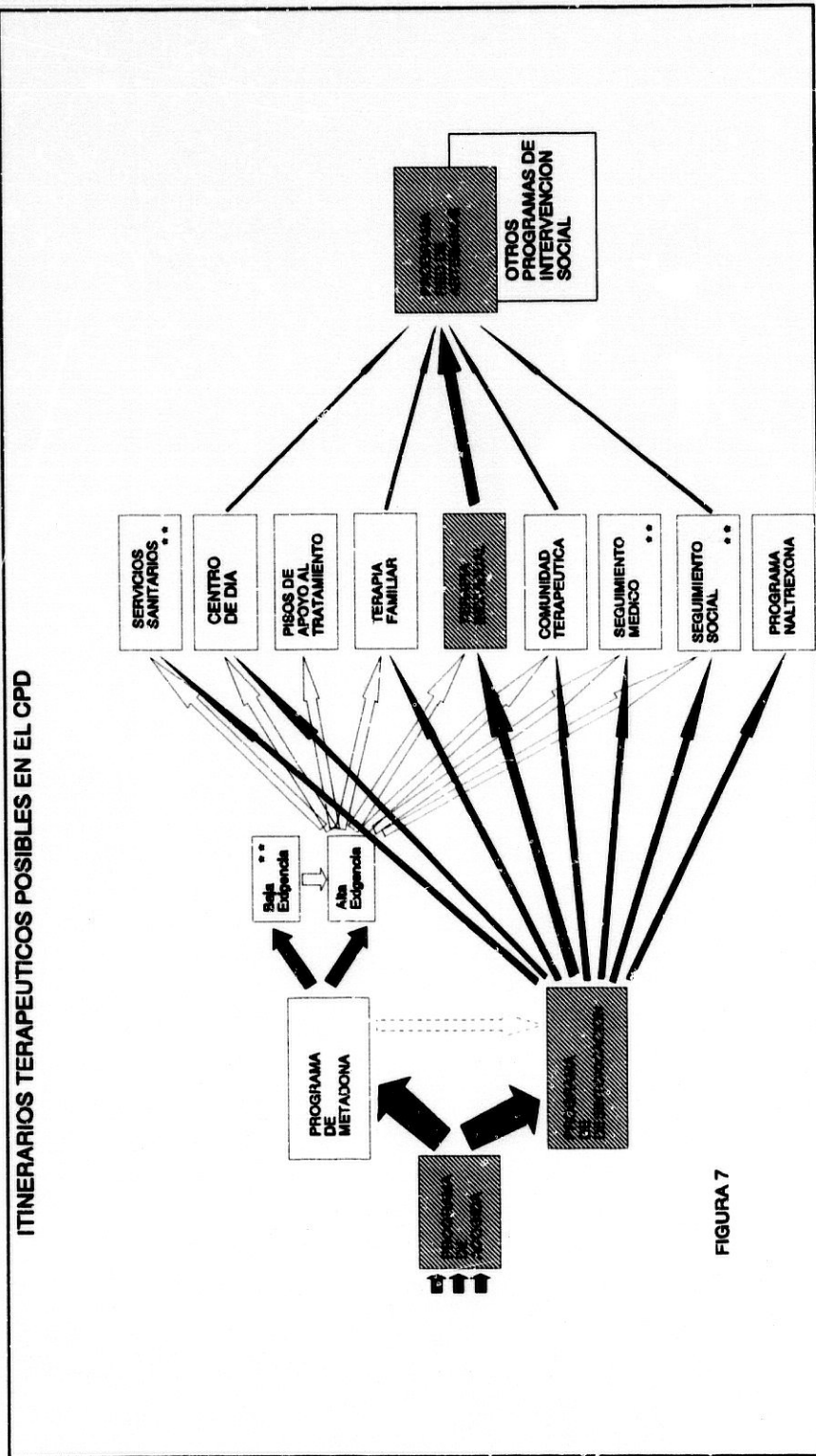
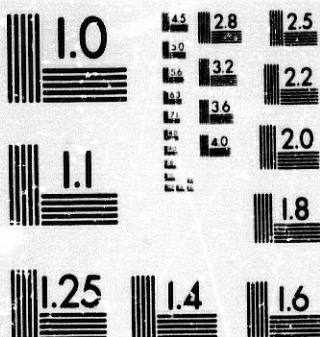


FIGURA 7

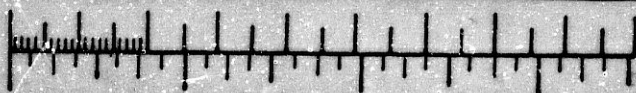
FIGURA 7. Programas organizados según las distintas opciones: y momentos terapéuticos: Acogida-Desintoxicación-Deshabitación-Reinserción.

ETD



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

1:24



MILIMETROS
PULGADAS

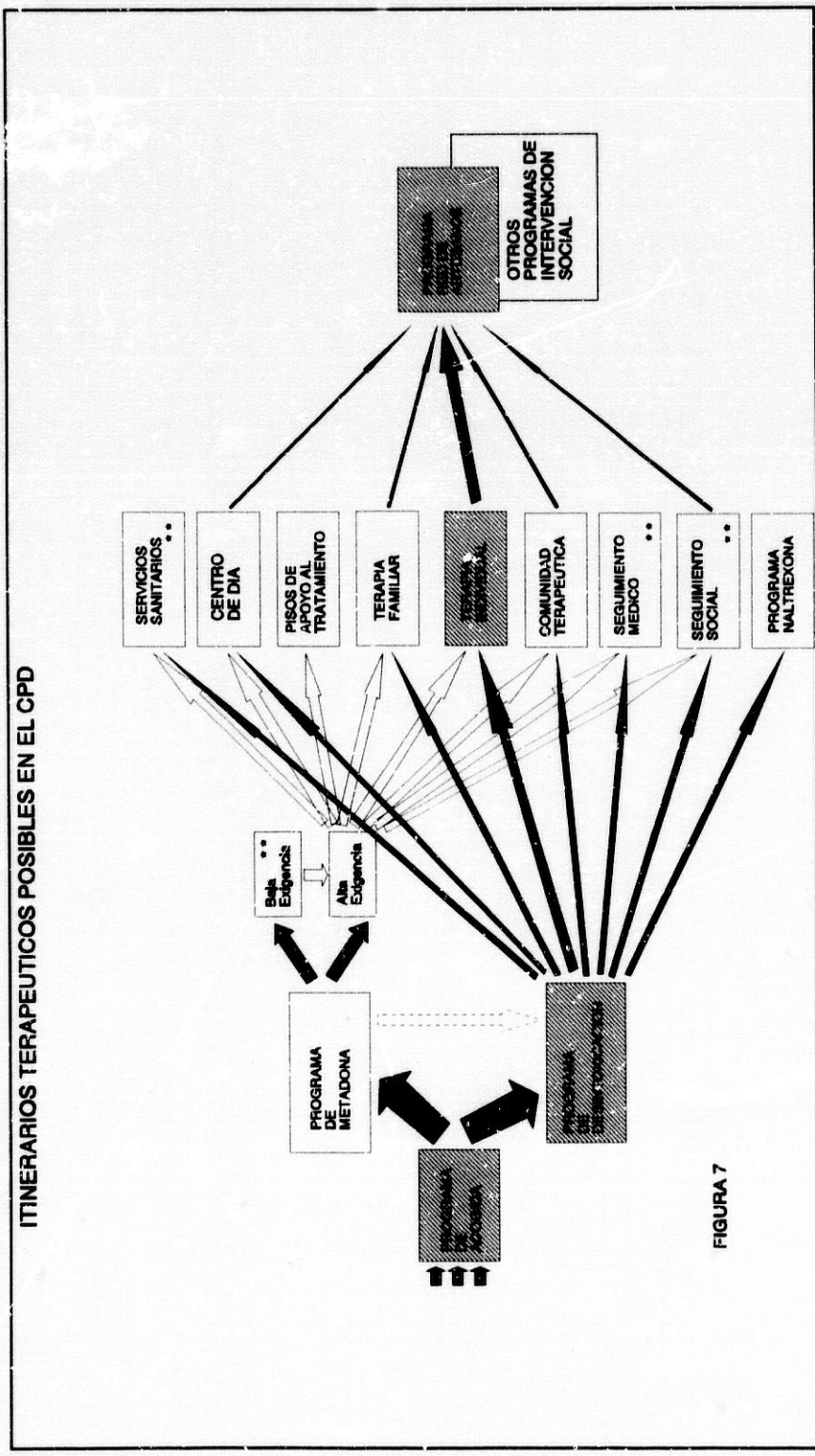


FIGURA 7. Programas organizados según las distintas opciones y momentos terapéuticos: Acogida-Desintoxicación-Deshabitación-Reinserción.

4.4.2. Elección del proceso de intervención y terapéutico

Como proceso de intervención, se ha seleccionado un programa para cada uno de los cuatro momentos presentes en el tratamiento integral del sujeto, es decir, 1. Acogida (Programa de Acogida); 2. Desintoxicación (Programa de Desintoxicación), 3. Rehabilitación (Programa de Terapia Individual) y 4. Reinserción (Programa Red de Artesanos).

Los esfuerzos de la presente investigación se han centrado en el Programa de Terapia Individual (o proceso terapéutico), por ser el programa cuyos objetivos y funciones engloban a los del resto de programas implicados en el proceso de intervención. Así lo avala, al menos, la bibliografía especializada sobre el tema y especialmente la práctica de otros centros de intervención en drogodependencias. No obstante, se ha procurado aplicar un análisis cualitativo exhaustivo, a las funciones de cada programa (Acogida, Desintoxicación y Red de Artesanos) consideradas como insustituibles, dentro del trabajo en común y secuenciado que exige la intervención.

Antes de revisar los criterios seguidos, al elegir el proceso de intervención seleccionado, comprobemos, en las dos gráficas que siguen, (Figuras 8 y 9) la actividad asistencial y social repartida entre los programas incluídos en cada área.

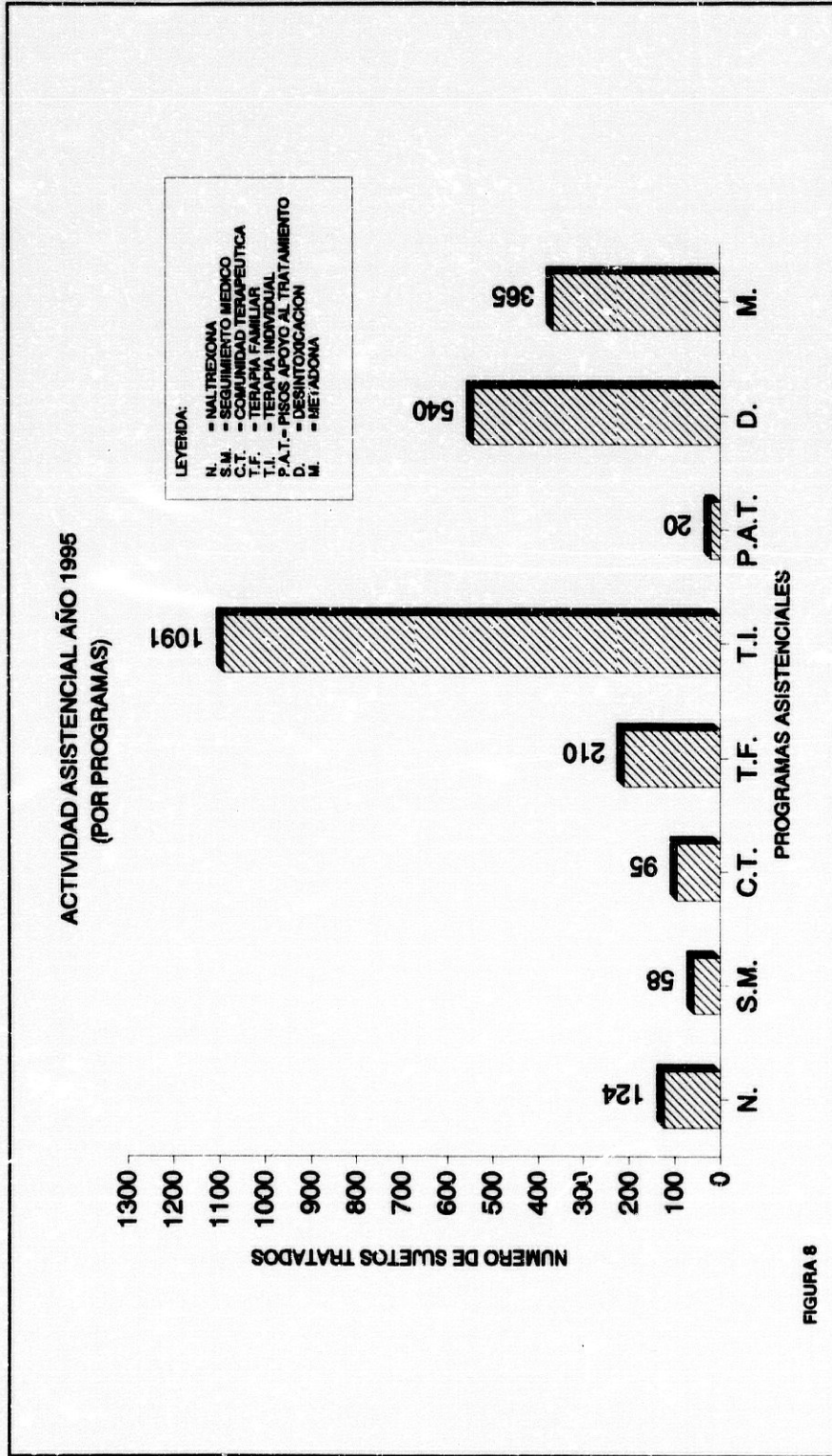


FIGURA 8. Totalidad de sujetos tratados en los distintos programas ubicados dentro del Area Asistencial del CPD, durante el año 1995.

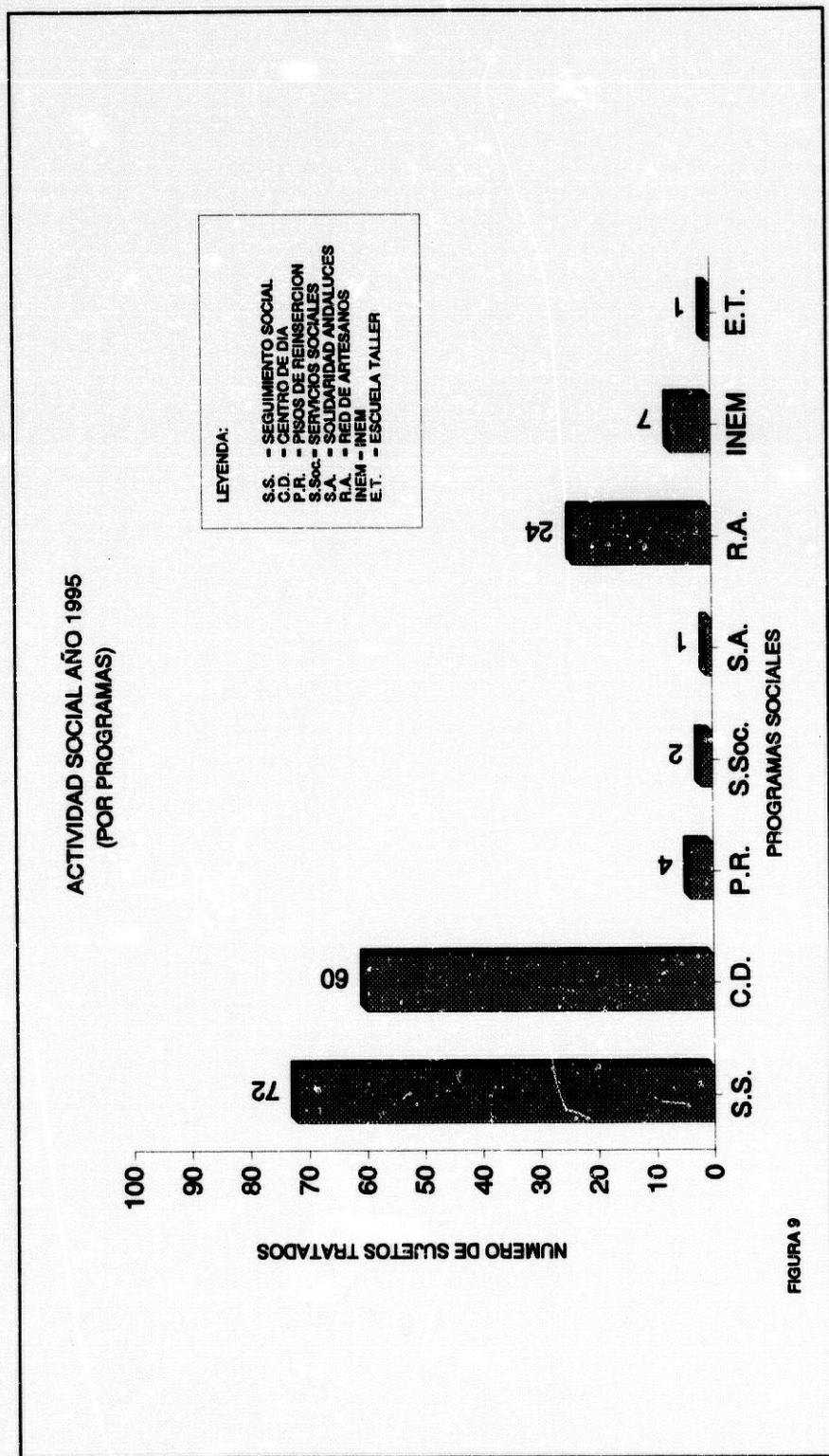


FIGURA 9. Sujetos atendidos en el Area Social, por programas durante el año 1995.

4.4.3. Criterios seguidos al elegir el proceso de intervención seleccionado

Los criterios en los que nos hemos basado, al elegir el itinerario terapéutico seleccionado, han sido los que detallamos a continuación para cada programa (Ver Figura 10):

Programa de Desintoxicación:

- En el 94,9 % de las intervenciones se opta por esta vía frente al 5,1 % en que se opta por la otra alternativa en este momento o fase del tratamiento, es decir, los programas de metadona.
- Constituye la alternativa real a la salida de las drogas para la totalidad de sujetos. Excepto, para aquellos sujetos en los que por razones de irreversibilidad en el consumo, -que no vamos a abordar aquí-, se opta por una solución mediática (a veces definitiva) como es el tratamiento con metadona.

Programa de Terapia Individual:

- Es el programa por el que pasan la mayoría de los sujetos tratados en el CPD. En concreto, un 70.6%.
- Es el programa vertebrador, por sus objetivos y funciones, de la actividad asistencial que se dispensa en el Centro. Excepto en casos limitados.
- Es un programa compatible y complementario con el resto de programas asistenciales y de reinserción.
- Es el programa que obviamente ofrece más interés desde el punto de vista de la psicología de la intervención y clínica.

- Es uno de los programas desde el que se pueden hacer mayores aportaciones al proceso de intervención o terapéutico global.

Programa Red de Artesanos:

- Es el programa que mejor se ajusta al perfil socio-laboral que presentan algunos jóvenes drogodependientes cuando consiguen la abstinencia.
- Es uno de los programas en el ámbito de la reinserción mejor definidos y más controlados.
- Está definido en sus objetivos y procedimientos de manera operativa.
- Es el que presenta mejores perspectivas de evaluación en función de las dos características anteriores.

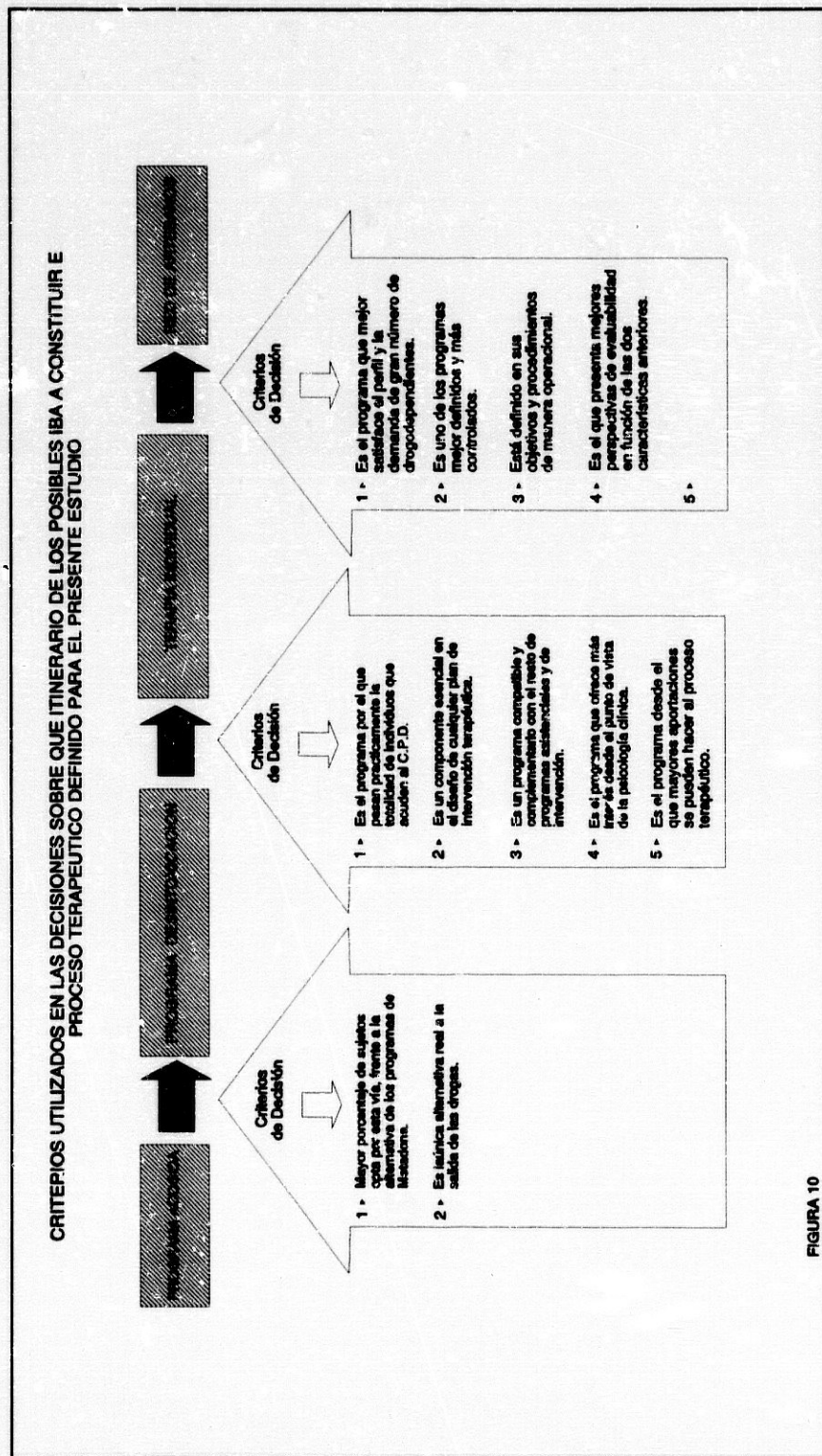


FIGURA 10

FIGURA 10. Relación de criterios utilizados a la hora de decidir el itinerario terapéutico objeto de estudio.

4.4.4. Descripción de los Programas seleccionados

PROGRAMA DE ACOGIDA.

El programa de Acogida lo ejecutan los trabajadores sociales del CPD. No es el primer contacto con la institución, puesto que previamente los sujetos han debido pedir cita, bien acudiendo en persona al Hospital de San Juan de Dios, bien llamando por teléfono. Pero sí es el primer contacto con los profesionales del CPD. La función de este programa es la de recoger y analizar la demanda del toxicómano y/o la familia, además de la información sobre el paciente sobre su historia toxicológica, situación personal, familiar, social, laboral, etc., para, a continuación, determinar las líneas a seguir durante el proceso de recuperación, motivando al sujeto para iniciar tratamiento, y elaborando una oferta terapéutica de acuerdo con las características y posibilidades del caso.

En el Informe final analizaremos, en detalle, las dificultades asociadas a este programa, respecto a la desproporción entre los materiales que se utilizan en el momento de ponerlo en práctica y la cantidad y complejidad de los objetivos asignados a este programa, así como problemas de cumplimiento y solapamiento entre las funciones de los trabajadores sociales y las de otros profesionales, especialmente los psicólogos.

PROGRAMA DE DESINTOXICACION.

Se trata de un programa médico cuya finalidad es eliminar la droga del organismo. La claridad y concreción de los objetivos del programa, esto es, eliminar del organismo las sustancias tóxicas que constituyen la droga, unido a su brevedad en el tiempo y la precisión con la que están definidas las actividades implicadas en su ejecución, hacen de este programa un programa simple en términos de poder ser evaluado. Se presentan dos tipos de Desintoxicación: Hospitalaria y Ambulatoria, aunque la mayoría de los sujetos, se les aplica un programa de desintoxicación ambulatoria. Programa que puede ser de distintos tipos en función del tratamiento farmacológico que se le aplique a los sujetos. De esta forma se han articulado hasta tres tipos distintos de tratamiento: **Estandar**: tratamiento farmacológico sintomático cuya duración oscila entre los 8 y 10 días, **Rápido**: simultáneamente al tratamiento sintomático se administra un antagonista opiáceo facilitando una desintoxicación en un período de tiempo más corto (3 días), **Metadona**: se administra un sustitutivo opiáceo cuyas dosis se controlan mediante una pauta decreciente en un período máximo de 21 días.

PROGRAMA RED DE ARTESANOS.

Se trata de un programa que pretende la incorporación social de aquellos drogodependientes que por su temprana edad de inicio en el consumo de drogas, no sólo no realizaron

actividad laboral alguna, sino que tampoco adquirieron los conocimientos mínimos necesarios para desempeñarla. Para la incorporación de los sujetos a este programa han de carecer de recursos o habilidades personales para subsistir, así como haber superado las fases previas del proceso terapéutico y estar en una situación de abstinencia prolongada. Por esta última razón, las conclusiones referidas a este programa aparecen igualmente en el informe final.

PROGRAMA DE TERAPIA INDIVIDUAL.

Este programa está indicado en la mayoría de los casos y no es incompatible con el resto de Programas. Lo que persigue fundamentalmente, es recomponer toda la estructura de la vida del individuo toxicómano, para llegar a conseguir tanto la abstinencia, como la adquisición de otro estilo de vida diferente y también gratificante donde, por supuesto, no tenga cabida el consumo de drogas (Memoria CPD, 1992). Sus objetivos son:

- Consolidar la abstinencia.

- Modificar las conductas de búsqueda y estilo de vida relacionados con el consumo de drogas.

- Conocer y controlar los factores desencadenantes del consumo, así como las situaciones de riesgo.

- Adquirir estrategias que permitan evitar posibles recaídas.
- Adquisición de pautas de comportamiento adaptativas.
- Desarrollar la capacidad de diálogo, observación y crítica.
- Fomentar las habilidades de comunicación.
- Organización propia y del entorno.
- Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y toma de decisiones.
- Desarrollar capacidades que permita funcionar con autonomía, reconstruyendo una vida normativa a nivel personal, familiar, relacional y comunitaria.

4.4.5. Análisis de los pros y contras de la elección

Ante tanta diversidad de programas y combinaciones de programas, es necesario acotar la evaluación. Es decir, centrarse en un conjunto limitado de variables y procesos para su estudio. De lo contrario, estaríamos arriesgando la viabilidad del estudio. Aunque esta decisión compita con otra necesidad importante, como es el acercamiento a las situaciones y realidades a evaluar como totalidad. Las dos caras de una misma moneda (validez interna y externa) y uno de los retos

metodológicos más serios que tiene planteada la Evaluación de Programas.

El principal inconveniente de "reducir" la investigación a algunos de los programas, es que se dejan fuera otros procesos, algunos de ellos, incardinados parcialmente en el proceso de intervención elegido. Esta circunstancia, restringe el número de sujetos posibles beneficiarios de los cambios que se pudieran introducir en el proceso de intervención a evaluar, a raíz del presente trabajo. En el lado positivo, tenemos que, al ser el programa de Terapia Individual, el mejor candidato a programa vertebrador de toda la actividad asistencial y terapéutica del centro, se espera que su mejora produzca cambios positivos en los procesos, actividades y decisiones vinculadas a otros programas periféricos y complementarios al de terapia individual.

La interrelación entre distintos procesos terapéuticos, hace muy difícil, casi imposible, aislar metodológicamente los efectos de cada programa por separado. En este sentido, no se puede plantear como objetivo específico de la investigación presente y probablemente futuras, determinar la aportación terapéutica relativa del programa terapia individual a la recuperación del sujeto. Excepto si, atribuimos a este programa objetivos específicos, ausentes en el resto de programas, a cubrir durante un período de tiempo limitado, en el que el sujeto sólo esté expuesto al tratamiento de terapia individual. Pero a su vez, esta posibilidad es inviable desde el punto de vista del tratamiento integral, por lo que la mejor opción que nos resta, consiste en ampliar los estudios de investigación a otros programas y procesos presentes en el tratamiento integral que los sujetos reciben

en el CPD, pero que incorporen metodologías ya elaboradas aunque aun por depurar, capaces de acomodar dos requisitos muy difíciles de conciliar en la práctica: las exigencias que impone la metodología científica, por un lado, y la incorporación ineludible de tratamientos integrales, por otro. En este sentido, conviene recordar que nos encontramos en un caso de investigación aplicada. Y que la necesidad, por ejemplo, de crear redes de sistemas de información sensibles a situaciones tan complejas como la del CPD es una tarea ingente, a desarrollar durante años y amenazada por multitud de factores y variables de muy difícil supervisión y control. Ello es debido, como decíamos más arriba y entre otras razones, al bajo nivel de precisión con el que cuentan los diseños e instrumentos metodológicos disponibles hoy día para tal fin, nuestro escaso conocimiento de los llamados "factores colaterales" al fenómeno objeto de estudio, etc. En definitiva, la elección final de un tipo de diseño u otro, va a tener, obviamente, una enorme trascendencia para la investigación. De ahí su importancia. A nivel metodológico hemos intentado resumir la situación presente en el esquema que recoge la Figura 11.

Antes de pasar al siguiente apartado, comentaremos un aspecto subyacente a este estudio y que consideramos relevante.

Técnicamente hablando, este es un diseño con una población objetivo *indirecta*. Esto significa que la población drogodependiente será alcanzada finalmente, mediante la modificación de los procesos a través de los cuales, los profesionales entran en contacto con la población objetivo. El problema, cuando la población objetivo es definida como *indirecta*, es que la efectividad de la intervención depende en gran medida de que los procesos que median entre la

población "directa" (los profesionales) y la población objetivo (los sujetos con problemas drogodependientes) sean correctamente identificados y evaluados.

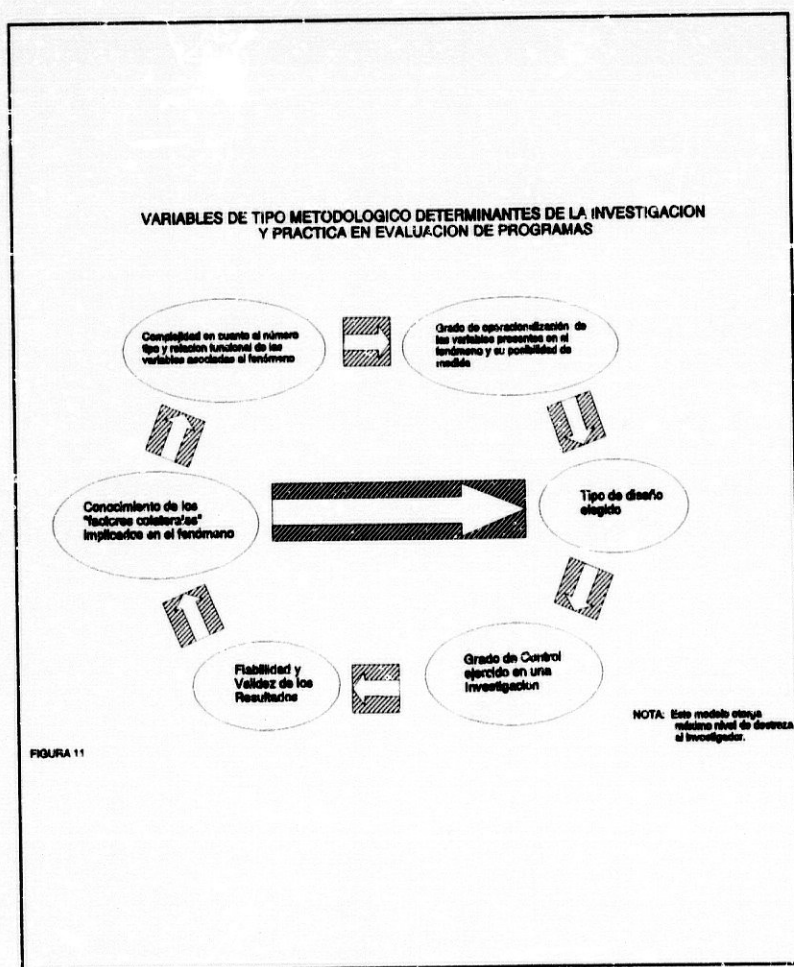


FIGURA 11. Conjunto de variables de tipo metodológico identificadas como relevantes en la toma de decisiones metodológicas en evaluación de programas.

El análisis de la información referida a este tema confirma, junto a la opinión de los psicólogos entrevistados que, efectivamente, son los procesos de intervención y tratamiento previstos en los distintos programas *el* vínculo de unión entre los profesionales y la población objetivo. Por otro lado, la demanda, por parte de los profesionales implicados en los procesos de intervención y tratamiento, de cambios que puedan fortalecer la eficacia de tales procesos, confirma la validez de la asunción.

**5. ELECCION DE MÉTODOS Y ELABORACION DE
INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS**

5. ELECCION DE MÉTODOS Y ELABORACION DE INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

La elección de métodos e instrumentos con los que obtener los datos necesarios para evaluar, se ha realizado procurando no alejarnos de los tres criterios básicos que han de guiar la elección de métodos e instrumentos, cuando los sujetos que participan son profesionales que colaboran voluntaria y desinteresadamente. Estos son:

- 1º. Ocupar el menor tiempo posible.*
- 2º. Utilizar técnicas no intrusivas.*
- 3º. Recoger los datos a través de los evaluadores mismos.*

5.1. ¿Por qué métodos cualitativos?

El uso de métodos, fundamentalmente cualitativos en la presente investigación, queda justificado, siguiendo a Patton (1987), en a base

las siguientes características de la investigación y de los programas seleccionados:

1. Los programas esperan incidir en los usuarios de manera individualizada.
2. Los responsables de los programas están interesados en dilucidar y comprender las dinámicas internas de los programas (puntos fuertes y débiles).
3. Se necesita información detallada sobre ciertos clientes o lugares donde se aplican los programas (por ejemplo, casos exitosos, fallos inesperados, etc.), por distintas razones.
4. Existe interés en centrarse en la diversidad entre cualidades únicas o idiosincrásicas de individuos y programas.
5. Se necesita información precisa sobre los detalles de la implantación de los programas. (Ej. Lo que los clientes experimentan en el programa, los servicios que se habilitan, la organización, lo que el personal hace, etc).
6. El personal de los programas está interesado en la recogida detallada de datos, con el objetivo de mejorarlos.
7. Existe la necesidad de información matizada sobre calidad de los programas (actividades y resultados).

8. Los programas necesitan un sistema que asegure la calidad del mismo.
9. Los responsables de los programas están interesados en que el evaluador realice visitas con el objetivo de recoger información de primera mano.
10. La intrusividad de la evaluación constituye un problema.
11. Se necesita o se desea personalizar el proceso evaluador, con el fin de evitar la reactividad en alguno de los miembros del programa.
12. Es necesario realizar una evaluación sensible a las opiniones contrarias de diferentes responsables de los programas.
13. Los objetivos de los programas son poco claros o muy generales, hasta el punto de poder plantear una evaluación y recogida de datos no dependiente de los objetivos.
14. Los programas pueden estar afectando diferencialmente o de forma inesperada o presentando efectos secundarios más allá de los estrictamente previstos o ineludibles.
15. Existe una carencia importante de instrumentos de eficacia y validez contrastadas para medir resultados de los programas.
16. Los programas ya han sido puestos en práctica.

17. Se necesita un estudio sobre la evaluabilidad, para determinar un diseño de evaluación sumativa.

18. Se necesita añadir más precisión, o significado a los datos estadísticos recogidos, para mejorar la generalización.

19. La recogida de datos se ha convertido en un proceso rutinario.

20. Se necesita desarrollar una teoría sobre el funcionamiento de los programas, basada en las actividades, resultados y en la relación entre ambos.

Por tanto, aproximaciones cualitativas (naturalistas) están especialmente recomendadas: cuestionarios, entrevistas, memorias del centro, análisis de historias clínicas. Aunque otras aproximaciones cuantitativas como: análisis de información procedente de bases de datos y memorias "estadísticas" del Comisionado para la droga, serán también utilizadas.

5.2. Identificación de variables relevantes a la elaboración de los instrumentos

En la elección y elaboración de instrumentos de recogida de datos se han identificado las siguientes variables, como fuentes de amenaza a la fiabilidad y validez del proceso de elaboración de los instrumentos:

1. La mayoría de los procesos y actividades presentes en los programas no están definidas ni especificadas a priori, sino que permanecen implícitas en las prácticas que cada profesional aplica en el momento de tratar al sujeto.
2. Tales prácticas son dinámicas e interactivas, lo que dificulta enormemente el seguimiento de modelos rígidos a aplicar a los sujetos con perfiles igualmente variables.
3. La implantación de los programas varía según sujetos y profesionales. Lo cual obliga a un seguimiento "individual" del tipo: profesional1-tratamiento1-sujeto1, profesional2-tratamiento2-sujeto2; con el consiguiente coste adicional que esto implica.
4. Una proporción importante de la información que se le pide extraer al terapeuta de la situación clínica tiene sólo una base subjetiva.
5. Son programas en desarrollo y, por tanto, cambiantes.
6. El interés general radica en la mejora de los programas. Por ello, la necesidad de cambio ha de defenderse, a priori, desde razones que no estén basadas en argumentos de eficacia (hasta qué punto se han cumplido los objetivos) o eficiencia (analizar la relación entre la eficacia del programa y su coste) por el rechazo que estos argumentos generan entre los agentes y responsables del programa.

5.3. Elaboración de instrumentos de recogida de datos

Los instrumentos utilizados para el análisis de los programas (Desintoxicación y Red de Artesanos), no han tenido que ser elaborados en sentido estricto, sino que se ha analizado la información procedente de los informes, memorias y entrevistas realizadas a los responsables de los programas en cuestión. Al no ser estos programas, llamemosles "periféricos", el objetivo central del presente estudio, su análisis no ha pretendido ser tan exhaustivo como lo ha sido por ejemplo el del programa de Acogida o de Terapia Individual. Ambos programas, por razones que se analizarán más adelante, sí han exigido la incorporación de instrumentos elaborados *ad-hoc* para un análisis amplio y exhaustivo de los mismos.

Los instrumentos de recogida de información elaborados *ad-hoc* para este estudio, han sido el Cuestionario sobre Evaluación y Tratamiento Psicológico seguido en el Programa de Terapia Individual por los psicólogos del Centro. Y el cuestionario referido al análisis de temas colaterales posiblemente relacionados con el desempeño de las funciones asignadas, según la descripción del perfil de psicólogo que el centro tiene definida. El resto de materiales no tuvieron que ser elaborados, sino seleccionados y analizados de acuerdo con los criterios relevantes a cada objetivo y momento de la investigación, tal y como se ha dicho al inicio de este epígrafe.

- En primer lugar, hemos de decir que en el momento de construir el cuestionario, ya teníamos un conocimiento previo de los componentes del objetivo que se pretendía analizar mediante el cuestionario.

Para la elaboración del Cuestionario de Evaluación del Proceso de Evaluación y Tratamiento Psicológico, se diseñó primero un Esquema Básico de Evaluación y Tratamiento Psicológico, que recogiese, sin favorecer ninguna tendencia psicológica en particular, todas las posibles fases y componentes presentes en el proceso terapéutico (Ver Figura 12).

Con el cuestionario, se pretendía a la vez, detectar la presencia de información relacionada como medidas de control y evaluación interna de los procesos terapéuticos aplicados a cada intervención con cada sujeto. También se buscaba, la posible presencia de registros de tipo pre/post que nos permitiesen una aproximación estadística a los datos.

Sin embargo, se tuvo que optar por preguntas abiertas, que permitiesen a los sujetos expresar libremente todos los "peros" que habían aparecido en el momento de consensuar el cuestionario. Aunque renunciar a respuestas con alternativas implicara (como así sucedió posteriormente), no poder codificar las respuesta y mucho menos tratar los datos estadísticamente. Tras incorporar las modificaciones hechas por los profesionales, la versión definitiva del cuestionario que se utilizó, aparece en la sección de anexos.

- La elaboración del segundo cuestionario, se limitó a incorporar un listado de cuestiones referidas a distintos aspectos del trabajo realizado por los psicólogos, que pensamos, incidían en el desempeño de sus funciones. Incorpora preguntas abiertas y cerradas y una versión definitiva puede verse en la sección de anexos.

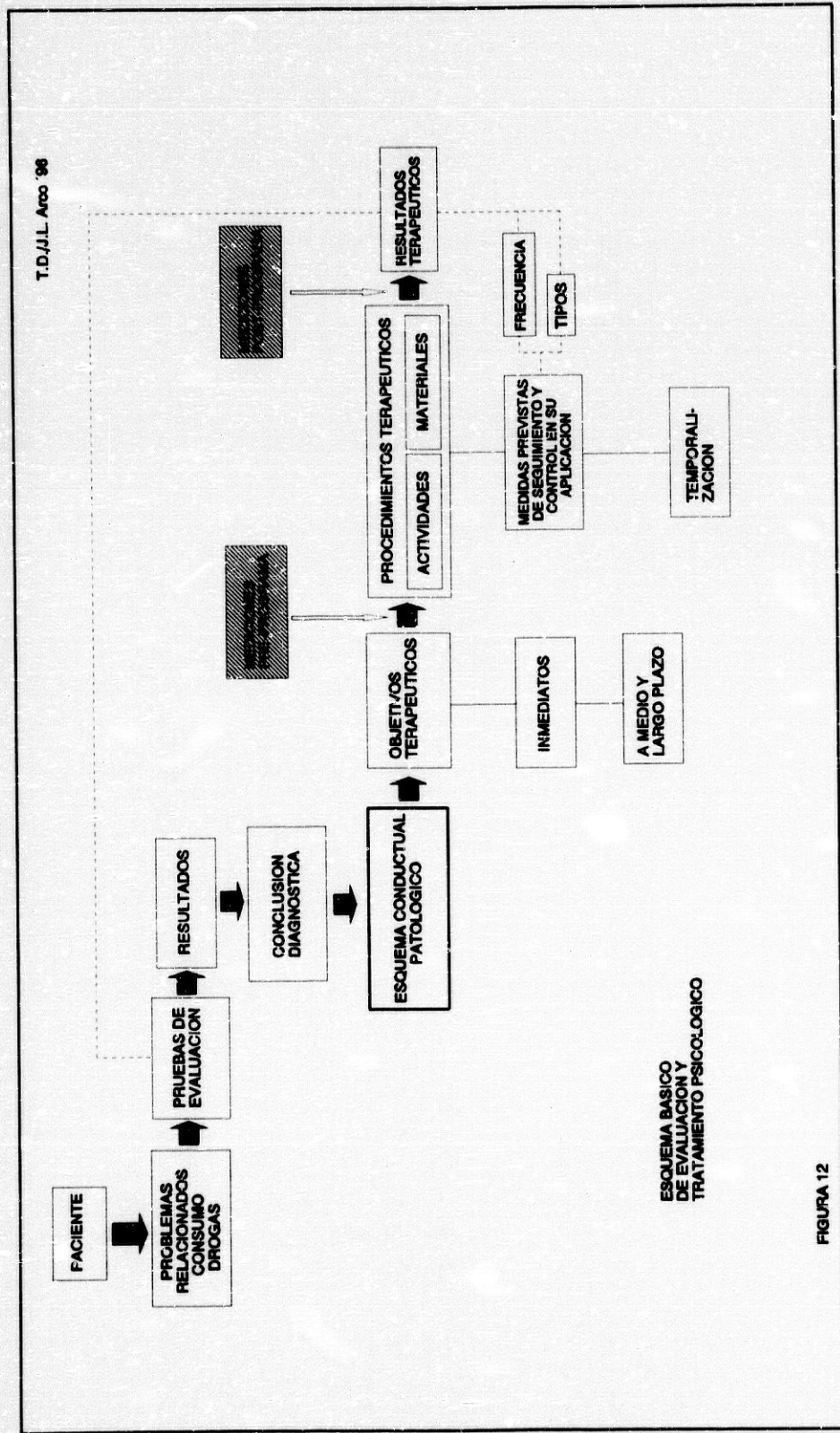


FIGURA 12. Conjunto de fases y componentes del proceso de evaluación y tratamiento psicológico en el proceso de intervención.

La ausencia de instrumentos adecuados para medir, las distintas variables identificadas como relevantes, a los procesos seleccionados para este estudio, ha forzado la elaboración de ambos cuestionarios. El problema de este tipo de pruebas, es, obviamente, el no disponer de datos referidos a la fiabilidad o validez de las mismas. En este sentido, la defensa de la eficacia y utilidad de las pruebas, en conseguir de la mejor manera posible los objetivos para los que estaban pensadas, hemos de hacerla basandonos en los argumentos acumulados por la investigación científica relativa a este tema.

5.4. Plan de recogida de datos

Es necesario especificar que el plan de recogida de datos se refiere tanto a los datos procedentes de los instrumentos elaborados ad-hoc, como a los datos procedentes de los documentos analizados, de las entrevistas, etc. Previamente a la recogida de datos, fue necesario conocer la situación del centro en aspectos considerados relevantes (porcentaje de sujetos tratados, según programas, según demanda, etc) para la toma de decisiones importantes de cara al desarrollo del presente estudio. Un ejemplo de ésto, fue la elección del proceso terapéutico finalmente estudiado; ia cual estuvo basada, fundamentalmente, en datos de tipo estadístico. En este sentido, el plan de recogida de datos nace al mismo tiempo que el estudio.

5.4.1. Trabajo de campo

Para realizar el trabajo de campo, relacionado con la pasación de ambos cuestionarios a los psicólogos del centro, se procedió de la siguiente manera:

1. Propuesta al director del CPD de la necesidad de una reunión con los psicólogos del centro, donde se les pediría su colaboración, dado su papel central tanto en el proceso seleccionado para este estudio, como en el organigrama general del centro.
2. Preparación de la reunión con el Director, organizando el material a presentar así como las correspondientes explicaciones y aclaraciones sobre los distintos temas relacionados con la colaboración de los psicólogos.
3. Reunión con todos los psicólogos del centro en la que tras describirles brevemente el tipo y alcance del trabajo, se les expuso la extensión y naturaleza de su colaboración. Esta consistía en rellenar el Cuestionario de Evaluación del Proceso de Evaluación y Tratamiento Psicológico, elaborado con el objetivo de obtener la información necesaria sobre los procesos terapéuticos presentes, en los tratamientos de los sujetos drogodependientes.
4. Revisión y modificación del cuestionario por parte de los psicólogos del centro hasta su aceptación como documento imparcial, capaz de recabar la información esencial del proceso terapéutico seguido en su práctica habitual, sin perjudicar a ningún profesional por su tendencia o modo de

entender y practicar la psicología clínica.

5. Respuesta individual del cuestionario sobre el proceso terapéutico llevado a cabo en el programa de terapia individual. En la recogida posterior del mismo se le solucionaron cuantas dudas y cuestiones habían surgido en el proceso de cumplimentarlos.

6. Indagación, mediante el cuestionario referido a distintos aspectos relacionados con el desempeño de sus funciones, de qué variables y circunstancias inciden y de qué forma en su trabajo como psicólogos en el centro.

7. Evaluación de las Historias de Pacientes, como medida de control de la validez y fiabilidad de la información obtenida mediante los dos cuestionarios mencionados anteriormente, fundamentalmente el cuestionario sobre el proceso de evaluación y tratamiento seguido.

8. El proceso en su totalidad se ha prolongado durante aproximadamente dos meses. Desde la primera reunión con todos los psicólogos y el director del centro el 20 de Septiembre, hasta la finalización de la revisión de las historias de pacientes a mediados de Noviembre.

El trabajo de campo desarrollado para el análisis de las historias de los pacientes, ha consistido en la obtención del permiso correspondiente por parte del director del centro, para acceder a esas historias. Se desarrolló en la Secretaría del Centro, donde están

ubicados los archivos y se prolongó durante dos semanas. De las historias de los pacientes se recogió información en relación a tres variables (aquéllas relevantes a las posibilidades de evaluación): a) materiales presentes en la carpeta (protocolos, cuestionarios, registros y/o informes), b) contenidos de esos materiales (tipos de protocolos, tipos de cuestionarios, tipos de registros y tipos de informes) y c) frecuencia de uso (periódica y/o esporádica).

Se han combinado distintas fuentes de datos para la recogida de información, tanto cualitativa como cuantitativa. Para la obtención de datos cuantitativos se ha utilizado: documentos internos, las memorias "estadísticas" correspondientes a los años 90-91 y 92 y los informes del Comisionado para la droga. Para la obtención de datos cualitativos se utilizaron entrevistas, cuestionarios, análisis de informes y revisión de documentos y memorias, como ya ha quedado dicho.

5.4.2. La respuesta de los dispositivos

Para la realización de esta parte de la investigación era preciso contar con los dispositivos asistenciales (psicólogos), entendiéndose que su predisposición se articulaba a dos niveles:

- a) *Voluntad de colaboración.*
- b) *Existencia de instrumentos adecuados.*

a) Voluntad de colaboración. La voluntad de colaboración por parte del personal implicado, es fundamental para el buen funcionamiento de cualquier proceso o actividad. El interés mostrado en todo momento por estos profesionales, en los objetivos del trabajo fue notable. Y excelente la ejecución de la tarea que se les asignó de cumplimentar el cuestionario, dadas las condiciones de escasez de tiempo y, por tanto, de presión en la que realizan su trabajo. Se daba, de esta forma, una de las dos condiciones necesarias para alcanzar los objetivos de nuestro trabajo.

b) Existencia de instrumentos adecuados. La segunda condición fue de más difícil cumplimiento, ya que ha sido precisamente la escasez de instrumentos adecuados de medida y supervisión de las actividades e intervenciones presentes en el proceso de atención integral al drogodependiente, la tónica general, según la información revisada. Lo cual plantea la necesidad básica de introducir cambios (organizativos, funcionales y estructurales) que favorezcan la "homologación" de un dispositivo público y profesional como es el CPD.

En todo momento el autor del trabajo, ha sido el encargado de recoger los datos, con lo que no ha habido que entrenar a nadie en esa tarea.

5.4.3. Confidencialidad

La identidad de los casos revisados se preservó durante todo el

proceso. Los datos personales se han utilizado, sólo a efectos de localizar la revisión de historias. No se hizo ningún uso posterior de los datos contenidos en los ficheros. Con las mismas garantías se han tratado los datos procedentes de los cuestionarios que cada profesional ha cumplimentado. La agrupación de la información por apartados se realizó finalmente, ignorando la identidad del profesional. Sí, en cambio, se tuvo que tener en cuenta la perspectiva teórico/práctica, desde la que cada profesional desarrolla su trabajo, de cara a un mejor análisis y comprensión de las decisiones terapéuticas tomadas sobre cada paciente.

5.4.4. Opinión de los encuestados sobre el estudio.

Han estado referidas a dos temas. Por un lado, a las dificultades que entraña realizar un estudio de esta naturaleza (una evaluación de procesos), y, por otro lado, a la necesidad de tener en cuenta las condiciones de sobrecarga del servicio en las que han de desempeñar su trabajo. La falta de tiempo, así como el alto grado de deterioro (a todos los niveles) que presenta gran parte de la población que atienden, han sido los dos comentarios más frecuentes. A nivel de trabajo en equipo, fue de nuevo la falta de tiempo para realizar más sesiones de trabajo conjunto, la opinión generalmente más escuchada.

Un tema por el que hemos pasado de "puntillas", dado que no era objeto de esta investigación y que sólo su estudio exigiría un trabajo aparte, tiene que ver con las funciones, estructura y funcionamiento de los equipos interdisciplinares de trabajo asistencial formados desde comienzo del año 96. Información procedente de

entrevistas y cuestionarios apunta, hacia la presencia de cuestiones críticas relacionadas no con la asunción de roles de coordinador por ejemplo, sino con la identificación y asignación inequívoca de funciones que eviten el estancamiento del engranaje interno del centro y que repercuta negativamente en la calidad de los servicios prestados. Después de todo, incorporar prácticas de trabajo interdisciplinar, en caso de no aprovecharse adecuadamente, pueden suponer más sobrecarga para un sistema con unos horarios ya de por sí bastante sobrecargados.

5.5. Temporalización

Ha estado sujeta a modificaciones por imprevistos y por trabajar con profesionales con agendas muy cargadas. No obstante, el calendario final correspondiente a las distintas fases y momentos del presente estudio puede apreciarse en el Cronograma que aparece en la Figura 13.

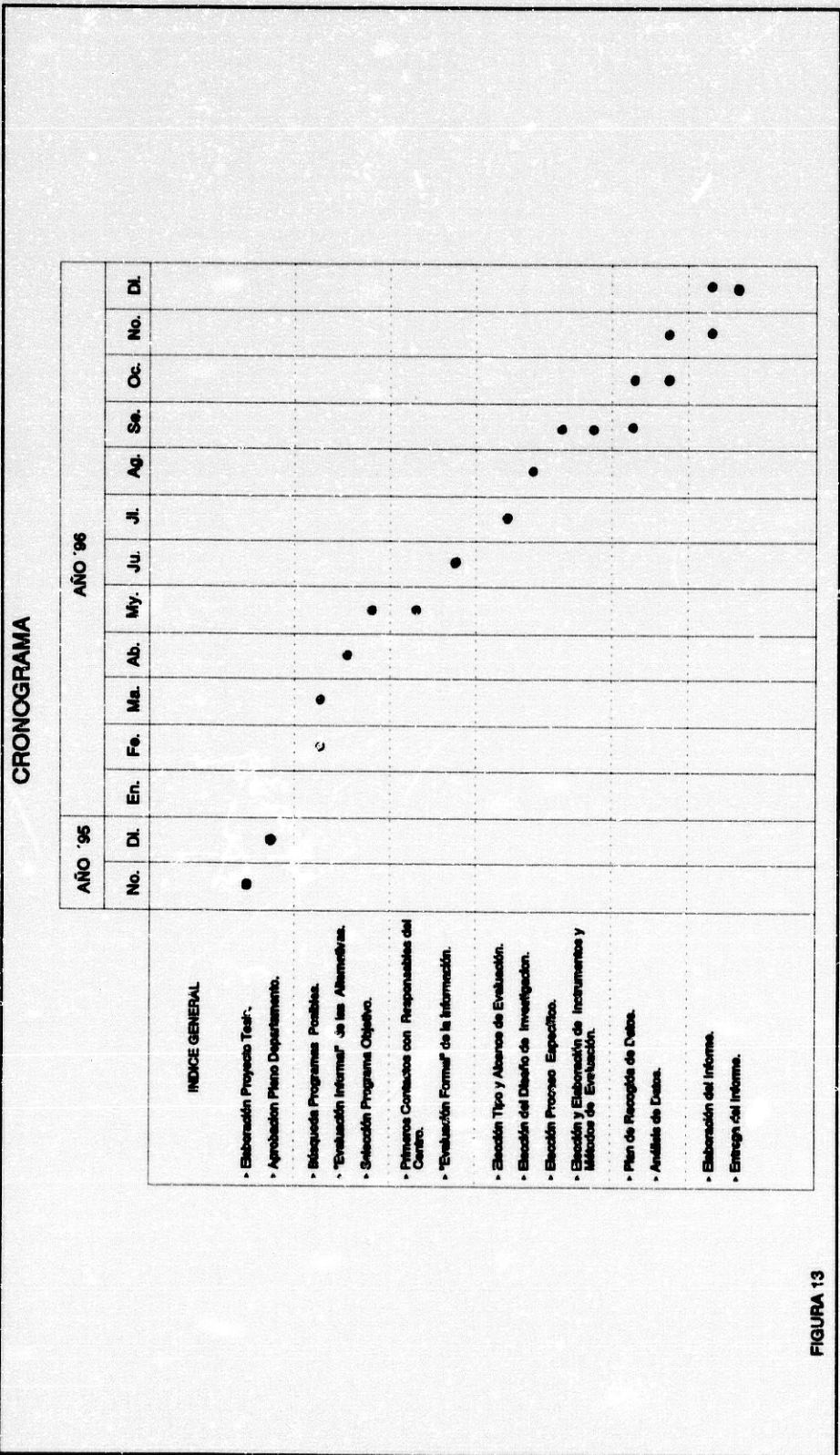


FIGURA 13

FIGURA 13. Tiempo empleado en cada una de las fases del estudio realizado.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

Recordemos que las fuentes de datos han sido:

- El análisis de la documentación relativa al funcionamiento del CPD (memorias, informes, publicaciones, etc).
- El análisis de las Historias clínicas de los pacientes.
- Entrevistas y contacto directo con los responsables institucionales y técnicos.
- Análisis de los datos procedentes del cuestionario aplicado a los psicólogos sobre evaluación del proceso terapéutico en el CPD.
- Análisis del cuestionario relativo a necesidades, formación, trabajo en equipo, etc.

6.1. Resultados referidos al proceso de intervención

6.1.1. Resultados referidos al Programa de Acogida

6.1.1.1. Procedentes de entrevistas e historias clínicas revisadas

- Solapamiento entre las funciones y actividades de la Acogida y el Psico-Diagnóstico.
- Las decisiones sobre derivación no aparecen justificadas dentro de un plan terapéutico trazado.
- No se identifican variables que puedan ser utilizadas como medidas pre (y, por tanto, también post) de los tratamientos.
- Los únicos datos recogidos de forma sistemática son los recogidos en la Ficha de Información Básica de Iniciación al Tratamiento (FIBIT).
- Presencia en las historias de los sujetos de distintos protocolos de distintos profesionales con información redundante, incompleta y descoordinada.
- No evaluación del historial psicológico del sujeto, en los espacios dedicados para tal fin, cuando se utilizan protocolos de derivación en la acogida. O bien cuando se trata de reinicios.
- Ausencia de registros que permitan supervisar la precisión en

la identificación de la demanda realizada en esta fase de la intervención.

- La desintoxicación se lleva a cabo como eslabón entre acogida y tratamiento y no como un componente *dentro* del proceso terapéutico.

6.1.2. Resultados referidos al Programa de Terapia Individual

6.1.2.1. Procedentes de entrevistas e historias clínicas revisadas

- Problemas arrastrados de las dificultades que se han identificado en la Acogida.

- Ausencia de registros que permitan supervisar la idoneidad de los objetivos terapéuticos seleccionados por el terapeuta en la derivación, así como el modo previsto de alcanzarlos. Ejemplo: los informes que las comunidades terapéuticas mandan al profesional de referencia en el CPD, versan sobre aspectos no recogidos en los objetivos marcados en los protocolos, o lo hacen de una forma tan ambigua que hace imposible su evaluación.

- Planes terapéuticos que no permiten registrar el ritmo de consecución de objetivos de acuerdo a los cambios y evolución previstos.

- Cierta confusión acerca del orden en que se han de priorizar

los objetivos terapéuticos de tipo psicológico y médico. Ejemplo: gran número de problemas médicos cuya relación con la psicopatología no está aún clara.

- Necesidad de enmarcar la desintoxicación *dentro* del proceso terapéutico y no como un requisito para acceder a éste.

- No se utiliza una teoría que especifique las actividades de intervención, supervisión y control que se desarrollarán en cada fase del programa.

- No se dispone de pruebas y material funcional adaptado a las necesidades presentes durante todo el proceso de intervención. Ejemplo: cuestionarios de evaluación demasiado extensos, dado el poco tiempo de que se dispone para tareas de evaluación.

- No existe un conjunto de instrumentos homogéneos consensuados por los profesionales, para la recogida de datos en las diferentes fases del proceso que permita supervisar (monitoring) los procesos anteriores. Ejemplo: distintos modelos de informe social y psicológico difíciles de complementar.

- Presencia en las historias de los sujetos, de distintos protocolos de distintos profesionales con información redundante, incompleta y descoordinada. Ejemplo: los protocolos de derivación a tratamiento con Metadona realizados por los médicos.

- Dificultades al trazar la secuencia de acontecimientos e intervenciones clínicas al no aparecer la fecha en algunos de los documentos utilizados.

- Evaluación de aspectos psicológicos/conductuales en materiales utilizados por los médicos. Ejemplo: en la evaluación de la historia toxicológica del sujeto, aparece un apartado, relevante desde el punto de vista psicoterapéutico y preventivo, que hace referencia a los rituales al ponerse la heroína.

- No se recogen los resúmenes de los tratamientos o planes de tratamiento, en los espacios dedicados para tal fin, en los protocolos de derivación. Ejemplo: los protocolos de derivación a comunidades terapéuticas completados por los psicólogos.

- No se acompaña a los protocolos de la documentación que requieren. Ejemplo: informes psicológicos, análisis de la evolución durante su tratamiento en el CPD, etc.

- El 58% de los sujetos tratados son reinicios.

6.1.2.2. Procedentes de los Cuestionarios

Las tablas que aparecen a continuación, presentan los datos agrupados según las respuestas de los sujetos a los distintos items del cuestionario. En la sección de anexos aparecen los datos de cada sujeto por separado.

TABLAS DE DATOS CORRESPONDIENTES A LOS CUESTIONARIOS DE EVALUACION DEL PROCESO TERAPEUTICO

	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 7
DEMANDA DEL PACIENTE	No siempre se concreta la demanda. Ello implica volver a iniciar acogida.		Específica, inespecífica y problema claramente definido		Desintoxicación	Al estar ya la demanda reconvertida al psicólogo le suele llegar el paciente sabiendo que realmente tiene que trabajar en un programa.	(Identificada por el TS tras aplicar el programa de Acogida): Como ya ha terminado el programa de Acogida, la demanda ya no es como se pudo presentar en el primer contacto con el Centro. La demanda entonces es: - general, pero clara: dejar la droga contando con las ayudas necesarias. - precisa de un programa o programas en sucesión: Desintoxicación, Mantenimiento con metadona, Psicoterapia, Comunidad Terapéutica.
OTROS PROBLEMAS	1 ▶ Expectativas, ideas erróneas, grado de irreflexión. 2 ▶ Trastornos de conducta-mentales. 3 ▶ Variables ambientales familiares. 4 ▶ Discrepancia entre expectativas familiares y personales 5 ▶ Problemas de Homosexualidad.	1 ▶ Presencia de psicopatologías 2 ▶ Cogniciones irracionales relacionadas con su autetiquetado 3 ▶ Expectativas con respecto a la ayuda psicoterapéutica 4 ▶ Valoración del paciente de otros intentos anteriores	1 ▶ Expectativas realistas o no y condiciones para que sea efectivo 2 ▶ Dinámicas personales que boicotean los tratamientos 3 ▶ Dinámicas familiares 4 ▶ Motivación o capacidad de cambio (o consecución de un objetivo) 5 ▶ Análisis del conflicto a trabajar y su relación con el consumo		1 ▶ Comunicación familiar. 2 ▶ Trastornos psicológicos (agresividad, personalidad, etc).	1 ▶ Baja autoestima. 2 ▶ Inseguridad. 3 ▶ Desestructuración familiar. 4 ▶ Marginación social, laboral, etc.	(No los doy ordenados según frecuencia) - Dificultades para el análisis de la propia conducta - Numerosas ideaciones "irracionales", como: - respecto de la droga (es imposible no recaer, no se puede impedir el consumo cuando "se cruzan los cables", el síndrome de abstinencia es insuperable, el único problema es el "síndrome de abstinencia" respecto del consumidor: después de mucho tiempo de consumo no se puede hacer más que buscar soluciones paliativas, encontrar trabajo resolvería el problema, si su familia cambiara, él dejaría de consumir, la desintoxicación es lo único que necesita, salir de su medio actual sería la solución. - Escasa autoestima, con frecuencia sobrecompensada con cierto "matonismo" - Relaciones familiares conflictivas que, según los casos, suelen ser: superimplicación de un miembro de la familia y otro(s) periférico(s), relaciones interpersonales contradictorias o caóticas, otros miembros consumidores, pobreza en la calidad de las relaciones, compulsión por parte de la familia para que se someta a tratamiento - Escasa cultura, no tanto en el sentido académico cuanto por el desinterés hacia asuntos que trasciendan las inmediatas preocupaciones cotidianas. Esta carencia afecta tanto al consumidor como a su medio más inmediato, Medio ambiente de marginalidad. - En ocasiones se presentan patologías nosológicamente más definidas, como: depresión, sobre todo tras la desintoxicación, fenómenos de tipo esquizofrénico.

PRUEBAS DE EVALUACION	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
<p>► ¿Cuales?: Tests y Cuestionarios: Beck, ISRA, Martínez Roca.</p> <p>► "Ojmetro".</p> <p>► ¿Objetivos de las pruebas?: Detectar trastornos mentales, Implicación en la terapia, Conocer realmente a la persona.</p> <p>► ¿Procedimiento de aplicación?: En sesión, en sesión, y luego en casa.</p>	<p>► ¿Cuales?: Entrevista, Análisis funcional, Cuestionario de revisión de una recaída</p> <p>► ¿Objetivos de las pruebas?: Evaluación en general, fijar situación actual, autoeficacia, estrategias de afrontamiento.</p> <p>► ¿Procedimiento de aplicación?: semiestructurada, anotación durante la entrevista, completar en casa.</p>	<p>► ¿Cuales?: Entrevista Cuestionarios de inteligencia.</p> <p>► ¿Objetivos de las pruebas?: Significado de la historia de consumo (¿abstinecias anteriores?), Análisis de la dinámica personal y familiar (¿abstinecias anteriores?), Recursos personales (HHSS) o sociales, Psicopatología, Detección de formas realistas de marcar y conseguir los objetivos terapéuticos</p> <p>► ¿Procedimiento de aplicación?: Preguntas abiertas y cerradas.</p>	<p>► ¿Cuales?: Historia psicosocial en función de la procedencia, Historia social comunitaria, Entrevista clínica, Análisis funcional de la conducta, ISRA, cuestionario de Motivaciones, Entrevista estructurada de Alcoholismo, Test de Alcoholismo, 16PF, Cuestionario de fumar, ETC.</p> <p>► ¿Objetivos de las pruebas?:</p> <p>► ¿Procedimiento de aplicación?</p>	<p>► ¿Cuales?: Modelo de evaluación conductual psicosocial, Balance decisional, Cuestionario para valorar seguridad en situaciones de riesgo, Inventario de procesos de cambio.</p> <p>► ¿Objetivos de las pruebas?: Detectar las conductas problema y valorar los factores que mantienen estas conductas con el sujeto y su familia, Valorar fase del proceso (según modelo de Prochaska) del sujeto y la familia, Definir los episodios desencadenantes del consumo (sujeto y familia), Valorar procesos que utiliza el sujeto frente a su familia.</p> <p>► ¿Procedimiento de aplicación?</p>	<p>► ¿Cuales?: Entrevista individual, familiar, individual y familiar</p> <p>► ¿Objetivos de las pruebas?: Obtener información veraz y objetiva, No contar solamente con los datos que el paciente y la familia proporcionan.</p> <p>► ¿Procedimiento de aplicación?: Preguntas.</p>	<p>Antes de responder, tengo que precisar que la evaluación, tal como la concibo, no es una actividad previa a la intervención terapéutica, sino que es un instrumento de la misma. Eso quiere decir que cualquier evaluación adquiere su sentido en el contexto de la intervención, y que por tanto no tiene como único -y frecuentemente ni principal- objetivo <u>conocer</u> determinados aspectos de la conducta, sino <u>organizar y dar sentido a la relación terapéutica</u>. Eso quiere decir que la evaluación lo es de las situaciones más que de las personas (o de las personas en esta situación concreta, si se <u>pre-ñere</u>).</p> <p>- ¿Cuales?</p> <p>1. Fundamentalmente la <u>entrevista</u>. Se pueden distinguir: Entrevista inicial: supone el trabajo previo de la TS, por lo que no es una entrevista de información, sino de preparación del trabajo terapéutico.</p> <p>Objetivos: determinar con claridad el alcance de la demanda, clarificar las expectativas reales sobre la terapia, analizar los intentos anteriores de solucionar el problema y entender los motivos del fracaso, saber qué personas van a intervenir: con qué grado de implicación, con qué capacidad de actuación, con qué funciones, motivar a todos los que puedan intervenir en el proceso para que lo hagan de forma efectiva. Ni que decir tiene que no se trata de una sola entrevista. Su número varía según las condiciones concretas de cada caso.</p> <p>Procedimiento de aplicación:</p> <p>- la primera convocatoria la hace la trabajadora social, por lo que las personas que acuden son las que ella haya decidido de acuerdo con las circunstancias del momento</p> <p>- las posteriores se hacen según evolucione la relación: se convocan o no a más miembros de la familia, se decide la frecuencia de las sesiones, se organiza el orden de los asuntos,</p> <p>- Entrevista terapéutica: tengo en cuenta aquí solamente los aspectos de evaluación.</p>	

PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
<p>PRUEBAS DE EVALUACION</p>						<p>Objetivos: revisar los acuerdos que se adoptaron en la sesión anterior, verificar grado de cumplimiento, analizar las dificultades encontradas para cumplirlos, conocer la situación y ver si se han producido cambios (deseados o indeseados), tanto si ha habido cambios como si no, averiguar cómo interpretan esa situación, estudiar juntos posibilidades de otros cambios convenientes</p> <p>- ¿Objetivos de las pruebas?</p> <p>- ¿Procedimiento de aplicación?</p> <p>En una sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - convocatoria de las personas implicadas en los acuerdos - discusión de: finalidad del acuerdo, tareas de cada uno, dificultades para llevarlo a cabo, modo de resolverlas. <p>En la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisión, del cumplimiento, de las dificultades, replanteamiento, de los mismos acuerdos, de otros nuevos. <p>2. Pruebas de evaluación normalizadas (de personalidad, inteligencia, aptitudes...): las utilizo en el contexto terapéutico y no como evaluación previa, cuando existen problemas de autoimagen o la familia ha asignado determinadas características al paciente que hacen difícil el cambio; también cuando el cliente encuentra excesiva dificultad en expresarse (hablando de lo que siente o de cómo se ve a sí mismo)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorecer que elabore una imagen de sí mismo no anclada en el pasado - estimular capacidades y habilidades no ejercidas hasta el momento - facilitar que el cliente asuma el protagonismo de su proceso - en consecuencia, crear un contexto que permita e induzca a cambios verdaderamente significativos - encauzar la intervención con la familia rompiendo "clichés" perfricantes <p>Procedimiento de aplicación: Los indicados para cada prueba. Obviamente, siempre les comento los resultados.</p>

	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Irrelevantes en muchos casos, No están adaptados, Varían en función del estado/momento en que se encuentra la persona. ▶ Se sienten participantes en algunos casos, No lo terminan, se les olvida, ▶ Son fieles, directos, te distraes del objetivo que querías, que te implican e intervienen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ (Propios de cada procedimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tipo de consumidor y historia de drogodependencia ▶ Elementos mantenedores del consumo en la dinámica familiar ▶ Su proyecto de futuro, posibilidades reales de objetivos ▶ Recursos necesarios a desarrollar y/o potenciar ▶ Por dónde trabajar el apoyo con la familia ▶ ¿Por qué dicen solucionar el problema con esa demanda? ▶ Tipo de terapia: provocadora, de apoyo. 		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Muy condicionados por la parcialidad de las informaciones ▶ Muy limitadas por las manipulaciones del sujeto. ▶ Serías dificultades de adherencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organización familiar, asunción de roles, ▶ Expectativas ante el tratamiento, ideas irracionales acerca del tratamiento. ▶ Minimización del problema ▶ Toxicológico, expectativas falsas en cuanto al tratamiento. 	<p>Deberían coincidir con los objetivos. No siempre es así. Las dificultades más habituales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relaciones familiares construidas muy en dependencia del consumo - falta de implicación en el proceso terapéutico, generalmente porque es la familia quien fuerza el que el consumidor se ponga en tratamiento - rechazo del consumidor (muy frecuentemente porque "esta familia no se merece esto") - relaciones del cliente con su medio de gran dependencia - procesos de consumo muy largos, con una historia de marginalidad importante y gran pobreza cultural (en el sentido más amplio) <p>Evidentemente, hablo de dificultades, no de imposibilidad de intervención, que en estos casos suele terminar centrándose en aspectos muy concretos de la vida cotidiana buscando cambios más limitados.</p>
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1 ▶ Aparecen más problemas que el de la droga. 2 ▶ Multicausalidad del problema 3 ▶ Se barajan muchas variables, cada vez diferentes 4 ▶ Problemas para distinguir el falseamiento de la información. 5 ▶ "Vaquillas de feria" 6 ▶ Autojustificación para consumir. 7 ▶ Lamentación de su propio rol. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ▶ trastornos de personalidad (depresivos, antisociales, límite de personalidad) 2 ▶ cogniciones que sustentan la B.T.F. 3 ▶ historia de cuadros depresivos 4 ▶ familias-sujetos muy desestructuradas 5 ▶ historia educativa desde la marginalidad. 			<ol style="list-style-type: none"> 1 ▶ Problemas de estructura, organización y comunicación familiar. 2 ▶ Problemas psicológicos de distinta naturaleza (sociopatía, medio social empobrecido). 	<ol style="list-style-type: none"> 1 ▶ Sociopatía 2 ▶ síndrome de ansiedad 3 ▶ depresión. 	<p>(Más frecuentes)</p> <p>Pienso que ya está contestado en el apartado de "problemas identificados": los problemas identificados lo son en la relación cliente-terapeuta, que se organiza fundamentalmente en las entrevistas; así que coincidirían la: conclusiones diagnósticas y los problemas detectados.</p>

ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
<p>► A nivel fisiológico: el mono, Higiene y aspecto físico, Síntomas VIH, caída de dientes, etc.</p> <p>► A nivel cognitivo: Pensamientos autodestructivos, Baja autoestima, Poca tolerancia a la frustración, dolor, al sufrimiento.</p> <p>► A nivel emocional: Sentimientos de vacío, Depresión, Ansiedad "nervios", irritabilidad, dejadez, etc.</p> <p>► A nivel conductual (motor): dejar de venir, no colaboración, poca aceptación normas en los "históricos", desvío a otros centros.</p>	<p>► A nivel fisiológico: nivel de ansiedad.</p> <p>► A nivel cognitivo: cogniciones, irracionales.</p> <p>► A nivel emocional: su relación con su psicopatología, etiquetado que impulsa su inicio de tratamiento.</p> <p>► A nivel conductual (motor): hábitos, conducta de aproximación al consumo, hábitos en sociedad y familia.</p>	<p>► A nivel fisiológico: Expectativas respecto al tratamiento.</p> <p>Cociente intelectual, Capacidad de trabajo introspectivo.</p> <p>► A nivel emocional: Ansiedad, depresión, No emocionalidad, Alteraciones psicopatológicas.</p> <p>► A nivel conductual (motor): Incoherencia, Hábitos adaptativos y desadaptativos.</p> <p>► A nivel familiar: Expectativas sobre el tratamiento, Magnitud de cambios que se le pide.</p>	<p>► A nivel fisiológico: Conducta de búsqueda, Reacciones fisiológicas, Problemas fisiológicos derivados del consumo.</p> <p>► A nivel cognitivo: expectativas, Pensamientos, Autoimagen,</p> <p>► A nivel emocional: Sentimientos durante la búsqueda, irritabilidad, inquietud), Autoevaluaciones (antes y después del consumo)</p> <p>► A nivel conductual (motor): Tipo de droga, Forma de consumo, Antigüedad, búsqueda, etc.</p>	<p>► A nivel fisiológico: Variables relacionadas con HIV, Hepatitis, Problemas cardíacos</p> <p>► A nivel cognitivo: Problemas relacionados con la memoria, Habilidades de relación social, Baja tolerancia a la frustración.</p> <p>► A nivel emocional: Alto nivel de ansiedad</p> <p>► A nivel conductual (motor): Pasividad, conductual, Inestabilidad conductual.</p>		<p>► A nivel fisiológico: las patologías más frecuentes son las asociadas con los hábitos de consumo: patologías oportunistas asociadas a la inmunodeficiencia: candidiasis, neumonía, tuberculosis, etc., hepatitis víricas (B y C), lesiones por extrapunción, endocarditis bacteriana (menos frecuente), no son raras lesiones debidas al estilo de vida (accidentes, peleas...)</p> <p>► A nivel cognitivo: de entrada he de advertir que no considero lo "cognitivo" y lo "emocional" como dos niveles, ni siquiera como dos aspectos que se diferencien de hecho y, aunque se diferencien son dos aspectos de un mismo fenómeno. En la mayor parte de los casos es una diferenciación del observador que es quien puede tener la necesidad de hacerla. Así que lo que digo a continuación tiene carácter metodológico. Las conductas patológicas más frecuentes son: convicción de que pueden superar el problema sin ayuda (sobre todo se observa cuando no lleva mucho tiempo de consumo). Asociada en muchos casos a la idea de diferencia respecto a los demás: atribución de causalidad a la situación familiar o social, incongruencia entre la necesidad de ayuda y las exigencias sobre cómo ha de ser ésta (piden "más de lo mismo", a pesar de fracasos anteriores), descalificación de la familia como capaz de ayuda eficaz, atribución de poder "curativo" a la desintoxicación o a los recursos laborales.</p> <p>► A nivel emocional: ambivalencia autoestima desmesurada-sentimiento de fracaso total, alta ansiedad, relaciones familiares contradictorias o caóticas, con la consiguiente tensión, inmadurez afectiva: exigencia de atención apoyo incondicional, tanto por parte de la familia de orden como de la elección, estados depresivos, más frecuentemente de tipo reactivo al abandono de la droga, y también como correlato de la "crisis de conciencia" (se dan cuenta de cómo ha sido su vida hasta ahora) que llega con la abstinencia, sentimientos de culpa no asimilados, que no favorecen el cambio, sino que lo impiden.</p> <p>► A nivel conductual (motor):</p>	

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: buena relación terapeuta-paciente, Aceptar normas del centro, hábitos de higiene. ▶ A medio y largo plazo: Captar situaciones de riesgo, que aprendan a tolerar dolor, sufrimiento, etc., para modificar el estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: abandono del consumo (Posibilidad de autorrefuerzo, dar paso a nuevas conductas), aclarar relación terapéutica (expectativas objetivas por parte del paciente y mias), clarificar objetivos ▶ A medio y largo plazo: actuar sobre psicopatología (sustenta mantenimiento consumo), autogestión y utilización de recursos del medio (adaptación al estilo de vida libre de droga, Reinserción social), prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: control de la pauta de consumo (desintoxicación) (Requisito para avanzar en otros niveles), Inaplicación familiar (Para que conozcan y sepan cuándo hacer qué). ▶ A medio y largo plazo: Creación de recursos en el paciente y en la familia (Para conseguir la abstinencia como forma de vida), Resolución de conflictos y reinserción laboral (Hacia una autonomía social, laboral y familiar). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: Superar el Síndrome de Abstinencia, Dejar de consumir Normalización y de su entorno, Eliminar contacto con el mundo de la droga. ▶ A medio y largo plazo: Modificar el estilo de vida, Mejora en los déficits más relevantes, Prevención de recaídas, Integración socio-comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: Detectar con claridad la problemática conductual del sujeto y los recursos disponibles a nivel personal y redes de apoyo. Porque me permite orientar y estructurar el desarrollo de la fase interventiva. ▶ A medio y largo plazo: Abstinencia de drogas. Porque ambos permiten el acceso a otros tipos de objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: Desintoxicación, Aceptación de normas, Manejo de educación y convivencia, Porque son imprescindibles ya que sin esas no se puede seguir adelante. ▶ A medio y largo plazo: Mantenerme en cuanto a la madurez y a la independencia. En concreto: independencia de la familia de origen, si esto no es posible por razones económicas, de salud (de uno o de otros), cooperación en las tareas y obligaciones de la casa, respeto a la forma de pensar de los demás, capacidad de expresar opiniones sin agresividad y de forma constructiva, saber escuchar a los demás, familia de elección: los objetivos generales son los mismos que si vive con la familia de origen, ahorrando otros, como relaciones sexuales satisfactorias para los dos, atención compartida de los hijos, actividades de ocio decididas de mutuo acuerdo (sean compartidas o no), relaciones sociales: adquisición de habilidades sociales, no relacionarse con consumidores, salvo si es imprescindible, relaciones laborales: dedicarse a un trabajo estable, si ello no ha sido posible, aprendizaje de técnicas de búsqueda de empleo, contacto con los facilitadores de la búsqueda, ocupación del tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: abstinerencia, porque es el síntoma-guía, el objeto inicial más frecuente de la demanda y porque mientras no se alcance difícilmente se pueden plantear otros objetivos. En ocasiones se llega a una abstinencia "de transacción" con la metadona, cierta normalización de las relaciones familiares, en el sentido de pactar y acatar normas, centradas sobre todo en cumplimiento de horarios, actividades dentro de la casa: ayuda en las tareas corrientes, dedicación a comunicarse adecuadamente con los demás, etc., actividades fuera de la casa: trabajo, relaciones con otras personas (no consumidores), etc., la realización de lo dicho en el punto anterior. ▶ A medio y largo plazo: relaciones familiares: cambio en cuanto a la madurez y a la independencia. En concreto: independencia de la familia de origen, si esto no es posible por razones económicas, de salud (de uno o de otros), cooperación en las tareas y obligaciones de la casa, respeto a la forma de pensar de los demás, capacidad de expresar opiniones sin agresividad y de forma constructiva, saber escuchar a los demás, familia de elección: los objetivos generales son los mismos que si vive con la familia de origen, ahorrando otros, como relaciones sexuales satisfactorias para los dos, atención compartida de los hijos, actividades de ocio decididas de mutuo acuerdo (sean compartidas o no), relaciones sociales: adquisición de habilidades sociales, no relacionarse con consumidores, salvo si es imprescindible, relaciones laborales: dedicarse a un trabajo estable, si ello no ha sido posible, aprendizaje de técnicas de búsqueda de empleo, contacto con los facilitadores de la búsqueda, ocupación del tiempo. 	

	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Higiénicas ▶ Respetar citas ▶ Definición de mi papel como educadora del comportamiento. ▶ Verbalización de los cambios experimentados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informe de acogida. ▶ Las derivadas de la entrevista. ▶ Cuestionarios: análisis funcional, revisar recaídas. ▶ Autorregistros: autoanálisis de factores de riesgo, presencia de craving (ansia por consumir), A-B-C. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicadores de analistas, subjetivos realizados. ▶ Conductas asociadas a él. ▶ Magnitud del cambio que se le pide/ que él pide realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tasa y tipo de consumo. ▶ Nivel de participación e integración laboral. ▶ Comunicación y manipulación de familia y entorno próximo. ▶ Utilización de recursos comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asunción de las normas del centro. ▶ Desintoxicación. ▶ Definición de roles terapeuta-paciente. 		
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Terapia cognitiva-conductual, Procedimientos verbales, Familia ▶ ¿Actividades?: sesiones individuales y con la familia, aprendizaje de técnicas de relajación, expresiones, comentarios (mojamiento), sesiones conjuntas. ▶ ¿Materiales?: registros, pautas de sueño, pizarra. ▶ ¿Frecuencia?: Cada sesión, irregular. ▶ ¿Con qué objetivos?: modificación de esquemas de pensamiento y comportamientos, que aprendan que ellos pueden provocar el cambio, conocer cómo la familia repercute en el problema, incorporar a los más efectivos al tratamiento, definición de roles en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Reestructuración cognitiva, presencia de la familia, indicaciones sobre estrategias (sujeto familia), comunicación operativa con el paciente, apoyo farmacológico ante psicopatologías ▶ ¿Actividades?: ▶ ¿Materiales?: ▶ ¿Frecuencia?: 1 día a la semana, 1 vez cada 15 días. ▶ ¿Con qué objetivos?: Rentabilizar la intervención y producir cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Intervención psicoterapéutica, Centro de día, Piso de apoyo al tratamiento, Comunidad terapéutica y otros. ▶ ¿Actividades?: Tareas cognitivas y Tareas conductuales, ▶ ¿Materiales?: Lenguaje, Reflexiones, Autorregistros de contingencias ▶ ¿Frecuencia?: 1 vez cada 15-20 días, Esporádico, Cuando es necesario ▶ ¿Con qué objetivos?: Seguimiento y trabajo sobre avance paso a paso, Incidencia de aspectos poco conscientes que bloquean su estabilidad emocional o su evaluación en el tratamiento, Si la dinámica o actitudes de la familia no sabe cómo controlar o crean conflicto propongo pautas alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Modificación de conducta, Relajación, Autorregistros, Desensibilización Sistemática, Modificación estilo de vida, Terapia de reestructuración cognitiva, Control de estímulos, Extinción encubierta, Detención de pensamiento, Sensibilización encubierta. ▶ ¿Actividades?: ▶ ¿Materiales?: ▶ ¿Frecuencia?: ▶ ¿Con qué objetivos?: 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Entrevista conductual, Cuestionario de proceso de cambio, Inventario de balance decisional, Entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de situaciones, mejora de relaciones interpersonales, Técnicas de reducción de ansiedad, Reestructuración cognitiva, modificación de expectativas, Técnicas de autocontrol, Relajación de roles, Autorregistros, ▶ ¿Actividades?: Cambio de roles, Autorregistros, Imaginación positiva. ▶ ¿Materiales?: Papel y lápiz, Autorregistros, registros, Hojas de inventario ▶ ¿Frecuencia?: Mensual ▶ ¿Con qué objetivos?: Identificar factores determinantes del problema, Detección de utilización de procesos de cambio, Evaluación del deseo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Terapia de familia, Terapia individual, Seguimiento. ▶ ¿Actividades?: Reuniones familiares, se trata de que acudan la mayor parte de la familia, Reuniones con el paciente sólo, aunque el paciente este incluido en mi programa educativo es citado para continuar la psicoterapia. ▶ ¿Materiales?: ▶ ¿Frecuencia?: 10-12 días, 10-12 días, 1 vez al mes. ▶ ¿Con qué objetivos?: (remite a objetivos anteriores). 	

	PSICOLOGO 1	PSICOLOGO 2	PSICOLOGO 3	PSICOLOGO 4	PSICOLOGO 5	PSICOLOGO 6	PSICOLOGO 7
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Verbalizarles que no se puede empezar sin la tarea hecha del día anterior. ▶ Observación de cambios. ▶ Observación de cambios en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entrevista de seguimiento. ▶ Controles de orina ▶ Información por parte de la familia. ▶ Contactos con lugares de trabajo. ▶ Evaluación del trabajador social de zona. ▶ Evaluación del propio sujeto. ▶ Adherencia al proceso terapéutico en general. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Feed-back del paciente. ▶ Feed-back de la familia (validar el feed-back del paciente). ▶ Cambios conductuales reales y efectivos. ▶ Autocontrol en situaciones de riesgo. ▶ Estabilidad emocional y/o equilibrio en la consecución de objetivos según etapa. ▶ Del ciclo vital: mejoría de relaciones con su entorno, familia, pareja, sociales, etc. 		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adherencia al tratamiento, cumplimiento de acuerdos, controles toxicológicos, cambio de estilo de vida, planificación de la misma, facilitación de las relaciones interpersonales. ▶ Realismo y toma de conciencia de las situaciones problemáticas y de riesgo, estilo de vida, control de las situaciones generadoras de ansiedad interpersonal y de problemáticas interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Citas dadas con periodicidad de un mes. 	
MEDIDAS POST	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faltan parámetros y criterios a medir. ▶ Resultados poco detectados. 		<ul style="list-style-type: none"> (De la evaluaciones periódicas que a nivel individual y en equipo se lleven a cabo). ▶ Ídem 1-2-3 hacia la autonomía del paciente (sin huidas) ▶ Ídem 3 Manejo de situaciones de riesgo y qué hacer caso de algún error. ▶ Cambio en dinámica patológica familiar. 		<ul style="list-style-type: none"> (De la evaluaciones periódicas que a nivel individual y en equipo se lleven a cabo). ▶ Conocimiento de situaciones de riesgo. ▶ Aumento de eficacia personal. ▶ Mejorar relaciones familiares. ▶ Integración sociolaboral. ▶ Situación legal 	<ul style="list-style-type: none"> (De la evaluaciones periódicas que a nivel individual y en equipo se lleven a cabo). ▶ Llamadas al paciente o bien citas previas con intervalos de 2 meses o 2 meses y medio. 	

7. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

7. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

7.1. Dificultades subyacentes al análisis de datos en la evaluación

La mayor parte de los libros de texto que hablan sobre análisis de datos en evaluación de programas son muy similares en los procedimientos y técnicas estadísticas que proponen como métodos de análisis de datos, a los libros de texto especializados que abordan el mismo tema en las ciencias sociales, como la psicología y la sociología. La acomodación de diseños basados en la metodología de grupos, con distintos grados de experimentalidad, a la evaluación de programas tiene, en nuestra opinión, repercusiones que van más allá de limitar el grado de certeza con el que se podrán plantear las conclusiones sobre los efectos del programa (para más información sobre este tema véase el capítulo 2).

El modelo tradicional de identificación de variables, medida de las mismas, manipulación de la(s) variable(s) independiente(s) y medida del efecto de tal cambio en el/los nivel(es) de la(s) variable(s)

dependiente(s), resulta en la práctica de la evaluación de programas sociales prácticamente inviable. La base para tal afirmación la constituyen las características presentes en la mayoría de los programas sociales. Estas son: complejidad de los programas, alto grado de indefinición de los tratamientos y la falta de datos que reflejen el "comportamiento" de las variables relevantes durante los procesos. Esto es lo mismo que decir, que la evaluación debe acomodarse a las distintas fases de madurez del programa: diferentes fases requieren diferentes tipos de evaluación (Vedung, 1995). Y por tanto, la fase de desarrollo en que se encuentra el CPD no permite, a menos que se quiera ser riguroso y consecuente con la información sistematizada por la bibliografía al uso, otro tipo de análisis que no sea el de estimar la situación en la que se encuentra el centro y los distintos programas de las distintas áreas, respecto a unas condiciones y criterios mínimos, establecidos por esa misma bibliografía acumulada sobre el tema, para aplicárseles evaluaciones más ambiciosas no sólo ya de carácter formativo (evaluación de procesos), sino también de carácter sumativo (evaluación de impacto, análisis coste-efectividad, etc). Para a partir de ese momento y una vez estimados esos valores, poner en práctica las medidas necesarias que permitan realizar en el futuro distintas investigaciones evaluadoras.

Efectivamente, hay datos de variables recogidas en la FIBIT que podrían tomarse como medidas pre-tratamiento. Pero no existen datos recogidos que pudiésemos adoptar como medidas post. Podíamos haber tomado valores de algunas variables seleccionadas tras el tratamiento y tomarlos como medidas post. Pero: ¿habría sido de mucha utilidad para la investigación, si hubiese llegado a la comprobación de que efectivamente hay cambios en las medidas pre

y post?. De darse este resultado, habría tenido a continuación que iniciar justo la investigación que estoy intentando exponer, es decir, la presente evaluación de procesos. Y lo que es más difícil de justificar, ¿cómo habría podido explicar, suponiendo que los datos estadísticos disponibles eran válidos y fiables, que no había diferencias entre las medidas pre y post, el no tratamiento tiene el mismo efecto que el tratamiento, los profesionales desempeñan un trabajo que no tiene efectos diferenciales en la población sobre la que se interviene?. No olvidemos que el 58% de los sujetos que reciben asistencia en el CPD constituyen reinicios. Obviamente, la alternativa de una evaluación de resultados no es la opción más idónea, al menos para este centro, en las condiciones actuales.

Variables que han condicionado el análisis de los datos obtenidos mediante el cuestionario sobre datos referidos al proceso terapéutico:

- Nivel de medida de las variables: dificultades derivadas de la aplicación de procedimientos estadísticos a los datos procedentes de variables ordinales.
- confección de la matriz de sujetos: la recogida de datos no es sistemática, hay discrepancias sobre las variables relevantes, existen muchas dificultades en eliminar criterios subjetivos en la codificación.
- El descuido en el desempeño de la función de mejora de la planificación de la intervención, o el estudio de la evolución (y la previsión de la evolución) de las pautas de uso a través

de los métodos de recogida de información y supervisión implantados.

Hemos agrupado los resultados, para su análisis y exposición, entorno a los tres grupos de variables identificadas como más relevantes al buen funcionamiento de los programas. Estas son: su implantación, su evaluación y la idoneidad de la teoría que los fundamenta.

7.2. Discusión referida a la Implantación de los programas

En el ámbito de la implantación, los resultados obtenidos se han agrupado entorno a los dos procesos objeto de estudio. Por un lado tenemos los resultados referidos al proceso de intervención con sus distintas fases: Acogida-Desintoxicación-Deshabitación/Rehabilitación-Reinserción; y en segundo lugar, los resultados referidos al proceso terapéutico que encierra la sub-fase considerada como Deshabitación/ Rehabilitación.

7.2.1. Respecto al proceso de intervención

Los resultados obtenidos respecto a los programas implicados en el proceso de intervención definido para este estudio han sido los siguientes: (Ver Figura 14)

a) Programa de Acogida:

La primera circunstancia a destacar tiene que ver con el instrumento que se utiliza en la entrevista de acogida del paciente, el cual, de sus cuatro folios de extensión no dedica ningún apartado a la evaluación de la historia de tratamiento psicopatológico del sujeto, frente a las dos páginas dedicadas a la evaluación de la historia médica del sujeto, o las dos páginas de evaluación de historia personal-familiar-social. Y ello a pesar de que al inicio del cuestionario aparece una casilla que hace referencia a si el caso es nuevo o constituye un reinicio. En cuyo caso sería imprescindible, para la mayoría de los sujetos, determinar a qué tipo de tratamiento ha estado expuesto con anterioridad, qué resultados se consiguieron, posibles beneficios, experiencias terapéuticas acumuladas, etc.

Las funciones asignadas al programa de Acogida son varias y de una enorme relevancia para el presente y el futuro del éxito del tratamiento del sujeto. La primera dificultad está asociada con la primera de las funciones de la acogida, cual es, el análisis de la demanda. A pesar de la utilización de un guión que estructura el orden de identificación de las características de la demanda, se plantea de forma precipitada, a nuestro juicio, la emisión de una valoración diagnóstica (entorno a la cual se diseña la intervención), segunda función de la acogida. Y ello por las condiciones en las que se desarrolla la entrevista de delegación, engaño, chantaje y presión procedentes tanto del sujeto como de la propia familia. Precisamente por esas condiciones en las que se plantea la demanda y por tanto su análisis, se hace necesario convertir el

diagnóstico, más que en un acto puntual, en un proceso que tenga lugar a medida que se accede a las condiciones y variables que en realidad están controlando y manteniendo el consumo de estupefacientes. Y para que esto suceda, el terapeuta necesita mayor número de sesiones clínicas, especialmente al inicio, que le permitan cubrir los objetivos que actúan a nivel terapéutico como prerrequisitos (higiene, presencia, horarios, etc) de otros más complejos (abstinencia, mantenimiento de la abstinencia, cambio de hábitos y estilo de vida, etc). De esta forma, es de esperar que, progresivamente vaya identificando las variables de control de los distintos problemas relacionados directa o indirectamente con el consumo, o lo que es lo mismo, ir aislando fuentes de variabilidad que a la postre le permitan establecer relaciones causales.

La siguiente dificultad aparece en el momento en que el trabajador social ha de tomar una decisión sobre la derivación del sujeto a uno u otro recurso asistencial o de reinserción, tercera y última de las funciones asignadas a este programa. La no definición (por escrito) de los criterios clínicos que se van a utilizar para derivar al paciente o aconsejar su derivación, a un programa u otro, es una carencia identificada en la mayoría de los programas, que dificulta la supervisión de la idoneidad de las decisiones tomadas a este respecto, a la vez que hacen probable en mayor medida el error, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, precisamente por su falta de supervisión. Y es un error que se puede prevenir.

Por tanto, es la importancia y trascendencia que pueden llegar a adquirir los objetivos de este programa, unido a la cantidad de información que ha de integrarse y combinarse en este momento del proceso, lo que hace necesarias y recomendables dos cosas. Primero, la aclaración de las condiciones en las que se toman las decisiones y segundo el reparto inequívoco de las mismas entre los profesionales. Es decir, la especificación de los criterios y las condiciones en las que tendrán lugar las transiciones de una situación a otra.

La demás funciones que podríamos considerar no terapéuticas, como son la de cumplimentar el cuestionario con el que el Comisionado para la Droga elabora sus estadísticas y con el que posteriormente se obtiene el perfil sociológico de los consumidores usuarios de los recursos asistenciales, junto a la elaboración de la historia familiar, social y médica, se realiza con normalidad y cubriendo todas las funciones inherentes a esas actividades.

b) Programa de Desintoxicación:

Los objetivos de tipo biológico (desintoxicación) y las condiciones de tipo médicas, en las que se desarrolla este programa, no dejan lugar a errores en su valoración. Por lo que la circunstancia de que haya varios sujetos con varias desintoxicaciones en su historial médico, es más fácilmente comprensible, si atendemos a las continuas recaídas que sufren determinados pacientes. Ahora bien, se puede plantear el interrogante de si podría o no cambiar esta circunstancia por

el hecho de hacer un uso más restringido de este "bien", combinado con más trabajo previo con el sujeto en la dirección de prepararle y madurarlo, no para la desintoxicación fisiológica en sí, la cual es superada sin mayores problemas por los sujetos, sino para las auténticas dificultades y problemas de deshabitación, que tendrá que afrontar tras esa desintoxicación. Y ello con el objetivo de prevenir "errores de respuesta", es decir, evitar "cronificar" una historia de fracaso, que como es sabido tiene consecuencias desastrosas en la capacidad de mejora y recuperación de los sujetos.

Sin embargo, el dato procedente del testimonio directo de algunos toxicómanos, de que quieren desintoxicarse, para "engancharse de nuevo" y así poder volver a experimentar los mayores efectos reforzantes que aparecen al inicio del consumo, es un hecho que desactiva la lógica y la motivación de muchos profesionales que trabajan en este área.

c) Programa Red de Artesanos:

Quizás las conclusiones referidas a este programa deberían, por seguir el orden cronológico en que los programas tienen lugar, aparecer al final. No obstante y por razones de tipo expositivo lo haré en esta sección.

Las dificultades de este programa están asociadas a dos circunstancias que tienen que ver con dos momentos críticos. El primero es el cumplimiento por parte del sujeto de una serie de circunstancias que podríamos considerar de "alta

exigencia", puesto que les obliga a ajustarse y seguir unas normas y unos horarios similares a los de un puesto de trabajo normal.

El segundo momento importante, tiene que ver con la capacidad del programa para integrar realmente sujetos al mundo laboral, más allá de tenerles durante unos meses ocupados en un puesto de trabajo protegido de los influjos que afectan al mercado de trabajo y por tanto al puesto.

Sin disponer de estadísticas oficiales sobre los resultados en ambos índices, parece darse últimamente un número de expulsiones, por incumplimiento de las condiciones establecidas en el contrato que incorpora el programa, mayor que al inicio de implantarse el programa. Ello quizás sea debido a su utilización como recurso de trabajo y no como recurso terapéutico y de capacitación, que fue la función original para la que se creó. En cuanto al segundo índice, no se dispone de datos referidos a la situación laboral de los sujetos que una vez completado con éxito el período que comprende este programa, han podido encontrar y mantener un trabajo en puestos similares o distintos a los que aprendieron y desempeñaron en el programa Red de Artesanos. En este sentido, también es necesario, arbitrar algún procedimiento que permita seguir la evolución personal y laboral de estos sujetos.

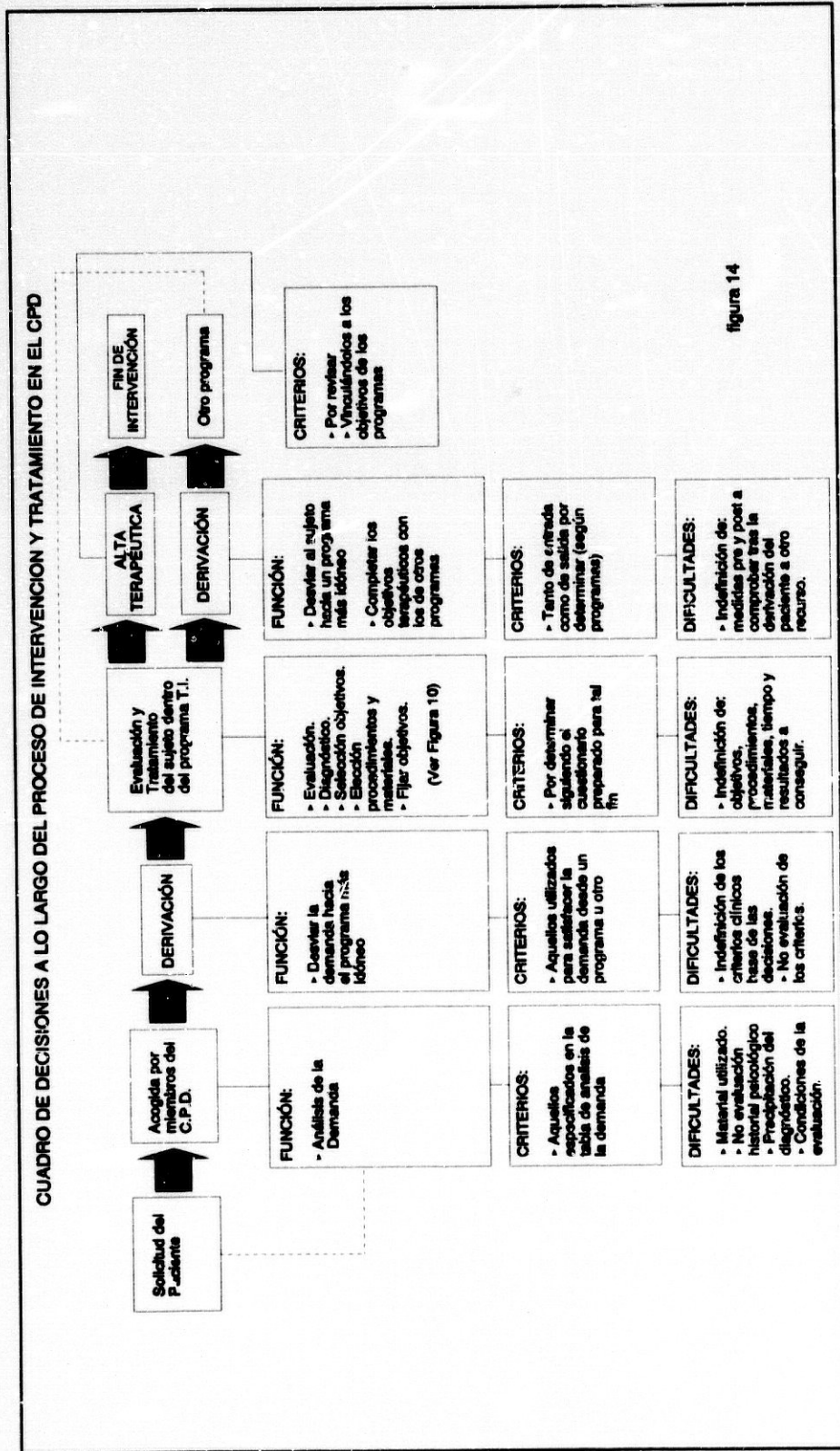


FIGURA 14. Resumen de las funciones, criterios y dificultades encontradas a lo largo del proceso de intervención analizado.

7.2.2. Respecto al proceso terapéutico

La mayor parte de los datos y del esfuerzo investigador realizados en este trabajo, se concentran, sin olvidar los demás componentes, en el eslabón principal del proceso de intervención, es decir, la intervención terapéutica individual. Este tratamiento actúa, o debería de actuar, como contexto y como contenido. Como contexto, en cuanto que el tratamiento comienza realmente desde que el sujeto entra en contacto con el centro, a veces incluso antes. Como contenido, en tanto que el objetivo de la Deshabitación/ Rehabilitación, entendida como momento del proceso global de intervención, previo a la reinserción y posterior a la acogida y desintoxicación, está asignado al tratamiento individual (a veces familiar). Los demás momentos de esa intervención global, también de importancia terapéutica reconocida, deberían incluirse dentro de los límites de este programa. De ahí que hablemos de una doble función de este programa de "contexto" y de "contenido".

Los resultados referidos al proceso terapéutico los he agrupado, para su análisis, entorno a cuatro grupos de variables: a) Sus metas, b) Su planificación, c) Su realización y d) Su impacto.

a) Metas globales.

Como aparecía reflejado en los datos, la dificultad fundamental tiene que ver con los problemas derivados de no disponer, en los tratamientos, de objetivos formulados en términos evaluables. Es decir, que especifiquen de una forma operativa lo que se pretende conseguir y en qué plazo de

tiempo. Esta circunstancia amplifica las consecuencias negativas de otros problemas relativos a la carencia de pruebas funcionales, adaptadas a las diversas y múltiples necesidades planteadas durante el proceso terapéutico.

La resistencia de muchos profesionales a concretar los objetivos terapéuticos en indicadores "medibles" se ve fortalecida por la complejidad inherente a la mayoría de las conductas implicadas en esos objetivos. Sin embargo, esta circunstancia, aun siendo cierta, no justifica en su totalidad la situación detectada a este respecto en los programas evaluados.

b) Distintos niveles de planificación según qué profesional.

No se dispone de una teoría subyacente al programa, que especifique las actividades de intervención, supervisión y control que se desarrollarán en cada fase del programa. Así como el conjunto de materiales que se van a utilizar en función de la fase de intervención y su utilidad para alcanzar los objetivos terapéuticos marcados. Los intentos realizados por algunos de los psicólogos del Centro, de adaptar algunas pruebas a las características de la población con la que trabajan, son loables pero insuficientes para cubrir todas las fases y objetivos que encierra una intervención de esta naturaleza. Esta circunstancia se ve agravada por el hecho de que cada uno de los profesionales implicados en el proceso terapéutico objeto de esta investigación, desarrolla su trabajo desde enfoques teóricos y epistemológicos distintos. Lo cual entorpece la comunicación entre ellos.

Este dato resulta especialmente relevante, debido a que incide de forma negativa en la práctica de carácter interdisciplinar, que caracteriza la intervención terapéutica en pacientes drogodependientes. Es decir, que si la intervención está concebida en distintas partes interdependientes entre sí, si una de esas partes no cumple su función o lo hace de una forma incompleta, el resto se verá afectado.

Aparte está, el grado de organización interna que cada profesional aplica a su trabajo, el cual a veces se suma a la situación provocada por la falta de datos procedentes de la supervisión de los procesos terapéuticos presentes.

c) Distintos grados de ajuste entre lo realizado y lo previsto.

En este tema los resultados los hemos agrupado entorno a tres posibilidades:

1. No Tratamiento (o no suficiente).

Se refiere esta situación a aquellos casos en los que se ha producido como una especie de acomodación entre profesional y paciente a una historia de "fracaso" del tipo: tratamiento-abandono-tratamiento-nuevo abandono. Con las consecuencias negativas que tiene por supuesto para el paciente, dificultando su recuperación y por lo que significa para el profesional en cuanto a quiebra de la satisfacción asociada al desempeño de su trabajo.

Pero sin duda, el mayor problema que denuncian de forma unánime los psicólogos es la falta de tiempo para atender de forma apropiada a las necesidades que plantea un tratamiento integral de los sujetos. La baja frecuencia de las sesiones, especialmente al inicio (1 vez a la semana al principio y más espaciadas cuanto más avanzado está el tratamiento), afecta fundamentalmente a la cantidad de instrumentos terapéuticos que se pueden utilizar y por tanto a la calidad de la atención dispensada, ya que esas pruebas necesitan un tiempo para su corrección y análisis junto al paciente, que no se tiene.

2. Tratamiento erróneo:

a) La forma de puesta en práctica compite con el tratamiento mediante sabotaje u hostilidad. Es decir, que hay pacientes ya con una historia dilatada de experiencias con psicólogos, algunas de ellas aversivas.

Por otro lado, muchas de las pruebas estándar que se utilizan para la valoración de determinados aspectos evolutivos y/o psicopatológicos son rechazadas por los sujetos, posiblemente por presentar, dichas pruebas, niveles cero de lo que la literatura científica ha identificado como "sensibilidad cultural". Esto se une a los niveles culturales generalmente bajos de los sujetos o al desinterés generalizado por todo aquello que no tenga que ver con "su mundo".

b) El sistema de puesta en práctica tiene lugar en un contexto laxo y flexible, pero a la vez poco transparente a la evaluación, con lo que los profesionales no reciben feedback sobre su práctica. Ni directo por parte de los sujetos (no se ha encontrado información por escrito sobre este tema, ni protocolos que valoren la satisfacción de los usuarios), ni indirecto por parte de los responsables o de informes procedentes de actividades evaluadoras.

c) Un problema identificado también por la mayoría de los profesionales, tiene que ver con la dificultad de identificar primero y tratar después de manera diferencial, trastornos procedentes del consumo de aquellos otros de naturaleza psicopatológica. La presencia de un sin número de problemas de salud contribuye de forma muy negativa a esta situación.

3. Tratamiento incontrolado o diferente:

El diseño del programa deja demasiados aspectos de la implantación a la discrección del sistema de puesta en práctica (de sus responsables), con lo que el tratamiento puede variar considerablemente de un profesional a otro, como de hecho sucede, en función de factores como la perspectiva teórica desde la que se trabaja, el cansancio, la saturación, la falta de tiempo, etc.

d) Resultados basados en indicadores "pobres".

Los datos recogidos en el Centro hasta ahora sobre indicadores del tipo: entrada, salida, alta, permanencia en programas, etc., permiten sólo un acercamiento descriptivo a lo que sucede en el CPD. Las historias de los sujetos tampoco recogen datos de forma sistemática sobre otras variables relacionadas con el proceso de intervención. Además, la mayoría de los datos que aparecen no están referidos a circunstancias o hechos objetivos, con lo que la estimación de su fiabilidad se presenta como algo menos que imposible. A este asunto hay que añadir las dificultades planteadas por varios profesionales, respecto al tipo de información y la forma de recogerla, en las historias de los pacientes, puesto que aunque ya se han informatizado las fichas de cada paciente, se sigue careciendo de un Sistema de Información, que permita muestrear los datos relevantes a la supervisión y posterior evaluación de la eficacia de los distintos tratamientos y la posible interacción tratamiento-paciente, la coherencia interna y eficacia de cada tratamiento con respecto a los objetivos que se marca y la consecución de los mismos respectivamente y por último la aportación que cada elemento o parte del tratamiento haga al resultado final obtenido. Los cambios que desde nuestro análisis son necesarios para corregir estas situaciones, aparecen en el apartado siguiente de Recomendaciones.

7.3. Discusión referida a la Evaluación de los programas

Los resultados referidos a la evaluación, procedentes del análisis de los cuestionarios, de los materiales revisados (historias clínicas, memorias y otros) y de las entrevistas al personal del centro, se pueden agrupar entorno a las siguientes variables:

- En primer lugar destaca la ausencia generalizada de datos recogidos de forma sistemática por parte de los distintos profesionales sobre el conjunto de variables consideradas relevantes a los objetivos del CPD. La excepción la compone la FIBIT, instrumento básico con el que el comisionado para la droga hace el seguimiento del Plan Andaluz sobre Drogas. Esta falta de datos afecta, en general, a todas las fases y componentes de que constan los programas evaluados. La revisión de las historias clínicas confirma este dato, ya que no aparecen archivados, los documentos referidos a las pruebas realizadas, etc.

- Como segunda característica, también generalizable a los programas de Acogida y Tratamiento Psicológico evaluados, tenemos la falta de definición de los tratamientos que se aplican a los sujetos. Es decir, que no se establecen claramente los objetivos, procedimientos, acciones, resultados y plazos de tiempo necesarios para el desarrollo del programa o tratamiento integral. Con esto no queremos decir, en absoluto, que no se aplique un tratamiento adecuado e individual a cada paciente; simplemente, que la forma en que se hace permite su evaluación y supervisión únicamente al profesional que lo pone

en práctica.

- En tercer lugar, es la carencia de un sistema de recogida de datos que permita supervisar tanto el "comportamiento" de las distintas variables relevantes a los objetivos terapéuticos, como el grado de implantación de los elementos componentes de la estructura de los programas.
- Otro dato que consideramos importante, antes de comentar otros resultados referidos a las posibilidades de evaluación del CPD, es que no se recoge información estadística sobre el porcentaje de sujetos que reinician tratamiento. Un dato de enorme importancia "logística" desde el punto de vista de la evaluación del funcionamiento del CPD. Acompañan a la ausencia de este dato, otros datos que recojan la historia o experiencia previa del sujeto en tratamientos psicoterapéuticos, tal y como se ha mencionado en la discusión referida al programa de acogida.
- También se echa de menos, en las memorias analizadas, algún tipo de análisis trasversal o cualitativo de los datos, que permitan apreciar tendencias en años sucesivos.
- Preocupación ante la perspectiva de evaluar sus programas, por la posible tendenciosidad de la evaluación.
- Escepticismo hacia la objetividad de los evaluadores o "expertos".

- Escaso esfuerzo a la hora de hacer más evaluables sus programas.

- Las directrices desarrolladas por los responsables del CPD, no han sido suficientes para mejorar la evaluabilidad de los programas desarrollados. Al menos hasta el momento de iniciar ésta investigación. No obstante, el hecho de permitir, el director del centro, una investigación de este tipo, puede entenderse como una actitud de cambio e interés digna de mencionar. Eso sí, siempre y cuando a esta evaluación no se le prive de su función instrumental.

- El síndrome de la diferencia no significativa. Consiste en pensar que tener más información sobre los programas no provoca diferencias o mejoras en los resultados del programa. Desde nuestro punto de vista, esta opinión obedece a dos factores: a) preocupación ante el posible deterioro del clima laboral debido a cambios en el "status quo" y b) la continuidad del programa no está vinculada a los resultados procedentes de intervenciones evaluadoras, impulsadas desde la propia administración.

- Falta personal cualificado para afrontar los cambios necesarios respecto a las fases de conceptualización, planificación, implantación y evaluación de las actividades evaluadoras en los distintos programas. A esto se une, la dificultad que plantea la escasez de instrumentos y materiales de evaluación útiles y funcionales a las necesidades específicas de cada programa que mencionábamos anteriormente.

7.4. Discusión referida a las teorías: ¿revisables?

Algunos de los resultados referidos al ámbito de Teorías, ya han sido expuestos parcialmente en el apartado anterior. Algunos más que podemos añadir son:

- La variabilidad en enfoques teóricos y prácticos genera múltiples problemas, fundamentalmente a la hora de ponerse de acuerdo y más aun si el trabajo es en equipo, sobre temas que afectan de lleno a los planteamientos teóricos de cada profesional. Como por ejemplo, tipos de materiales a utilizar, trabajar o no con la familia, dirigir la intervención al contexto o al sujeto, papel de la conducta verbal en el cuadro psicopatológico del sujeto, etc.

- La regla utilizada durante toda la investigación, al tratar temas de esta naturaleza, ha sido *huir de las etiquetas*. La enorme complejidad del problema en cuestión, unido a la presencia de cuestiones relativas a la investigación básica, muchas de ellas pendientes de esclarecimiento, han motivado la cautela. En este sentido, convendría adoptar un enfoque funcional y pragmático, es decir, lo que funcione para cada uno (lo cual no significa mantener posturas eclécticas) sino alejarse de polémicas y disputas ya superadas sobre la "posesión de la verdad".

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

A lo largo de los apartados anteriores se han ido exponiendo los resultados obtenidos tras la evaluación de los procesos seleccionados. Algunas conclusiones se desprenden fácilmente de los resultados. Otras no. No obstante y de forma resumida, las conclusiones se pueden agrupar entorno a los siguientes temas:

1. Son muchas las experiencias de trabajo acumuladas en intervención en drogodependencias en el CPD (1.429 pacientes vistos durante el año 1995), aunque desgraciadamente son muy pocas las que mantienen un énfasis adecuado en la evaluación de esas intervenciones.
2. Hasta el momento de iniciar esta investigación, el CPD se encontraba en una fase de cierto estancamiento y crisis. Tras el vertiginoso ritmo de crecimiento de los últimos años, comenzaba a hacerse claramente visible la necesidad de

introducir cambios. Durante el último año, en un esfuerzo digno de mencionar por parte de los profesionales del centro, han comenzado a tener lugar cambios importantes (inclusión de equipos informáticos, software adaptado a necesidades particulares del CPD, reuniones de equipos, revisión de materiales y procedimientos, etc.). No obstante, siguen pendientes, precisamente, aquéllos más importantes y decisivos: más recursos económicos y humanos con los que hacer frente a las necesidades planteadas. En dos ámbitos se hace necesario intervenir en nuestra opinión:

A. Necesidad de introducir cambios tanto en el proceso de intervención como en el de tratamiento propiamente dicho. Es decir, es necesario un replanteamiento general de las actuaciones y estrategias utilizadas en el conjunto de intervenciones realizadas en el CPD.

B. Necesidad de diseñar e implantar sistemas de información y mecanismos de evaluación, que permitan articular diversas investigaciones evaluativas (estudios de resultados, análisis coste-efectividad, etc.) siguiendo el proceso marcado en la Figura 15, lo cual sólo podrá conseguirse mediante la evaluación exhaustiva de los programas y recursos con que cuenta el CPD.

Esta conclusión, coincide con la alcanzada por el GID (1994), en donde además de reconocerse los esfuerzos importantes realizados por los centros en la mejora de los tratamientos y del proceso asistencial, se defiende la necesidad

de continuar con más trabajos destinados principalmente a la evaluación de resultados (pág. 116). No obstante este grupo también advierte la posible devaluación que pueda sufrir la palabra evaluación al ser utilizada sólo como referente de afirmación al exterior respecto a la rigurosidad y validez de los programas, pero inútil e incluso incómoda a la hora de aceptar las implicaciones de su toma en consideración (pág. 82).



FIGURA 15

FIGURA 15. Secuencia de intervenciones a llevar a cabo, hasta conseguir condiciones que permitan llevar a cabo, diversas investigaciones evaluadoras.

8.1. Recomendaciones

- Continuar con los cambios a nivel organizacional y metodológico ya comenzados: sistema de citas, reuniones de equipos, nuevos materiales de evaluación y diagnóstico, etc. Además de iniciar otros nuevos encaminados a la mejora de la evaluabilidad en general de los distintos programas, mediante el diseño y puesta en marcha de un sistema de información que, mediante evaluación y feedback, permita elevar los niveles de calidad asistencial que reciben los usuarios del CPD, además de la satisfacción de los profesionales asociada a la práctica diaria de su trabajo.

- Gestionar los recursos necesarios para acometer esos cambios. A nivel de recursos humanos, contando con personal cualificado que ayude en el diseño, puesta en práctica y evaluación de la utilidad de esos cambios y a nivel de recursos económicos, haciendo frente a los costos, mantenimiento, infrautilización, complicaciones técnicas, etc., que pudieran surgir a consecuencia de tales cambios.

- Introducir al CPD en los circuitos de investigación y estudios sobre drogodependencias que se están llevando a cabo en distintos lugares del país, para con ello mejorar los niveles de calidad y eficiencia conseguidos hasta ahora.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Aguilar, M. J., y Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Alguero, S. P., F., y Urendes, J.M. (1986). *Técnicas terapéuticas en el proceso de rehabilitación de las toxicomanías. Resumen*. Palma de Mallorca: XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Alkin, M. C. (1985). *A Guide for Evaluation Decision Makers*. Beverly Hills, California: Sage.
- Alvarez, P. (1987). El Plan Nacional Sobre Drogas. En Pedro F. Ramos y colb. (Coord.), *Reinserción Social y Drogodependencias* (pp. 27-36). Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- Ander-Egg, E., y Aguilar, M. J. (1992). *Cómo elaborar un proyecto: guía para proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Humanitas.
- Anguera, M. T. (1995). Diseños. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos educativos, sociales y de salud* (pp. 149-172). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

- Anguera, M. T. (1990). Programas de Intervención. ¿Hasta qué punto es factible su evaluación? *Revista de Investigación Educativa*, 8 (16), 77-93.
- Ayuntamiento de Granada. Area de Bienestar Social (1995). *Plan Municipal sobre Drogodependencias*. Granada: Ayuntamiento de Granada.
- Baer, D. (Mayo, 1996). *Course on Conceptual and Methodological Problems in The Analysis of Behavior*. Almería: (Material no publicado).
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A. Versión original publicada con el título de Single Case Experimental Desings, publicado en 1984 por Pergamon Press.
- Basch, C., Sliepcevich, C. E., Gold, R., Duncan, D., y Kolbe, Ll. (1985). Avoiding Type III Errors in Health Education Programs Evaluations: A Case Study. *Health Education Quarterly*, 12 (4), 315-331.
- Benedict, M.B., Glasser, J.H. y Lee, E.S. (1989). Assessing Hospital Nursing Staff Retention and Turnover, A Life Table Approach. *Evaluation & the Health Professions*, 12 (1), 73-96.
- Berk, R. A., y Rossi, P. H. (1990). *Thinking About Program Evaluation*. Newbury Park: Sage.

- Bernal, J. D. (1989). *Historia Social de la Ciencia*. Barcelona: Ediciones Península.
- Boruch, R.F. y Pearson, R.W. (1988). Assessing the Quality of Longitudinal Surveys. *Evaluation Review*, 12 (1), 3-58.
- Boruch, R. F. y Rindskopf, D. (1984). Data Analysis. En L. Rutman (ed.), *Evaluation Research Methods: A Basic Guide* (pp. 121-158). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Bosch, M., Ferriz, P., y Sole, J. R. (1985). *Seguimiento de 152 toxicómanos tras dos y cuatro años*. Barcelona: Cruz Roja de Barcelona.
- Bosio de Ortecho, C. C. (1991). *Evaluemos con un método simple*. Buenos Aires: Humanitas.
- Botella, J. A., y Barriopedro, M.I. (1995). Análisis de Datos. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 173-202). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1991). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Cardenal, V. C., J., Esteve, M.R., Gradillas, V., Moreno, B., Moreno, P., Navarro, M. Ortiz-Tallo, M. y Valero, L. (1994). *Evaluación de Programas de Reinserción Social*.

Málaga: Miguel Gómez Ediciavero, M. A. (1981). El centro asistencial de drogas de la Cruz Roja. Madrid: *Interdroga*. N° 0.

Centro Provincial de Drogodependencias de Granada (1992). *Memoria 1991*. Granada: Diputación Provincial de Granada. Ayuntamiento de Granada. ro Junta de Andalucía.

Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (1995). *Programas 1994*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz. Area de servicios sociales.

Chacon, F. (1988). *Evaluación de necesidades*. Madrid: visor.

Cleave-Hogg, D. y Byrne, P.N. (1988). Evaluation of an Innovation in a Traditional Medical School: A Metaevaluation. *Evaluation & the Health Professions*, 11(2), 249-271.

Cohen, E., y Franco, R. C. (1993). *Evaluación de proyectos sociales*. México, D.F.: Siglo XXI.

Comas, D. (1987). *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas*. Madrid: Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: Instituto de la Juventud.

Comisionado para la droga (1994). *Memoria: Gráficos*. Sevilla: Junta

de Andalucía.

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía (1996). *Documento técnico de seguimiento del Plan de Servicios Sociales de Andalucía 1993-1996: análisis de los programas y actuaciones realizados durante el bienio 1993-1994*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. Comisionado para la droga (1990). *Plan Andaluz sobre Drogas. Informe de situación 1986-1989*. Andalucía: Junta de Andalucía.

Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga (1993). *Plan Andaluz sobre Drogas. Memoria 1992*. Andalucía: Junta de Andalucía.

Cook, T. D. y Campbell, D.T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally.

Cronbach, L. J., Ambron, S.R., Dornbusch, S.M., Hess, R.D., Hornick, R.C., Phillips, D.C., Walker, D.F. y Weiner, S. (1980). *Toward Reform of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Cronbach, L. J., y Shapiro, K. C. (1982). *Designing Evaluations of Educational and Social Programs*. San Francisco: Jossey-Bass.

Curry, R.H., Yarnold, P.R., Bryant, F.B. Martin, G.J. y Hughes,

R.L. (1988). A Path Analysis of Medical School and Residency Performance. Implications for Houssestaff Selection. *Evaluation & the Health Professions*, 11(1), 113-129.

Dawson, N.V. y Cebul, R.D. (1990). Advances in Quantitative Techniques for Making Medical Decisions. The Last Decade. *Evaluation & the Health Professions*, 13 (1), 37-62.

Diaz de Quijano, S., Sánchez Carbonell, J., y Piña, L. (1985). *Los Servicios de Atención a Toxicómanos*. Madrid: Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española.

D'Onofrio, C. N. (1989). The Use of Self-Reports on Sensitive Behaviors in Health Program Evaluation. En Marc T. Braverman (ed.), *Evaluating Health Promotion Programs* (pp. 59-74). San Francisco: Jossey-Bass.

Duran, A. (1985). *Centro Urbano (C.U.R.T.): Una experiencia de tratamiento individual y familiar*. Los municipios ante las drogodependencias. Jornadas Internacionales. Vigo.: Federación Española de Municipios y Provincias, Ayuntamiento de Vigo y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Echeburúa, E. Dependencia al alcohol y las drogas: Variables Sociológicas y psicológicas relevantes. En *Cuadernos de*

Extensión Universitaria. Las drogas: Reflexión Multidisciplinar (Facultad de Derecho UPV/EHU.), País Vasco: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y Tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

EDIS (1994). *Informe sobre la opinión de los Andaluces ante las Drogas IV*. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Drogra. Sevilla: Junta de Andalucía.

Escohotado, A. (1990). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.

Fernández, J. (1995). Evaluación de Programas en Servicios Sociales. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 207-238). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Fernández-Ballesteros, R. (1983). El proceso de evaluación psicológica. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.

Fernández-Ballesteros, R. (ed.) (1995). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos, y de salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Fetterman, D. M. y Pitman, M. (1986). *Educational Evaluation: Ethnography in Theory, Practice and Politics*. Beverly Hills,

California: Sage.

Fitz Gibbon, C. T. y Morris, L. L. (1987) (reimpresión 1991). *How To Analyze Data*. Newbury Park: Sage.

Forni, F. (1988). *Formulación y evaluación de proyectos de acción social*. Buenos Aires: Humanitas.

Freixa, F. y otros (1981). *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Editorial Fontanella.

Froján, M. X. y Santacreu, J. (1995). Evaluación de Programas de Salud. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 283-312). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

García, A. y Graña J.L. (1987). *Un servicio de atención y reinserción del drogodependiente*. Madrid: En Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social: Reinserción Social y Drogodependencias. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar.

Graña, J. L. (1994). *Intervención conductual individual en drogodependencias*. Madrid: Debate.

Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (GID) (1991). *Drogodependencias: la coordinación institucional*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (1994). *La Evaluación de Programas en Drogodependencias (Vol. I y II)*. Madrid: Baroa S.L. Jose Carrón, M^a Isabel Hernández, Pilar Nieva, Almudena Silva (coord.).

Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (GID) (1992). *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (GID) (1995). *Los programas de integración social de los drogodependientes*. Madrid: GID.

Guardia, J. y. Mateos, M.L. (1983). Estudio Clínico de adictos a heroína. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, X (nº5), pp. 357-387.

Guardia, J., Masip, J. y Viladrich, C. (1987). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas*, 3, pp. 61-79.

Herman Joan L., Morris, L. L., y Fitz Gibbon, C. T. (1990). *Evaluator's Handbook*. Beverly Hills, California: Sage.

Hernández, J. M. (1995). Procedimientos de recogida de información en evaluación de programas. En Rocío Fernández-Ballesteros, *Evaluación de Programas*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Holland, P.W. y Rubin, D.B. (1988). Causal Inference in Retrospective Studies. *Evaluation Review*, 12 (3), 203-231.

Huxley, T. H. (1882). *Science and Culture, and Other Essays*. New York: D. Appleton and Company.

Judd, C. M. (1987). Combining process and outcome evaluation. En M.M. Mark y R.L. Shotland (Eds.), *Multiple Methods in Program Evaluation* (pp.23-41). San Francisco: Jossey-Bass.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (1995). *Boletín Epidemiológico de Andalucía (BEA)*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga (1994). *Informe de situación 1993. Plan Andaluz Sobre Drogas*. Sevilla: Consejería Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga (1995). *Jornadas de Coordinación del P.A.D.*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

Kelly, J. A. (1990). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales. Guía práctica para intervenciones*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

King, J. A., Morris, L. L. y Fitz Gibbon, C. T. (1987). *How to Assess Program Implementation*. Beverly Hills, California: Sage.

Klitzner, M. (1990). *Report to Congress on the Nature and*

Effectiveness of Federal, State and Local Drug Prevention/Educaiaon Programs. Washington D.C.: Prepared for the U.S. Department of Education Office of Planning, Budget and Evaluation.

Levitan, S. A., y Wurzburg, G. K. (1979). *Evaluating Federal Social Programs: An Uncertain Art.* Kalamazoo, Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Mark, M. y Cook, T. (1984). Design of Randomized Experiments and Quasi-Experiments. En L. Rutman (ed.), *Evaluation Research Methods: A Basic Guide* (pp. 65-120). Newbury Park, California: Sage Publications.

Martínez, D., De la Fuente, L., y Artea, J. M. (1987). Estudio Descriptivo de los pacientes heroinómanos asistidos en Centros de Tratamiento en el período 1981-1985. *Comunidad y Drogas*, 3 (pp. 35-39),

Medina Tornero, M. E. (1988). *Evaluación de Programas.* Madrid: Visor.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Melgarejo, M., Sanahuja, P., Pérez, F., Masferrar, J., Sala, L. y Pila, L. (1986). *Estudio descriptivo de 431 heroinómanos*

- usuarios de programa DROSS*. Barcelona: Fons informatiu. nº5. pp. 59.
- Melgarejo, M., y Col. (1988). *Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año 1985-1986*. Barcenola: Fons Informatiu. Programa DROSS. Nº1. pp. 1-38.
- Mendez, F. J., Macía, D. y Olivares, Jose. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios II. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Monegal, J. M. (1982). *Asistencia a heroinómanos*. Madrid: Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales. nº9.
- Moreno, R. (1988). Prólogo a Diseños experimentales de caso único. En D.H. Barlow, y M. Hersen, *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Morris, L. L., Fitz Gibbon, C. T. y Freeman, M. E. (1991). *How to Communicate Evaluation Findings*. Newbury Park: Sage.
- Nieva, P. (1988). *Evolución de centros de tratamiento de la drogodependencia*. Madrid: Tesis Doctoral. UNED.
- Ortiz-Tallo, M. (1994). La Evaluación Cualitativa. En Violeta Cardenal (Coautora), *Evaluación de programas de reinserción social* (pp. 61-77). Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Oscarsson, L. (1985). *Evaluación de métodos de tratamiento*. Madrid:

Federación Española de Municipios y Provincias.

Palumbo, D. J. (1989). *The Politics of Program Evaluation*. Newbury Park: Sage.

Patton, M. Q. (1984). Data Collection: Options, Strategies, and Cautions. En L. Rutman (ed.), *Evaluation Research Methods: A Basic Guide* (pp. 39-64). Newbury Park, California: Sage Publications.

Patton, M. Q. (1991). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Beverly Hills, California: Sage.

Patton, M. Q. (1989). *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, California: Sage.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Beverly Hills, California: Sage.

Patton, M. Q. (1986) (reimpresión 1987). *Utilization-Focused Evaluation*. Beverly Hills, California: Sage.

Pérez Serrano, G. (1996). *Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos*. Madrid: Narcea.

Polo, L. y Zelaya, M. (1984). *Comunidades para toxicómanos*. Madrid: Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española.

- Ramos, P. G., Graña, J.L. y Comas, D. (coord.) (1987). *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- Ridge, R.S. Stern, G.A. y Watts, R.K. (1990). Econometric Model Evaluation. Implications for Program Evaluation. *Evaluation Review*, 14 (3), 308-314.
- Rossi, P. y. Freeman, H. (1993). *Evaluation: A Systematic Approach*. Newbury Park, California 91320: SAGE Publications Ltd.
- Rutman, L. (1989). *Evaluation Research Methods: A Basic Guide*. Newbury Park: Sage. (2nd ed.).
- Sánchez-Carbonell, J. (Noviembre de 1992). *Evaluación y seguimiento de programas terapéuticos*. Palma de Mallorca: Ponencia expuesta en Drug Addiction Medical Forum (4).
- Sánchez-Carbonell, J. (1993). La evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio con heroinómanos. *Adicciones*, 5 (4), (359-69)
- Sánchez Carbonell, J., y Cami, J. (1986). *Recuperación de heroinómanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento*. Barcelona: Instituto Municipal de Investigación Médica.
- Santos, M. A. (1993). *La evaluación: un proceso de diálogo comprensión y mejora*. Málaga: Ediciones Aljibe

- Santos, M. A. (1990). *Hacer visible lo cotidiano*. Madrid: AKAL Universitaria.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. y Leviton, L. C. (1991). *Foundations of Program Evaluation: Theories of Practice*. Newbury Park: Sage.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of Scientific Research: Evaluating Experimental Data in Psychology*. New York: Basic Books. Traducción castellana en Fontanella, 1974.
- Sirvent, C. (1985). *La evaluación y el seguimiento del toxicómano. Resumen*. Palma de Mallorca: XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Stanley, T.D. y Robinson, A. (1990). Sifting Statistical Significance From The Artifact of Regression-Discontinuity Design. *Evaluation Review*, 14 (2), 166-181.
- Stufflebeam, D. L., y Shinkfield, A. J. (1989). *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Valero, L. (1994). El Manual Integrado "Program Evaluation Kit". En Violeta Cardenal, *Evaluación de Programas de Reinserción Social* (pp. 159-185). Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Vedung, E. (1995). Utilización de la Evaluación de Programas. En R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Evaluación de Programas. Una*

guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud (pp. 321-338). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Vila, J., y Villanueva, G. E. (1994). *Memoria del primer año del curso de master/experto en drogodependencia de la universidad de Granada*. Granada: Universidad de Granada.

Weiss, C. H. (1972). *Evaluation Research: Methods For Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

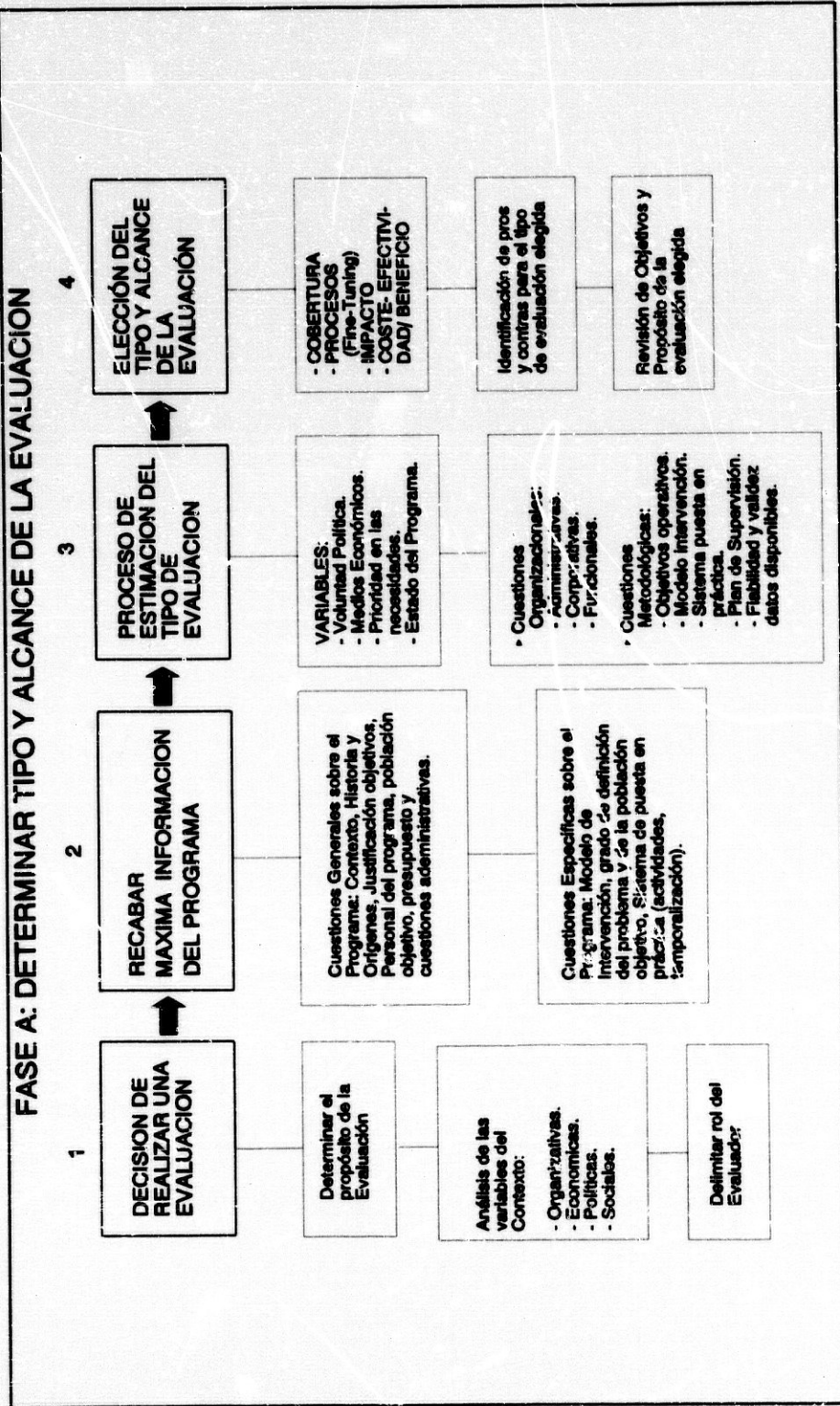
Wheeler, G.R. y Hissong, R.V. (1988). A Survival Time Analysis of Criminal Sanctions for Misdemeanor Offenders: A Case for Alternatives to Incarceration. *Evaluation Review*, 12 (5), 510-527.

Witkin, B. R. (1984). *Assesing Needs In Educational And Social Programs*. San Francisco: Jossey-Bass.

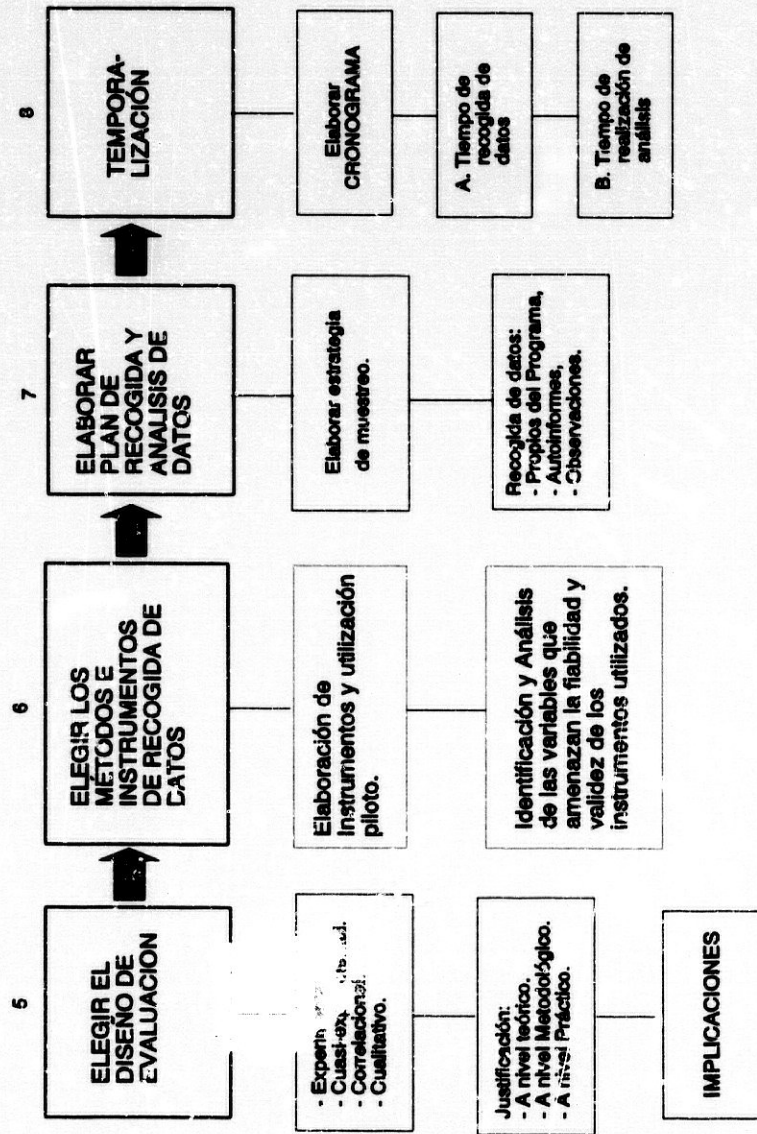
Wright, D.J.G. (1989). A Framework for Dialogue on Development Policies and Programs. *Evaluation Review*, 13 (4), 420-429.

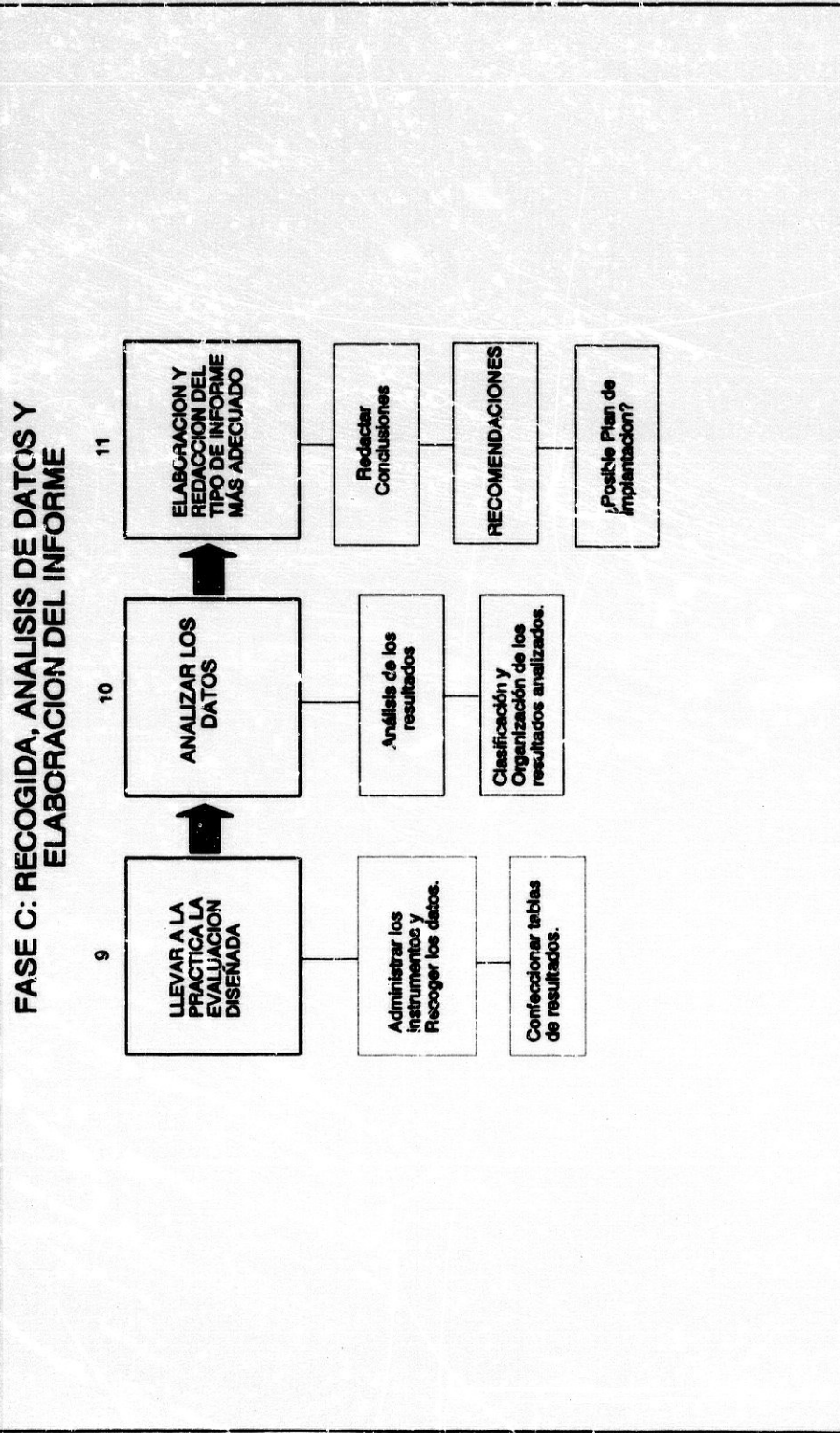
ANEXOS

**FASES Y COMPONENTES
DEL PROCESO DE
EVALUACION DE LOS PROGRAMAS**



FASE B: ELECCION DE METODOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACION





**CUESTIONARIO
PARA
DETERMINAR LA EVALUABILIDAD
DEL
PROCESO TERAPEUTICO EN EL C.P.D.**

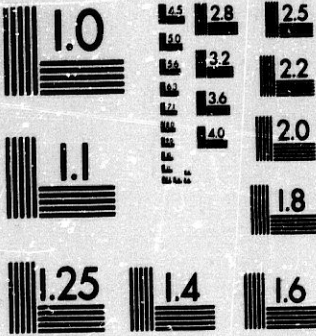
Este cuestionario recoge una serie de preguntas sobre el conjunto de decisiones y prácticas que a diario son utilizadas por los profesionzies (psicólogos) del C.P.D. en el desempeño de las funciones que el propio centro les ha asignado.

El objetivo de este cuestionario es obtener información sobre la variable o conjunto de variables, que contribuyen de manera más notable al éxito o fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos del programa de Terapia Individual. El cuestionario es anónimo, por lo que los resultados no podrán ser utilizados para otros fines que no sean los de mejora y fortalecimiento de los procesos y prácticas que tienen lugar en el conjunto de intervenciones realizadas en el C.P.D. El orden de las preguntas, se ajusta al esquema del proceso de evaluación y tratamiento que tienen delante. Se les pide que completen los espacios en blanco con la información que se demanda en cada casilla. Es imprescindible para garantizar la validez de la información y por ende del trabajo, que respondan con la máxima precisión y siendo fieles a las prácticas que realmente utilicen en su práctica habitual.

En ningún momento el cuestionario plantea preguntas que puedan afectar a aspectos confidenciales de la relación terapeuta-paciente. De esta forma, queda garantizado el derecho del paciente a preservar su intimidad, así como el del terapeuta a no revelar secretos profesionales. Por tanto, las preguntas quedan restringidas al ámbito de los procesos de toma de decisiones, selección de objetivos, de procedimientos terapeuticos. materiales, etc., así como sus respectivos (en caso de haberlos) métodos de seguimiento y control.

MUCHAS GRACIAS POR SU INESTIMABLE COLABORACION.

1:24



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

1:24

Este cuestionario recoge una serie de preguntas sobre el conjunto de decisiones y prácticas que a diario son utilizadas por los profesionales (psicólogos) del C.P.D. en el desempeño de las funciones que el propio centro les ha asignado.

El objetivo de este cuestionario es obtener información sobre la variable o conjunto de variables, que contribuyen de manera más notable al éxito o fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos del programa de Terapia Individual. El cuestionario es anónimo, por lo que los resultados no podrán ser utilizados para otros fines que no sean los de mejora y fortalecimiento de los procesos y prácticas que tienen lugar en el conjunto de intervenciones realizadas en el C.P.D. El orden de las preguntas, se ajusta al esquema del proceso de evaluación y tratamiento que tienen delante. Se les pide que completen los espacios en blanco con la información que se demanda en cada casilla. Es imprescindible para garantizar la validez de la información y por ende del trabajo, que respondan con la máxima precisión y siendo fieles a las prácticas que realmente utilicen en su práctica habitual.

En ningún momento el cuestionario plantea preguntas que puedan afectar a aspectos confidenciales de la relación terapeuta-paciente. De esta forma, queda garantizado el derecho del paciente a preservar su intimidad, así como el del terapeuta a no revelar secretos profesionales. Por tanto, las preguntas quedan restringidas al ámbito de los procesos de toma de decisiones, selección de objetivos, de procedimientos terapéuticos, materiales, etc., así como sus respectivos (en caso de haberlos) métodos de seguimiento y control.

MUCHAS GRACIAS POR SU INESTIMABLE COLABORACION.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

DEMANDA DEL PACIENTE (Identificada por el Trabajador Social tras aplicar el programa de Acogida): _____

OTROS PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR EL TERAPEUTA:

1▶

2▶

3▶

PRUEBAS DE EVALUACION:

Cuales	Objetivos	Procedimiento de Aplicacion
1 ▶		
2 ▶		
3 ▶		

RESULTADOS

1.1.	2.1.
1.2.	2.2.
1.3.	2.3.
1.4.	2.4.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS (Mas frecuentes)

- 1 ▶
- 2 ▶
- 3 ▶
- 4 ▶

ESQUEMA CONDUCTUAL PATOLOGICO

A nivel Fisológico:	A nivel Cognitivo:	A nivel Emocional:	A nivel Conductual (motor)	A nivel Familiar
▶				
▶				
▶				

OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Inmediatos: ▶ ▶	¿Por Qué?
A Medio y Largo Plazo: ▶ ▶	¿Por Qué?

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

MEDIDAS PRE-TRATAMIENTO RELATIVAS A LOS OBJETIVOS SELECCIONADOS:

- 1 ▶
- 2 ▶
- 3 ▶
- 4 ▶

PROCEDIMIENTO TERAPEUTICOS:

Cual/es	Actividades	Materiales	Frecuencia	Objetivos
▶				
▶				
▶				
▶				

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

MEDIDAS PREVISTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS:	
Procedimiento 1	Medidas de Seguimiento: ▶ ▶ ▶
Procedimiento 2	Medidas de Seguimiento: ▶ ▶ ▶
Procedimiento 3	Medidas de Seguimiento: ▶ ▶ ▶
 MEDIDAS POST-TRATAMIENTO: (Resultados Terapeuticos o Grado de consecución de los objetivos marcados)	
1 ▶	
2 ▶	
3 ▶	
4 ▶	

**CUESTIONARIO
SOBRE
INFORMACION RELEVANTE A OTRAS VARIABLES COLATERALES QUE
INFLUYEN EN EL PROCESO TERAPEUTICO**

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGO DEPENDENCIAS

¿Se le presentan y en qué medida, algunos de los problemas que aparecen reflejados en este cuestionario, durante la práctica diaria de su trabajo?

1. ¿Dispone de todos los materiales que necesita (fungibles, informáticos, mobiliario, etc) para realizar su trabajo de acuerdo a lo previsto?.

2. ¿La infraestructura (condiciones físicas del edificio: ventilación, espacio, etc.) se ajusta a sus necesidades?.

3. Formación y reciclaje (tras la incorporación al puesto de trabajo).

4. ¿El acceso al material bibliográfico es fácil y continuo?.

5. ¿Dispone del tiempo necesario para consultar el material bibliográfico?.

6. ¿Dispone de tiempo suficiente para reuniones de equipo, intercambio de experiencias, etc.?

7. ¿Alguna dificultad asociada al trabajo en equipo?.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

8. ¿Algún problema relacionado con la disponibilidad y/o uso de datos internos?.

9. ¿Hay alguna actividad relacionada con su trabajo que le gustaría realizar y que ahora no está realizando? (Ej. planificación, organización, evaluación, etc).

¿Por qué razón?

ALGUNA OTRA CUESTION QUE QUIERA COMENTAR Y QUE NO RECOJA EL CUESTIONARIO:

TABLAS DE DATOS AGRUPADOS POR SUJETOS

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

	PSICOLOGO 1
DEMANDA DEL PACIENTE	No siempre se concreta la demanda. Ello implica volver a iniciar acogida.
OTROS PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ Expectativas, ideas erróneas, grado de implicación. 2 ▶ Trastornos de conducta-mentales. 3 ▶ Variables ambientales familiares. 4 ▶ Discrepancia entre expectativas familiares y personales 5 ▶ Problemas de Homosexualidad.
PRUEBAS DE EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Tests y Cuestionarios: Beck, ISRA, Materiales de Martínez Roca. ▶ "Ojómetro". ▶ ¿Objetivos de las pruebas?: Detectar trastornos mentales, Implicación en la terapia, Conocer realmente a la persona. ▶ ¿Procedimiento de aplicación?: En sesión, en sesión y luego en casa.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Irrelevantes en muchos casos, No están adaptados, Varían en función del estado/momento en que se encuentra la persona. ▶ Se sienten participantes en algunos casos, No lo terminan, se les olvida, ▶ Son fiables, directos, te distraes del objetivo que querías, que te implicas e intervienen.
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ Aparecen más problemas que el de la droga. 2 ▶ Multicausalidad del problema 3 ▶ Se barajan muchas variables, cada vez diferentes 4 ▶ Problemas para distinguir el falseamiento de la información. 5 ▶ "Vaquillas de feria" 6 ▶ Autojustificación para consumir. 7 ▶ Lamentación de su propio rol.
ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A nivel fisiológico: el mono, Higiene y aspecto físico, Síntomas VIH, caída de dientes, etc. ▶ A nivel cognitivo: Pensamientos autodestructivos, Baja autoestima, Poca tolerancia a la frustración, al dolor, al sufrimiento. ▶ A nivel emocional: Sentimientos de vacío, Depresión, Ansiedad "nervios", irritabilidad, dejadez, etc. ▶ A nivel conductual (motor): dejar de venir, no colaboración, poca aceptación normas en los "históricos", desvío a otros centros..
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: buena relación terapeuta-paciente, Aceptar normas del centro, hábitos de higiene. ▶ A medio y largo plazo: Captar situaciones de riesgo, que aprendan a tolerar dolor, sufrimiento, etc., para modificar el estilo de vida.
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Higiénicas ▶ Respetar citas controles ▶ Definición de mi papel como educadora del comportamiento. ▶ Verbalización de los cambios experimentados.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none">▶ ¿Cuales?: Terapia cognitiva-conductual, Procedimientos verbales, Familia▶ ¿Actividades?: sesiones individuales y con la familia, aprendizaje de técnicas de relajación, expresiones, comentarios (moldeamiento), sesiones conjuntas.▶ ¿Materiales?: registros, pautas de sueño, pizarra.▶ ¿Frecuencia?: Cada sesión, irregular.▶ ¿Con qué objetivos?: modificación de esquemas de pensamiento y comportamientos, que aprendan que ellos pueden provocar el cambio, conocer cómo la familia repercute en el problema, incorporar a los más efectivos al tratamiento, definición de roles en casa.
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none">▶ Verbalizarles que no se puede empezar sin la tarea hecha del día anterior.▶ Observación de cambios.▶ Observación de cambios en la familia.
MEDIDAS POSTRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">▶ Faltan parámetros y criterios a medir.▶ Resultados poco detectados.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

	PSICOLOGO 2
DEMANDA DEL PACIENTE	
OTROS PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ Presencia de Psicopatologías 2 ▶ Cogniciones irracionales relacionadas con su auttiquetado 3 ▶ Expectativas con respecto a la ayuda psicoterapeutica 4 ▶ Valoración del paciente de otros intentos anteriores
PRUEBLAS DE EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Entrevista, Análisis funcional, Cuestionario de revisión de una recaída ▶ ¿Objetivos de las pruebas?: Evaluación en general, fijar situación actual, evaluación de autoeficacia, estrategias de afrontamiento. ▶ ¿Procedimiento de aplicación?: semiestructurada, anotación durante la entrevista, completar en casa.
RESULTADOS	▶ (Propios de cada procedimiento)
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ trastornos de personalidad (depresivos, antisociales, límite de personalidad) 2 ▶ cogniciones que sustentan la B.T.F. 3 ▶ historia de cuadros depresivos 4 ▶ familias-sujetos muy desestructuradas 5 ▶ historia educativa desde la marginalidad.
ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A nivel fisiológico: nivel de ansiedad. ▶ A nivel cognitivo: cogniciones, irracionales. ▶ A nivel emocional: su relación con su psicopatología, etiquetado que impulsa su inicio de tratamiento. ▶ A nivel conductual (motor): hábitos, conducta de aproximación al consumo, hábitos en sociedad y familia.
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: abandono del consumo (Posibilidad de autorrefuerzo, dar paso a nuevas conductas), aclarar relación terapéutica (expectativas objetivas por parte del paciente y mías), clarificar objetivos ▶ A medio y largo plazo: actuar sobre psicopatología (sustenta mantenimiento consumo), autogestión y utilización de recursos del medio (adaptación al estilo de vida libre de droga. Reinserción social), prevención de recaídas.
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informe de acogida. ▶ Las derivadas de la entrevista. ▶ Cuestionarios: análisis funcional, revisar recaídas. ▶ Autorregistros: autoanálisis de factores de riesgo, presencia de craving (ansia por consumir), A-B-C.
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Reestructuración cognitiva, presencia de la familia, indicaciones sobre estrategias (sujeto-familia), comunicación operativa con el paciente, apoyo farmacológico ante psicopatologías ▶ ¿Actividades?: ▶ ¿Materiales?: ▶ ¿Frecuencia?: 1 día a la semana, 1 vez cada 15 días. ▶ ¿Con qué objetivos?: Rentabilizar la intervención y producir cambios.
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entrevista de seguimiento. ▶ Controles de orina ▶ Información por parte de la familia. ▶ Contactos con lugares de trabajo. ▶ Evaluación del trabajador social de zona. ▶ Evaluación del propio sujeto. ▶ Adherencia al proceso terapéutico en general.
MEDIDAS POSTRATAMIENTO	

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

	PSICOLOGO 3
DEMANDA DEL PACIENTE	Específica, inespecífica y problema claramente definido
OTROS PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ Expectativas realistas o no y condiciones para que sea efectivo 2 ▶ Dinámicas personales que boicotean los tratamientos 3 ▶ Dinámicas familiares 4 ▶ Motivación o capacidad de cambio (o consecución de un objetivo) 5 ▶ Análisis del conflicto a trabajar y su relación con el consumo
PRUEBLAS DE EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Entrevista, Cuestionarios de inteligencia. ▶ ¿Objetivos de las pruebas?: Significado de la historia de consumo (¿abstinencias anteriores?), Análisis de la dinámica personal y familiar (¿abstinencias anteriores?), Recursos personales (HHSS) o sociales, Psicopatología, Detección de formas realistas de marcar y conseguir los objetivos terapéuticos ▶ ¿Procedimiento de aplicación?: Preguntas abiertas y cerradas.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tipo de consumidor y historia de drogodependencia ▶ Elementos mantenedores del consumo en la dinámica familiar ▶ Su proyecto de futuro, posibilidades reales de objetivos ▶ Recursos necesarios a desarrollar y/o potenciar ▶ Por dónde trabajar el apoyo con la familia ▶ ¿Por qué dicen solucionar el problema con esa demanda? ▶ Tipo de terapia: provocadora, de apoyo.
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	
ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A nivel fisiológico: ▶ A nivel cognitivo: Expectativas respecto al tratamiento, Cociente intelectual, Capacidad de trabajo introspectivo. ▶ A nivel emocional: Ansiedad, depresión, No emocionalidad, Alteraciones psicopatológicas. ▶ A nivel conductual (motor): Incoherencia, Hábitos adaptativos y desadaptativos. ▶ A nivel familiar: Expectativas sobre el tratamiento, Magnitud de cambios que se le pide.
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: control de la pauta de consumo (desintoxicación) (Requisito para avanzar en otros niveles), Implicación familiar (Para que conozcan y sepan cuándo hacer qué). ▶ A medio y largo plazo: Creación de recursos en el paciente y en la familia (Para conseguir la abstinencia como forma de vida), Resolución de conflictos y reinserción laboral (Hacia una autonomía social, laboral y familiar).
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicadores de analistas, subjetivos realizados. ▶ Conductas asociadas a él. ▶ Magnitud del cambio que se le pide/ que él pide realizar.
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Intervención psicoterapéutica, Centro de día, Piso de apoyo al tratamiento, Comunidad terapéutica y otros. ▶ ¿Actividades?: Tareas cognitivas y Tareas conductuales, ▶ ¿Materiales?: Lenguaje, Reflexiones, Autorregistros de contingencias ▶ ¿Frecuencia?: 1 vez cada 15-20 días, Esporádico, Cuando es necesario ▶ ¿Con qué objetivos?: Seguimiento y trabajo sobre avance paso a paso, Incidencia de aspectos poco conscientes que bloquean su estabilidad emocional o su evaluación en el tratamiento, Si la dinámica o actitudes de la familia no sabe cómo controlar o crean conflicto propongo pautas alternativas.
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Feed-back del paciente. ▶ Feed-back de la familia (validar el feed-back del paciente). ▶ Cambios conductuales reales y efectivos. ▶ Autocontrol en situaciones de riesgo. ▶ Estabilidad emocional y/o equilibrio en la consecución de objetivos según etapa. ▶ Del ciclo vital: mejoría de relaciones con su entorno, familia, pareja, sociales, etc.
MEDIDAS POSTRATAMIENTO	<p>(De la evaluaciones periódicas que a nivel individual y en equipo se lleven a cabo).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Idem 1-2-3 hacia la autonomía del paciente (sin huidas) ▶ Idem 3 Manejo de situaciones de riesgo y qué hacer caso de algún error. ▶ Cambio en dinámica patológica familiar.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

PSICOLOGO 4	
DEMANDA DEL PACIENTE	
OTROS PROBLEMAS	
PRUEBAS DE EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Historia psicosocial en función de la procedencia. Historia social comunitaria, Entrevista clínica, Análisis funcional de la conducta, ISRA, cuestionario de Motivaciones, Entrevista estructurada de Alcoholismo, Test de Alcoholismo, 16PF, Cuestionario de fumar, ETC. ▶ ¿Objetivos de las pruebas?: ▶ ¿Procedimiento de aplicación?
RESULTADOS	
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	
ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A nivel fisiológico: Conducta de búsqueda, Reacciones fisiológicas, Problemas fisiológicos derivados del consumo. ▶ A nivel cognitivo: expectativas, Pensamientos, Autoimagen, ▶ A nivel emocional: Sentimientos durante la búsqueda, irritabilidad, inquietud), Autoevaluaciones (antes y después del consumo) ▶ A nivel conductual (motor): Tipo de droga, Forma de consumo, Antigüedad, gasto, forma de búsqueda, etc.
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: Superar el Síndrome de Abstinencia, Dejar de consumir, Normalización y de su entorno, Eliminar contacto con el mundo de la droga. ▶ A medio y largo plazo: Modificar el estilo de vida, Mejora en los déficits más relevantes, Prevención de recaídas, Integración socio-comunitaria.
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tasa y tipo de consumo. ▶ Nivel de participación e integración laboral. ▶ Comunicación y manipulación de familia y entorno próximo. ▶ Utilización de recursos comunitarios.
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Modificación de conducta, Relajación, Autorregistros, Desensibilización Sistemática, Modificación estilo de vida, Terapia de reestructuración cognitiva, Control de estímulos, Extinción encubierta, Detención de pensamiento, Sensibilización encubierta. ▶ ¿Actividades? ▶ ¿Materiales? ▶ ¿Frecuencia? ▶ ¿Con qué objetivos?
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	
MEDIDAS POSTRATAMIENTO	

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

	PSICOLOGO 5
DEMANDA DEL PACIENTE	Desintoxicación
OTROS PROBLEMAS	1 ▶ Comunicación familiar. 2 ▶ Trastornos psicológicos (agresividad, personalidad, etc).
PRUEBAS DE EVALUACION	▶ ¿Cuales?: Modelo de evaluación conductual psicosocial, Balance decisional, Cuestionario para valorar seguridad en situaciones de riesgo, Inventario de procesos de cambio. ▶ ¿Objetivos de las pruebas?: Detectar las conductas problema y valorar los factores que mantienen estas conductas con el sujeto y su familia, Valorar fase del proceso (según modelo de Prochaska) del sujeto y la familia, Definir los episodios desencadenantes del consumo (sujeto y familia), Valorar procesos que utiliza el sujeto frente a su problema y su familia. ▶ ¿Procedimiento de aplicación?
RESULTADOS	▶ Muy condicionados por la parcialidad de las informaciones ▶ Muy limitadas por las manipulaciones del sujeto. ▶ Serias dificultades de adherencia.
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	1 ▶ Problemas de estructura, organización y comunicación familiar. 2 ▶ Problemas psicológicos de distinta naturaleza (sociopatía, medio social empobrecido).
ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	▶ A nivel fisiológico: Variables relacionadas con HIV, Hepatitis, Problemas cardíacos ▶ A nivel cognitivo: Problemas relacionados con la memoria, Habilidades de relación social, Baja tolerancia a la frustración. ▶ A nivel emocional: Alto nivel de ansiedad ▶ A nivel conductual (motor): Pasividad, conductual, Inestabilidad conductual.
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	▶ Inmediatos: Detectar con claridad la problemática conductual del sujeto y los recursos disponibles a nivel personal y redes de apoyo. Porque me permite orientar y estructurar el desarrollo de la fase interventiva. ▶ A medio y largo plazo: Abstinencia de drogas. Porque ambos permiten el acceso a otros tipos de objetivos.
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	▶ Asunción de las normas del centro. ▶ Desintoxicación. ▶ Definición de roles terapeuta-paciente.
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	▶ ¿Cuales?: Entrevista conductual, Cuestionario de proceso de cambio, Inventario de balance decisional, Entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de situaciones, mejora de relaciones interpersonales, Técnicas de reducción de ansiedad, Reestructuración cognitiva, modificación de expectativas, Técnicas de autocontrol, Relajación ▶ ¿Actividades?: Cambio de roles, Autorregistros, Imaginación positiva. ▶ ¿Materiales?: Papel y lápiz, Autorregistros, registros, Hojas de inventario ▶ ¿Frecuencia?: Mensual ▶ ¿Con qué objetivos?: Identificar factores determinantes del problema, Detección de utilización de procesos de cambio, Evaluación del deseo.
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	▶ Adherencia al tratamiento, cumplimiento de acuerdos, controles toxicológicos, cambio de estilo de vida, planificación de la misma, facilitación de las relaciones interpersonales. ▶ Realismo y toma de conciencia de las situaciones problemáticas y de riesgo, estilo de vida, control de las situaciones generadoras de ansiedad interpersonal y de problemáticas interpersonales.
MEDIDAS POSTRATAMIENTO	(De la evaluaciones periódicas que a nivel individual y en equipo se lleven a cabo). ▶ Conocimiento de situaciones de riesgo. ▶ Aumento de eficacia personal. ▶ Mejorar relaciones familiares. ▶ Integración sociolaboral. ▶ Situación legal

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

	PSICOLOGO 6
DEMANDA DEL PACIENTE	Al estar ya la demanda reconvertida al psicólogo le suele llegar el paciente sabiendo que realmente tiene que trabajar en un programa.
OTROS PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ Baja autoestima. 2 ▶ Inseguridad. 3 ▶ Desestructuración familiar. 4 ▶ Marginación social, laboral, etc.
PRUEBLAS DE EVALUACION	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Entrevista individual, familiar, Entrevista individual y familiar ▶ ¿Objetivos de las pruebas?: Obtener información veraz y objetiva, No contar solamente con los datos que el paciente y la familia proporcionan. ▶ ¿Procedimiento de aplicación?: Preguntas.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organización familiar, asunción de roles, expectativas ante el tratamiento, ideas irracionales acerca del tratamiento. ▶ Minimización del problema toxicológico, expectativas falsas en cuanto al tratamiento.
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> 1 ▶ Sociopatía 2 ▶ síndrome de ansiedad 3 ▶ depresión.
ESQUEMA PSICOPATOLOGICO	
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmediatos: Desintoxicación, Aceptación de normas, Manejo de normas de educación y convivencia, Porque son imprescindibles ya que sin estas no se puede seguir adelante. ▶ A medio y largo plazo: Mantenimiento de la abstinencia, Ingreso en programas educativos, metadona, empleo, etc. Porque todo ello va encaminado a conseguir una buena reinserción social.
MEDIDAS PRETRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ¿Cuales?: Terapia de familia, Terapia individual, Seguimiento. ▶ ¿Actividades?: Reuniones familiares, se trata de que acudan la mayor parte de la familia, Reuniones con el paciente sólo, aunque el paciente este incluido en mi programa educativo es citado para continuar la psicoterapia. ▶ ¿Materiales? ▶ ¿Frecuencia?: 10-12 días, 10-12 días, 1 vez al mes. ▶ ¿Con qué objetivos?: (remite a objetivos anteriores).
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Citas dadas con periodicidad de un mes.
MEDIDAS POSTRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> (De la evaluaciones periódicas que a nivel individual y en equipo se lleven a cabo). ▶ Llamadas al paciente o bien citas previas con intervalos de 2 meses o 2 meses y medio.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

	PSICOLOGO 7
DEMANDA DEL PACIENTE	<p>(Identificada por el TS tras aplicar el programa de Acogida): Como ya ha terminado el programa de Acogida, la demanda ya no es como se pudo presentar en el primer contacto con el Centro. La demanda entonces es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - general, pero clara: dejar la droga contando con las ayudas necesarias, - precisa de un programa o programas en sucesión: Desintoxicación, Mantenimiento con metadona, Psicoterapia, Comunidad Terapéutica.
OTROS PROBLEMAS	<p>(No los doy ordenados según frecuencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para el análisis de la propia conducta - Numerosas ideaciones "irracionales", como: respecto de la droga (es imposible no recaer, no se puede impedir el consumo cuando "se cruzan los cables", el síndrome de abstinencia es insoportable, el único problema es el síndrome de abstinencia. - respecto del consumidor: después de mucho tiempo de consumo no se puede hacer más que buscar soluciones paliativas, encontrar trabajo resolvería el problema, si su familia cambiara, él dejaría de consumir, la desintoxicación es lo único que necesita, salir de su medio actual sería la solución. - Escasa autoestima, con frecuencia sobrecompensada con cierto "matonismo" - Relaciones familiares conflictivas que, según los casos, suelen ser: superimplicación de un miembro de la familia y otro(s) periférico(s), relaciones interpersonales contradictorias o caóticas, otros miembros consumidores, pobreza en la calidad de las relaciones, compulsión por parte de la familia para que se someta a tratamiento - Escasa cultura, no tanto en el sentido académico cuanto por el desinterés hacia asuntos que trasciendan las inmediatas preocupaciones cotidianas. Esta carencia afecta tanto al consumidor como a su medio más inmediato, Medio ambiente de marginalidad. - En ocasiones se presentan patologías nosiológicamente más definidas, como: depresión, sobre todo tras la desintoxicación, fenómenos de tipo esquizoitrénico.

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

<p>PRUEBLAS DE EVALUACION</p>	<p>Antes de responder, tengo que precisar que la evaluación, tal como la concibo, no es una actividad <u>previa</u> a la intervención terapéutica, sino que es un instrumento de la misma. Eso quiere decir que cualquier evaluación adquiere su sentido en el contexto de la intervención, y que por tanto no tiene como único -y frecuentemente ni principal- objetivo <u>conocer</u> determinados aspectos de la conducta, sino organizar y dar sentido a la relación terapéutica. Eso quiere decir que la evaluación lo es de las <u>situaciones</u> más que de las personas (o de las personas en esta situación concreta, si se prefiere).</p> <p>- ¿Cuales?</p> <p>1. Fundamentalmente la <u>entrevista</u>. Se pueden distinguir: Entrevista inicial: supone el trabajo previo de la TS, por lo que no es una entrevista de información, sino de preparación del trabajo terapéutico. Objetivos: determinar con claridad el alcance de la demanda, clarificar las expectativas reales sobre la terapia, analizar los intentos anteriores de solucionar el problema y entender los motivos del fracaso, saber qué personas van a intervenir: con qué grado de implicación, con qué capacidad de actuación, con qué funciones, motivar a todos los que puedan intervenir en el proceso para que lo hagan de forma efectiva. Ni que decir tiene que no se trata de una sola entrevista. Su número varía según las condiciones concretas de cada caso.</p> <p>Procedimiento de aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la primera convocatoria la hace la trabajadora social, por lo que las personas que acuden son las que ella haya decidido de acuerdo con las circunstancias del momento - las posteriores se hacen según evolucione la relación: se convocan o no a más miembros de la familia, se decide la frecuencia de las sesiones, se organiza el orden de los asuntos, - Entrevista terapéutica: tengo en cuenta aquí solamente los aspectos de evaluación. <p>Objetivos: revisar los acuerdos que se adoptaron en la sesión anterior, verificar grado de cumplimiento, analizar las dificultades encontradas para cumplirlos, conocer la situación y ver si se han producido cambios (deseados o indeseables), tanto si ha habido cambios como si no, averiguar cómo interpretan esa situación, estudiar juntos posibilidades de otros cambios convenientes</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Objetivos de las pruebas? - ¿Procedimiento de aplicación? <p>En una sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - convocatoria de las personas implicadas en los acuerdos - discusión de: finalidad del acuerdo, tareas de cada uno, dificultades para llevarlo a cabo, modo de resolverlas. <p>En la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revisión, del cumplimiento, de las dificultades, replanteamiento, de los mismos acuerdos, de otros nuevos. <p>2. Pruebas de evaluación normalizadas (de personalidad, inteligencia, aptitudes...): las utilizo en el contexto terapéutico y no como evaluación previa, cuando existen problemas de autoimagen o la familia ha asignado determinadas características al paciente que hacen difícil el cambio; también cuando el cliente encuentra excesiva dificultad en expresarse (hablando de lo que siente o de cómo se ve a sí mismo)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorecer que elabore una imagen de sí mismo no anclada en el pasado - estimular capacidades y habilidades no ejercidas hasta el momento - facilitar que el cliente asuma el protagonismo de su proceso - en consecuencia, crear un contexto que permita e induzca a cambios verdaderamente significativos - encauzar la intervención con la familia rompiendo "clichés" petrificantes <p>Procedimiento de aplicación:</p> <p>Los indicadores para cada prueba. Obviamente, siempre les comento los resultados.</p>
<p>RESULTADOS</p>	<p>Deberían coincidir con los objetivos. No siempre es así. Las dificultades más habituales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relaciones familiares construidas muy en dependencia del consumo - falta de implicación en el proceso terapéutico, generalmente porque es la familia quien fuerza el que el consumidor se ponga en tratamiento - rechazo del consumidor (muy frecuentemente porque "esta familia no se merece esto") - relaciones del cliente con su medio de gran dependencia - procesos de consumo muy largos, con una historia de marginalidad importante y gran pobreza cultural (en el sentido más amplio) <p>Evidentemente, hablo de dificultades, no de imposibilidad de intervención, que en estos casos suele terminar centrándose en aspectos muy concretos de la vida cotidiana buscando cambios más limitados.</p>
<p>CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS</p>	<p>(Más frecuentes)</p> <p>Pienso que ya está contestado en el apartado de "problemas identificados": los problemas identificados lo son en la relación cliente-terapeuta, que se organiza fundamentalmente en las entrevistas; así que coincidirían las conclusiones diagnósticas y los problemas detectados.</p>

EVALUACION DE LA INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS

<p>ESQUEMA PSICOPATOLOGICO</p>	<p>► A nivel fisiológico: las patologías más frecuentes son las asociadas con los hábitos de consumo: patologías oportunistas asociadas a la inmunodeficiencia: candidiasis, neumonía, tuberculosis, etc., hepatitis víricas (B y C), lesiones por extrapunción, endocarditis bacteriana (menos frecuente), no son raras lesiones debidas al estilo de vida (accidentes, peleas...)</p> <p>► A nivel cognitivo: de entrada he de advertir que no considero lo "cognitivo" y lo "emocional" como dos niveles, ni siquiera como dos aspectos que se diferencien <u>de hecho</u> y, aunque se diferencien son dos aspectos de un mismo fenómeno. En la mayor parte de los casos es una diferenciación del observador que es quien puede tener la necesidad de hacerla. Así que lo que digo a continuación tiene carácter metodológico. Las conductas patológicas más frecuentes son: convicción de que pueden superar el problema sin ayuda (sobre todo se observa cuando no lleva mucho tiempo de consumo). Asociada en muchos casos a la idea de diferencia respecto a los demás: atribución de causalidad a la situación familiar o social, incongruencia entre la necesidad de ayuda y las exigencias sobre cómo ha de ser ésta (piden "más de lo mismo", a pesar de fracasos anteriores), descalificación de la familia como capaz de ayuda eficaz, atribución de poder "curativo" a la desintoxicación o a los recursos laborales.</p> <p>► A nivel emocional: ambivalencia autostima desmesurada-sentimiento de fracaso total, alta ansiedad, relaciones familiares contradictorias o caóticas, con la consiguiente tensión, inmadurez afectiva: exigencia de atención apoyo incondicional, tanto por parte de la familia de origen como de la elección, estados depresivos, más frecuentemente de tipo reactivo al abandono de la droga, y también como correlato de la "crisis de conciencia" (se dan cuenta de cómo ha sido su vida hasta ahora) que llega con la abstinencia, sentimientos de culpa no asimilados, que no favorecen el cambio, sino que lo impiden.</p> <p>► A nivel conductual (motor):</p>
<p>OBJETIVOS TERAPEUTICOS</p>	<p>► Inmediatos: abstinencia, porque es el síntoma-guía, el objeto inicial más frecuente de la demanda y porque mientras no se alcance difícilmente se pueden plantear otros objetivos. En ocasiones se llega a una abstinencia "de transacción" con la metadona, cierta normalización de las relaciones familiares, en el sentido de pactar y acatar normas, centradas sobre todo en cumplimiento de horarios, actividades dentro de la casa: ayuda en las tareas comunes, dedicación a comunicarse adecuadamente con los demás, etc., actividades fuera de la casa: trabajo, relaciones con otras personas (no consumidores), etc., la realización de lo dicho en el punto anterior.</p> <p>► A medio y largo plazo: relaciones familiares: cambio en cuanto a la madurez y a la independencia. En concreto: independencia de la familia de origen, si esto no es posible por razones económicas, de salud (de uno o de otros), cooperación en las tareas y obligaciones de la casa, respeto a la forma de pensar de los demás, capacidad de expresar opiniones sin agresividad y de forma constructiva, saber escuchar a los demás, familia de elección: los objetivos generales son los mismos que si vive con la familia de origen, añadiendo otros, como relaciones sexuales satisfactorias para los dos, atención compartida de los hijos, actividades de ocio decididas de mutuo acuerdo (sean compartidas o no), relaciones sociales: adquisición de habilidades sociales, no relacionarse con consumidores, salvo si es imprescindible, relaciones laborales: dedicarse a un trabajo estable, si ello no ha sido posible, aprendizaje de técnicas de búsqueda de empleo, contacto con los facilitadores de la búsqueda, ocupación del tiempo.</p>
<p>MEDIDAS PRETRATAMIENTO</p>	
<p>PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS</p>	
<p>MEDIDAS DE SEGUIMIENTO</p>	
<p>MEDIDAS POSTRATAMIENTO</p>	