

## Evaluación del programa de atención a familias de drogodependientes en proceso de rehabilitación

Belén Aragonés Pastor, Amalia Calvo Ríos, María Cristina Fernández Coll,  
Estrella Fátima Rueda Aguilar, Félix Rueda López,  
Arantza Yubero Fernández y José Luis Sancho Acero

Asociación Proyecto Hombre

Recibido: 11/02/2011 · Aceptado: 28/11/2011

### Resumen

Este artículo resume el trabajo de evaluación de los programas de atención a familias de Proyecto Hombre en España, realizado por una comisión interna durante 2010 (Yubero et al, 2010). Responde a un modelo participativo, en el que fueron implicados diferentes agentes (*profesionales, familias y personas en tratamiento*). Los criterios seleccionados para la evaluación fueron: eficacia, pertinencia, cobertura, impacto, visibilidad y eficiencia. Los principales resultados muestran que los programas de atención a familias de Proyecto Hombre son eficaces y pertinentes, ya que se confirma el cumplimiento de los objetivos establecidos, aunque encontramos aspectos susceptibles de mejora. Se ponen de manifiesto algunas dificultades a la hora de dar respuesta a las demandas de atención de las familias (el 30% de los programas tienen plaza para 3 de cada 4 familias) y de potenciar aspectos relacionados con la visibilidad de los tratamientos a familias. Además, se observa cierta diversidad en cuanto a los recursos disponibles dependiendo del programa de atención a familias de que se trate, aunque el 30,7% de los profesionales valora los recursos humanos como nada/poco suficientes. Resaltar que los programas de atención a familias de Proyecto Hombre atienden a las prioridades y necesidades planteadas por las familias de los drogodependientes, siendo recogidas éstas en el plan de intervención de los usuarios según el 87,6% de los profesionales. Por último, se plantean recomendaciones para las cuestiones analizadas en la evaluación.

### Palabras Clave

Familia, evaluación, adicción, tratamiento, drogodependiente.

— Correspondencia a: —  
Estrella F. Rueda Aguilar  
Proyecto Hombre Sevilla  
C/Virgen del Patrocinio, nº 2  
41010 Sevilla  
Email: ces@phsevilla.org



### **Abstract**

This article summarizes the work for the evaluation of the Proyecto Hombre Family Support Programs in Spain, done by an internal commission in 2010. It was carried out under a participatory model, where the different agents (staff, families and persons undergoing treatment) were involved. The criteria selected for this evaluation were: effectiveness, relevance, coverage, impact, visibility and efficiency. The main results show that the Proyecto Hombre Family Support Programs are effective, since the planned objectives were fulfilled, although some potential room for improvement was detected. Some difficulties were found in responding to the demands of family care and in enhancing aspects involving the visibility of family treatments. There is also some diversity in terms of available resources, depending on the Family Support Programs in question. It should be stressed that care programs for Proyecto Hombre families address the priorities and needs expressed by families of drug addicts. Finally, some recommendations for the issues analyzed in this evaluation are made.

### **Key Words**

Family, evaluation, addiction, treatment, drug addict.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el documento "La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia" (2004), afirma que: "Las familias y las redes sociales fuertes y capaces de prestar apoyo tienen efectos positivos en la salud de todos los miembros de la familia".

A este respecto, el Nacional Institute on Drug Abuse (NIDA) postula en "Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide" (2009): "Familiares y amigos pueden jugar un papel fundamental en la motivación de las personas con problemas de drogas a iniciar y permanecer en tratamiento. La intervención de

un miembro de su familia o sus familiares en el programa de tratamiento de un individuo puede reforzar y ampliar los beneficios del tratamiento".

La Estrategia del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) 2009-2016 contempla como población diana a la familia, explicitando que debe considerarse un sector susceptible de dinamización en beneficio de toda la sociedad. En ella se resalta la necesidad de trabajar con "las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes" como "población diana objeto de la intervención" en el ámbito asistencial y de la integración social.

En Proyecto Hombre (PH), la atención y el apoyo a familias de drogodependientes



han sido rasgos identificativos del método de intervención de los programas de prevención y tratamiento. PH ha definido, a lo largo de los años, una visión propia y una manera particular de enfocar el trabajo con las familias de drogodependientes, que nace del concepto de persona, y por extensión de familia, presente en la filosofía y valores de nuestra institución.

Desde que en el año 2000 la Asociación Proyecto Hombre (APH) decidió iniciar procesos de evaluación de sus programas de tratamiento como objetivo principal dentro de su Plan Estratégico, se han realizado evaluaciones de algunos programas de tratamiento (Menéndez et al, 2004; Molina y Rueda, 2005; Rueda y Molina, 2005; Yubero et al, 2006a; Yubero et al, 2006b; Yubero et al, 2007a; Yubero et al, 2007b; Menéndez y Yubero, 2008; Yubero et al, 2009, Yubero et al, 2010), y fruto de esta iniciativa hoy planteamos la evaluación del programa de atención a familias de drogodependientes, financiada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Delegación del Gobierno para el PNSD. En este artículo se presenta un resumen del informe realizado por la Comisión de Evaluación de la APH (Yubero et al, 2010).

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

De acuerdo con la clasificación ofrecida por Alvira (1991), se ha realizado una evaluación de tipo formativo e interna, y tanto de proceso como de resultados. Se apostó por una evaluación interna participativa por sus ventajas: menor distancia entre evaluadores y beneficiarios, posibilidad de tratar las resistencias personales e institucionales, reducción de sesgos metodológicos y de interpretación

de los resultados, aumento en las opciones de implementación de las recomendaciones y la generación paulatina de una cultura evaluativa en la organización. Los criterios de evaluación utilizados fueron eficacia, pertinencia, cobertura, impacto, visibilidad y eficiencia según la definición de la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica-SECIPI (1998) y Alvira (1991).

La muestra ha estado compuesta por 172 profesionales, 21 Presidentes y 564 familiares, de 23 centros pertenecientes a la APH.

En cuanto a los profesionales que han participado en la evaluación, el 70,5% eran contratados (58,2% mujeres y 41,8% hombres) y el 29,5% no contratados o voluntarios (71,8% mujeres y 28,2% hombres). La edad media de los profesionales contratados fue de 37,9 años (mínimo: 25 y máximo: 57) y de los profesionales no contratados 50,4 años (mínimo: 24 y máximo 75). Además los profesionales contratados llevaban una media de 6,4 años trabajando y los profesionales no contratados 5,2 años. En cuanto al nivel de estudios, el 34,5% de los profesionales contratados eran diplomados (41,4% educadores sociales y 27,5% trabajadores sociales) y el 53,5% licenciados (82,2% psicólogos); y el 31,8% de profesionales no contratados eran licenciados, el 27,2% diplomados y un 36,5% tenían un nivel de bachillerato.

En relación a las familias, los parentescos con la persona en tratamiento fueron: 57,5% progenitores, 23,7% parejas, 11,5% hermanos y 7,3% otros. En cada una de las categorías de parentesco, la representación de mujeres fue superior, representando éstas el 79,2% del total de la muestra.



Para la recopilación de información, se elaboraron cuestionarios de aplicación colectiva contruidos *ad hoc* para los distintos participantes en esta evaluación, compuestos por preguntas, tanto abiertas como cerradas, de respuestas dicotómicas y tipo Likert, y variables tanto cualitativas como cuantitativas. Además, se utilizaron los siguientes cuestionarios validados:

- Escala de Clima Social Familiar (FES) de Moos, Moos y Tricket (adaptada por Fernández-Ballesteros y Sierra, 1984).
- Escala de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales de García y Magaz (1999).
- Cuestionario de Percepción del Tratamiento de Marsden et al. (1998).
- Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento de Larsen et al. (1989).

Los análisis estadísticos se han realizado con el programa SPSS (versión 15.0). Se ha efectuado un análisis descriptivo de cada una de las variables respondiendo a los indicadores establecidos y se han analizado las diferencias entre grupos utilizando la prueba  $\chi^2$ , la t de Student y el ANOVA, con un nivel de confianza del 95%.

### 3. RESULTADOS

Los resultados de la evaluación se exponen en función de los criterios utilizados.

#### 3.1. Eficacia

A continuación se detallan los resultados en función de los objetivos evaluados en los profesionales y en las familias.

#### 3.1.1. Objetivos de los profesionales

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

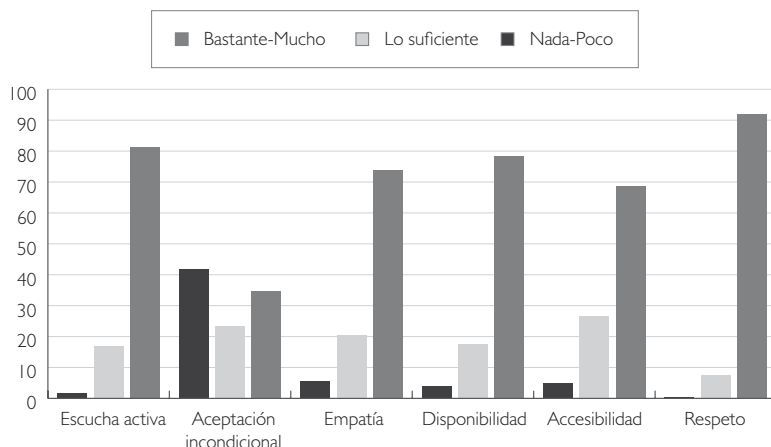
Según los profesionales, un 65,1% de las familias logra una buena o muy buena vinculación con el tratamiento y un 28,4% valora su vinculación como la mínima necesaria para acompañar el proceso de la persona en tratamiento. Por su parte, el 84% de las familias manifiesta haber establecido un buen o muy buen vínculo con el profesional, el 79,8% informa de la existencia de un vínculo bueno o muy bueno con el grupo de referencia y el 87,5% indica que su grado de implicación en el proceso del usuario es bueno o muy bueno. Las familias valoran positivamente el estilo relacional de los profesionales, especialmente el respeto que muestran hacia ellos, la escucha y la disponibilidad, a pesar de que un porcentaje considerable (41,9%) no se siente aceptado incondicionalmente (ver Gráfico 1).

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

Según los directores, sólo en un 48,3% de los programas se ha establecido un protocolo para el diagnóstico del funcionamiento y de la dinámica familiar; aunque en el 65,5% de los centros existen registros para recoger esta información. El 93,1% de los profesionales manifiesta que se proporcionan pautas para el reajuste de la dinámica familiar; dato que concuerda con el indicado por las familias, ya que un 93,8% indicó que se le había proporcionado pautas y orientaciones a seguir.



**Gráfico I.** Valoración de las familias del estilo relacional de los profesionales



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

El 86% de los profesionales y el 86,4% de los familiares afirman que en el plan de tratamiento de los usuarios constan los objetivos de trabajo con la familia. El 84% de profesionales indica que estos objetivos se revisan periódicamente, aunque sólo un 44,8% de los programas utiliza un sistema de evaluación continua.

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

El 89,7% de los profesionales señala que se facilita la toma de conciencia de los problemas existentes en el núcleo familiar a través de intervenciones individuales y grupales. De la escala de Conflicto Familiar del Cuestionario de FES se desprende:

- No existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de conflictividad familiar cuando se analiza en función del parentesco con el usuario, aunque se observa una mayor tendencia a vivir conflictos cuando el familiar es la pareja.
- Existe menor nivel de conflictividad en las familias que han logrado mejorar su comunicación totalmente ( $F=1,522$ ;  $p<0,05$ ) y que han mejorado totalmente en el manejo de límites y normas ( $F=4,926$ ;  $p<0,01$ ).
- Existe mayor nivel de conflicto en las familias que indican no haber mejorado en la adquisición habilidades de negociación ( $F=7,492$ ;  $p<0,01$ ) y no haber mejorado su capacidad de gestionar emociones ( $F=6,264$ ;  $p<0,01$ ).

Algunas de las variables analizadas en relación al conflicto familiar aparecen entre



las principales resistencias que, según los profesionales, presentan las familias a la hora de identificar los problemas existentes, tales como negación del problema (22,1%), dificultades para verse parte del problema (19,2%), dificultades para establecer límites (14%), exceso de proteccionismo (12,2%), falta de habilidades de comunicación y negociación (11%), falta de implicación (11%), etc.

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

El 89,7% de directores indica que con las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo, se logran identificar la responsabilidad de cada miembro de la familia en los problemas de convivencia. El 39,5% de los profesionales considera que los familiares logran bastante o mucho identificar sus responsabilidades y el 42,5% piensa que se logra en la medida justa. Por su parte, el 83,3% de los familiares se siente bastante o muy apoyado en el proceso de identificación de sus responsabilidades.

**Objetivo 6. Apoyar el ajuste de los roles familiares.**

El 82,8% de los directores indica que existen intervenciones individuales y grupales para ajustar los roles dentro de la familia y el 82,7% de los familiares se siente bastante o muy apoyado en el ajuste de sus funciones.

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

El 86,2% de los directores apunta que existen intervenciones individuales y/o grupales para acompañar a la familia en la identifica-

ción de la propia dinámica de su familia y el 84,2% de los familiares se siente bastante o muy orientado y acompañado en la identificación de su funcionamiento familiar.

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

Según los profesionales, las familias reciben suficiente información sobre los objetivos del tratamiento en el 98,2% de los casos, sobre la metodología en el 89,3% de los casos, sobre los profesionales de referencia en el 97% de los casos y sobre la duración estimada del proceso en el 91,7% de los casos. El 96,6% de los directores afirma que existen actividades programadas para facilitar a las familias dicha información. Según las familias, el 79% ha recibido información suficiente sobre el funcionamiento del programa (el 87,3% sobre las normas del centro, el 83,4% sobre los horarios de las actividades programadas y el 64,4% sobre la duración estimada del proceso). Con relación a los datos de contacto del centro para la resolución de dudas u otras consultas, el 64,2% de las familias considera haber sido informado sólo parcialmente y el resto dice no haber sido informado. En cuanto a las pautas de actuación que los familiares deben seguir, el 93,1% de los directores afirma que existen intervenciones individuales y grupales para orientar a las familias, el 56,8% de los profesionales opinan que son bastantes o muy suficientes y el 80% de familiares piensa que la información sobre las pautas de actuación es totalmente suficiente.



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

Sólo un 57,7% de los programas incluye en el consentimiento informado la opción de facilitar a las familias información sobre el proceso de usuarios, cuestión que parece no plantear ningún problema ya que cuando se incluye es admitida por el 97,42% de los usuarios. Los profesionales consideran que en el 66,8% de los casos se proporciona bastante o mucha información a los familiares sobre el proceso del usuario. Una percepción similar tienen los familiares, ya que un 66,2% cree que recibe información suficiente al respecto.

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

En el 89,3% de los programas existen actividades destinadas a la formación de las familias en el acompañamiento del proceso terapéutico de los usuarios (ver Tabla 1). Se aprecia que las actividades que cuentan con mayor participación de los familiares son: grupo de comunicación, entrevista familiar, grupo familiar, seminario y grupo de pareja. Respecto a la formación dirigida a las familias, el 57,8% piensa que es bastante o muy adecuada y el 32,7% que es suficiente. Las principales necesidades formativas no cubiertas en las familias se relacionan con

**Tabla 1.** Actividades programadas y participación de las familias según los profesionales.

	Nada-Poco	Lo suficiente	Bastante-Mucho
Grupo de comunicación	5,5%	17,6%	75,2%
Entrevista familiar	4,2%	23,6%	71%
Grupo familiar	3,1%	29,9%	64,6%
Seminario	12,1%	20%	62,4%
Grupo de pareja	2,5%	32,5%	61,9%
Grupo de autoayuda	20,1%	18,3%	54,2%
Genograma	17,2%	17,2%	51%
Anamnesis o historia familiar	13,4%	21,2%	46,8%
Grupo multifamiliar	3,3%	26,4%	45,8%
Asambleas	24,8%	16,8%	32,3%
Convivencias familias-usuarios	16,8%	16,1%	31,1%
Contratos de conducta	18,2%	20,8%	27,2%
Convivencias para familias	20,6%	17,5%	22,5%
Escuela de padres y madres	20,1%	18,8%	22,1%



la adquisición de habilidades sociales y de comunicación, el aprendizaje de estrategias de negociación, la gestión emocional, el manejo de contingencias y la farmacología de las adicciones.

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

El 96,3% de los directores afirma que existen actividades destinadas a fomentar la comunicación afectiva entre los miembros de la familia, encontrando que más del 95% de los familiares opina haber mejorado parcial o totalmente la comunicación. Esta mejora se produce en un mayor porcentaje de familias de fases más avanzadas del tratamiento ( $\chi^2=10,112$ ;  $p<0,05$ ). El 57,3% de profesionales piensa que cambian el estilo comunicacional entre el 50%-75% de familias y el 58,4% considera que aprende nuevas habilidades comunicativas entre el 50%-75% de las mismas.

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

Solamente el 29,6% de los directores indica que existe una metodología documentada sobre el diagnóstico y evaluación de las habilidades de resolución de conflictos en su programa; y el 34,6% afirma que existe una metodología documentada de actividades que ayudan a las familias a adquirir habilidades. A este respecto, el 51,4% de los profesionales opina que se favorece bastante o mucho la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos y el 63,3% de los familiares señala que se realizan actividades suficientes para ayudarles en la adquisición

y/o mejora de estas habilidades. Las familias consideran en un 66,2% que han trabajado bastante o mucho estas habilidades, porcentaje que aumenta en la última fase de tratamiento ( $\chi^2=17,591$ ;  $p<0,001$ ). Respecto a las habilidades para mejorar la comunicación familiar, el 72,1% de familiares piensa haberlas trabajado bastante o mucho, sobre todo si están en la última fase del tratamiento ( $\chi^2=12,281$ ;  $p<0,05$ ).

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

Según el 62,9% de los profesionales, se emprenden bastantes o muchas acciones dirigidas a desdramatizar y redimensionar el problema. El 69,8% de los familiares considera que han tomado bastante o mucha conciencia de la existencia de otras problemáticas en la familia.

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

El 74,1% de los directores afirma que existen actividades para fomentar el encuentro y la participación entre las familias, los usuarios y los profesionales. Destaca de estas actividades la entrevista conjunta, que según el 88,8% de los familiares han mantenido durante el tratamiento.

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

El 81,2% de los profesionales considera que se genera bastante o mucho un ambiente de autoayuda que permite a la familia expresar





sus vivencias y conflictos, y el 86,7% de los familiares piensa que se promueve dicho ambiente.

**Objetivo 16. Fomentar la comunicación familia-equipo terapéutico.**

Según los profesionales, de los instrumentos principales para la comunicación entre la familias y el equipo terapéutico destaca la entrevista familiar que se mantiene al menos una vez al mes en el 79,6% de los casos, aunque son los profesionales de la primera fase de tratamiento los que indican mantenerlas con más frecuencia ( $\chi^2=8,535$ ;  $p<0,05$ ). Así mismo, el 86,4% de los familiares asegura mantener contacto con el terapeuta de referencia al menos una vez al mes, observándose igualmente mayor frecuencia en la primera fase del tratamiento ( $\chi^2=36,111$ ;  $p<0,000$ ). Además el 64,7% de los profesionales señala que la comunicación entre la familia y el equipo terapéutico es bastante o muy suficiente y el 65,5% sostiene que la comunicación es bastante o muy adecuada. A este respecto, el 74,2% de los familiares consideran que la comunicación con los profesionales es totalmente adecuada, siendo los familiares de la última fase de tratamiento los que la valoran como más adecuada ( $\chi^2=9,966$ ;  $p<0,05$ ).

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

El 89,7% de los directores sostiene que existen intervenciones dirigidas a estimular actividades conjuntas entre las familias y las

personas en tratamiento, el 60% de los profesionales opina que se estimula bastante o mucho la relación familiar con propuestas de actividades conjuntas y el 64,5% de los familiares señala que los profesionales los animan totalmente a realizar dichas actividades.

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

Según los directores, sólo en un 36% de los programas existe una metodología documentada para la valoración de los cambios realizados en la familia aunque el 61,1% de los profesionales afirma que se logra bastante o mucho verificar el grado de integración de dichos cambios. Además, el 82,7% de familiares se siente acompañado en el reajuste de sus funciones, el 83,3% siente que se les apoya en el proceso de identificación de sus responsabilidades, el 84,2% siente que se les orienta y acompaña en la toma de conciencia de la dinámica familiar y el 74,3% afirma que los profesionales les ayudan a asimilar de modo constructivo los cambios.

**Objetivo 19. Favorecer la desvinculación progresiva del programa.**

El 92,3% de directores afirma que se disminuye el tiempo de contacto con el centro en la última fase del programa, asegurando el 85,2% que se reduce el número de actividades programadas para familiares gradualmente. Por su parte, el 53,4% de profesionales considera bastante o muy adecuado el proceso de desvinculación que se hace con las familias y el 38,2% lo considera suficientemente adecuado.



### 3.1.2. Objetivos de las familias.

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

En el 64% de los programas, el 100% de las familias que desean implicarse en el proceso firman el contrato terapéutico y en el 28% lo firman más del 80%. Además, en el 80,8% de los programas evaluados al menos el 75% de las familias participan en alguna de las actividades programadas.

#### **Objetivo 2. Redimensionar su visión sobre la problemática existente.**

Además de los datos indicados en el Objetivo 13 de los profesionales, añadir que los miembros de la familia que han tomado bastante o mucha conciencia de la existencia de otras problemáticas en su familia son los más jóvenes ( $F=3,55$ ;  $p<0,05$ ).

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

El 16,6% de los profesionales señala que en su programa identifican la necesidad de realizar cambios más del 75% de los familiares, el 44,8% indica que identifican dicha necesidad entre el 50%-75% de los familiares y el 38,6% restante opina que la identifican menos del 50% (ver Gráfico 2). En el Gráfico 3 se expone el grado de mejora de los familiares en diferentes habilidades evaluadas por los profesionales. Tanto en el estilo comunicacional como en el manejo de límites y normas, el porcentaje de familiares que aseguran haber mejorado totalmente es mayor a medida que avanza el tratamiento (respectivamente,  $x^2=10,112$ ;

$p<0,05$  y  $x^2=10,808$ ;  $p<0,05$ ). En la comunicación con otros miembros de la familia, los progenitores informan de una mayor mejora que las parejas ( $x^2=16,116$ ;  $p<0,000$ ).

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

El 95,5% de los familiares señala que, desde el inicio del tratamiento, ha disminuido la conflictividad familiar parcial o totalmente (42,7% y 52,8% respectivamente), siendo mayor la disminución a medida que avanza el tratamiento ( $x^2=10,024$ ;  $p<0,05$ ). Los profesionales afirman que en un 34,4% de los programas ha disminuido la conflictividad familiar en más del 75% de familias y en un 49,7% de los programas de tratamiento ha disminuido entre un 50%-75%. El porcentaje de familias que, según los profesionales, han adquirido nuevas habilidades se recoge en el Gráfico 4.

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

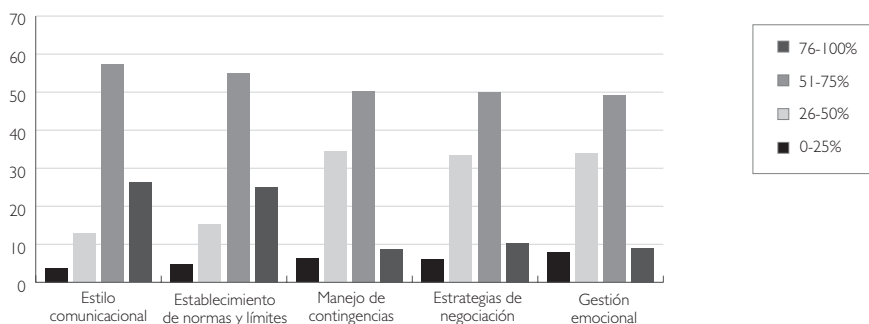
Según el 90,2% de los familiares, los profesionales animan totalmente o parcialmente (64,5% y 25,7% respectivamente) a realizar actividades conjuntas.

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

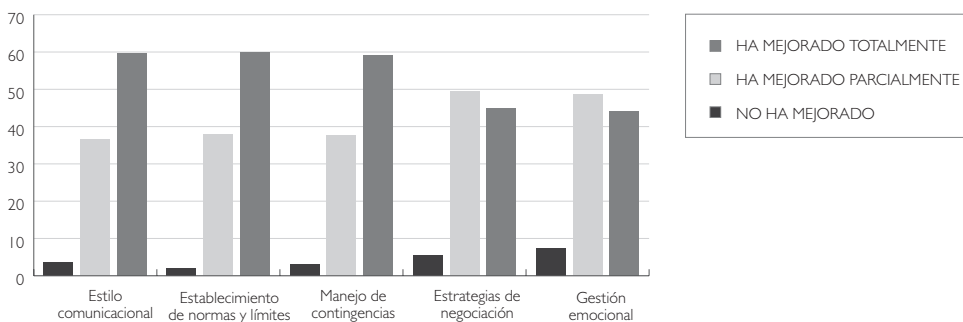
La información sobre el grado de participación de los familiares en las actividades programadas se ha recogido en el Objetivo 10 de los profesionales.



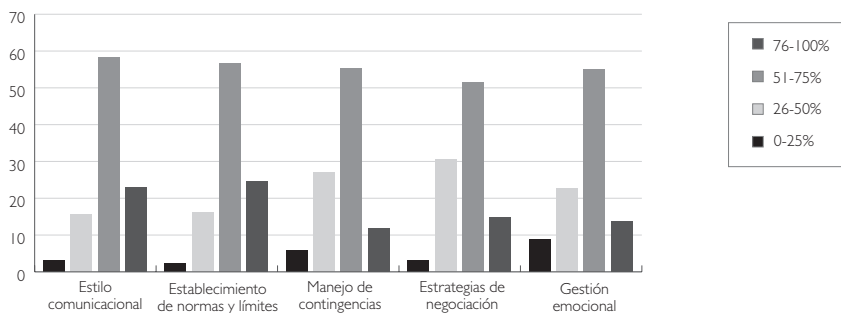
**Gráfico 2.** Familias que indican haber realizado cambios en diferentes variables según los profesionales



**Gráfico 3.** Grado de mejora experimentado por las familias en diferentes habilidades según los profesionales



**Gráfico 4.** Porcentaje de familias que ha adquirido nuevas habilidades según los profesionales





### Objetivo 7. Facilitar el proceso de autonomía del usuario.

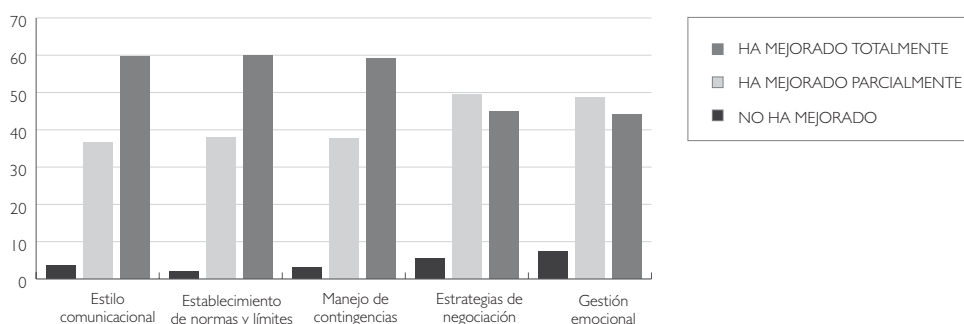
En el 93,1% de los programas se realizan actividades para que las familias aprendan a facilitar la autonomía de los usuarios. En este sentido, el 33,8% de los familiares afirma que favorecen totalmente la toma de decisiones del usuario y el 57,4% lo hace parcialmente, porcentaje que va aumentando a medida que avanza el tratamiento ( $\chi^2=40,290$ ;  $p<0,000$ ). De igual manera, los familiares aseguran que respetan totalmente el ámbito de las relaciones que mantiene el usuario en un 49,5% de los casos, respeto que también va aumentando a medida que avanza el tratamiento ( $\chi^2=27,195$ ;  $p<0,000$ ). Por último, el 48,7% de familiares animan y potencian la independencia del usuario en su totalidad, siendo esta potenciación igualmente más destacable en las últimas fases del tratamiento ( $\chi^2=26,562$ ;  $p<0,000$ ).

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

Ya hemos comentado en el Objetivo 4 los resultados referentes a la reducción de la conflictividad familiar, siendo esta disminución más notoria en las últimas fases de tratamiento ( $\chi^2=10,024$ ;  $p<0,05$ ). Respecto a las estrategias de afrontamiento funcional de los conflictos, más del 75% de los familiares indica haberlas mejorado parcial o totalmente (ver Gráfico 5). Resaltar también que:

- El porcentaje de familias que aseguran haber mejorado totalmente la comunicación con el usuario es mayor a medida que avanza el tratamiento ( $\chi^2=10,112$ ;  $p<0,05$ ).
- Los progenitores informan en mayor porcentaje de una mejora total en la comunicación que las parejas ( $\chi^2=16,116$ ;  $p<0,000$ ).
- Las familias informan de una mayor mejora en el manejo de límites y normas a medi-

Gráfico 5. Porcentaje de familias que han mejorado en estrategias para afrontar los conflictos según las familias





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

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

Según los familiares, el estilo comunicacional entre las personas en tratamiento y sus familias mejora totalmente en un 64,3% de los casos y parcialmente en el 33,7%. El grado de mejora es mayor a medida que avanza la fase de tratamiento ( $\chi^2=10,112$ ;  $p<0,05$ ). De igual modo, se mejora totalmente la comunicación con otros miembros de la familia en el 55,2% de los casos y lo hace parcialmente en el 39,5%.

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

Un 55% de los familiares identifica al menos un factor de riesgo y un 55,5% identifica al menos un factor de protección frente al consumo de drogas. Los factores de riesgos identificados por al menos un 10% de las familias han sido: falta de comunicación, falta de colaboración, falta de sentido familiar, desconfianza, falta de tolerancia y/o respeto, permisividad y falta de tiempo para compartir; y los factores de protección identificados por al menos un 10% de las familias han sido: unión, cariño, ayuda, respeto, comunicación, amor, voluntad-constancia y confianza.

**Objetivo 11. Integrar la dinámica de autoayuda como estilo relacional.**

Los resultados de la Escala FES nos indican que más del 75% de las familias opina que: *En mi familia nos apoyamos y ayudamos realmente unos a otros*, *En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos*, *En casa*

*comentamos nuestros problemas personales*, *Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras*, *Si en la familia hay desacuerdo, nos esforzamos para mantener la paz* y *En mi familia expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo*. Los ítems: *Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos* y *En mi familia se presta mucha atención y tiempo a cada uno de nosotros*, son señalados por el 67,9% y 64,1% de familias, respectivamente. Estos datos concuerdan con los expresados anteriormente por las familias al identificar los factores de riesgo, apareciendo la falta de comunicación y la falta de tiempo para compartir entre los señalados.

### 3.2. Pertinencia

**A) Se contemplan las necesidades de las familias en la elaboración del plan de tratamiento de las personas en tratamiento.**

El 87,6% de los profesionales afirma que en el plan de intervención del usuario constan los objetivos del trabajo con familias y el 66% afirma que dichos objetivos son bastante o muy adecuados para promover cambios en la dinámica familiar. El 96% de familiares indica que el equipo terapéutico y ellos están muy de acuerdo o de acuerdo (43,5% y 52,6% respectivamente) en cuáles deben ser los objetivos de tratamiento y el 95,6% afirma que el tratamiento es muy adecuado o adecuado para cubrir sus necesidades (41,5% y 54,1% respectivamente).

**B) El trabajo con las familias responde a la demanda inicial de tratamiento.**

Además de lo referido en el apartado anterior, el 97% de familias afirma estar muy de



acuerdo o de acuerdo con el hecho de estar recibiendo la ayuda que buscaba (48,8% y 48,2% respectivamente), 90,6% opina haber encontrado en general o totalmente (39,7% y 50,9% respectivamente) la clase de servicio que buscaba y el 95% considera que el programa está satisfaciendo sus necesidades totalmente o en general (51,7% y 43,3% respectivamente).

### C) La metodología del programa facilita la integración de las familias en los procesos terapéuticos.

El 63,9% de profesionales opina que existe bastante o mucha compatibilidad entre los horarios del centro y las obligaciones de los familiares. El 60,9% de familias afirma que el horario de atención del centro se adapta totalmente a su realidad social y laboral y el 33,7% piensa que el horario se adapta sólo parcialmente. En cuanto al grado de flexibilidad de los tratamientos, los profesionales señalan

que los programas son muy, bastante o suficiente flexibles en más del 75% de los casos (ver Gráfico 6).

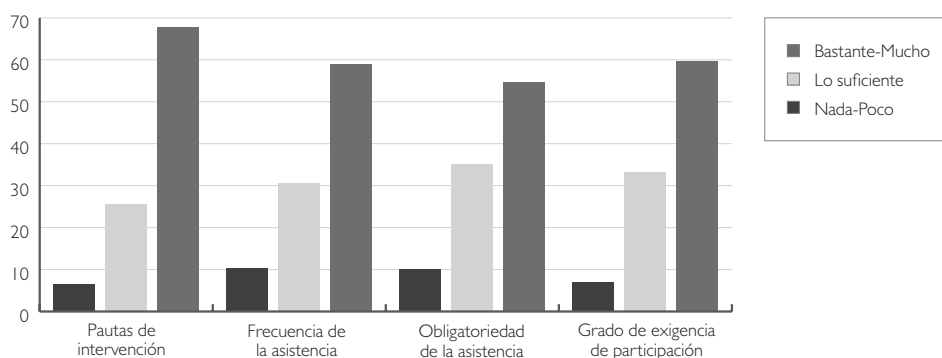
### D) Los objetivos de tratamiento son los adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares.

Como ya se ha indicado, el 66% de profesionales afirma que los objetivos del trabajo con familias son muy o bastante adecuados para promover cambios en la dinámica familiar. A este respecto, el 96% de familiares indica que está muy de acuerdo (43,5%) o de acuerdo (52,6%) con los objetivos de tratamiento que se les plantean.

### E) Los instrumentos utilizados son útiles para el trabajo sobre cada uno de los objetivos de tratamiento.

Los profesionales y los familiares valoran todos los instrumentos terapéutico-educativos como útiles para el trabajo de familia (ver Tabla 2).

Gráfico 6. Grado de flexibilidad del tratamiento según los profesionales





**Tabla 2.** Utilidad de los instrumentos utilizados en el trabajo con familias según los profesionales y los familiares.

INSTRUMENTO	Nada o poco útil		Bastante o muy útil	
	Profesional	Familia	Profesional	Familia
Genograma	14,5%	2,1%	85,5%	97,9%
Grupos de comunicación/seguimiento	2,5%	1%	97,5%	99%
Grupos de autoayuda	7,4%	3,4%	92,6%	96,6%
Entrevistas familiares	0%	1,8%	100%	98,2%
Seminarios formativos o informativos	3,8%	0,3%	96,2%	99,7%
Asambleas	22,2%	3%	77,8%	97%
Grupos o encuentros unifamiliares	1,3%	2,8%	98,7%	97,2%
Grupos o encuentros multifamiliares	4,2%	3,4%	95,8%	96,6%
Grupos o encuentros de pareja	1,3%	3,3%	98,7%	96,7%
Convivencias familias-usuarios	15,6%	3,8%	84,4%	96,2%
Convivencias familias	18,5%	11,5%	81,5%	89,5%
Anamnesis	8,5%	2,9%	91,5%	97,1%
Contratos de conducta	14,5%	8%	85,5%	92%

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

Los profesionales y las familias consideran que la duración del programa es bastante o muy adecuada en el 62,6% y 93,4% de los casos respectivamente.

**G) Los programas responden a las líneas de actuación marcadas por el PNSD y por el Plan Estratégico de la APH.**

En la evaluación de diseño del trabajo con familias llevada a cabo por Yubero y al (2009) se pone de relieve que el trabajo con familias de los centros de APH se adecua a las líneas de actuación prioritarias de su Plan Estratégico y del PNSD.

### 3.3. Cobertura

**A) La demanda de tratamiento de las familias no supera la capacidad de atención del programa.**

El 41,2% de los directores expone que el 100% de las demandas de tratamiento por parte de familiares son atendidas en menos de una semana y el 23,6% asegura que se atienden más del 75%. Además, en el 60% de programas tiene plaza para todas las familias que demandan ayuda y en el 30% para 3 de cada 4 familias.

**B) El programa en que participan es accesible.**

Los datos hallados nos indican que:

- La mayoría de los centros evaluados están ubicados en áreas urbanas.



- El 90,9% de los centros y el 78,8% de las familias indica que hay facilidad para llegar con al menos 1 medio de transporte público. Según los profesionales existe: autobús (45,5% de centros), autobús y tren (45,5% de centros) y metro y autobús (9% de centros).
- El 40,9% de centros cuentan con un aparcamiento propio, en el 18,2% existe al menos un aparcamiento público cercano y el 40,9% de los centros no cuentan ni con aparcamiento propio ni público. Por ello, 1 de cada 3 familias tienen dificultades para encontrar aparcamiento cuando llegan al centro.
- El 63,9% de profesionales informa de la existencia de bastante o mucha compatibilidad entre los horarios del centro y las obligaciones y el 60,9% de familias afirma que el horario de atención del centro se adapta totalmente a su realidad social-laboral.
- El 92,2% de profesionales informa de la existencia de al menos 1 línea telefónica atendida por 1 profesional del centro y el 87,1% de familiares afirma que les resulta fácil contactar telefónicamente con los profesionales del centro.

### 3.4. Impacto

#### A) Influencia de la intervención con familias en su entorno inmediato.

Un 75% de los directores señala que menos del 50% de las familias afirman haber conocido el programa a través de otras familias que ya habían estado en él y el 25% restante indica que el porcentaje oscila entre el 50%-75%. El 37,1% de los familiares afirma que conocieron el programa por otras familias que habían estado en él.

#### B) Efectos colaterales no esperados derivados del trabajo con familias.

Los efectos no esperados que se derivan del trabajo con familias son: mejora de las relaciones con personas del entorno familiar; dependencia del centro, presencia de crisis familiares no relacionadas con el consumo de droga, inicio de actividad voluntaria en PH y reconciliación de pareja. Informan con mayor frecuencia del sentimiento de dependencia los familiares hombres ( $\chi^2=5,001$ ;  $p<0,05$ ) y los progenitores del usuario ( $\chi^2=24,541$ ;  $p<0,000$ ). Las parejas de los usuarios son los que informan de más mejoría en las relaciones con otros miembros del entorno social ( $\chi^2=5,081$ ;  $p<0,05$ ).

### 3.5. Visibilidad

#### A) Se realizan publicaciones relacionadas con las intervenciones con familias.

Sólo el 14,3% de los centros ha publicado algún artículo sobre el trabajo con familias en el último año, por lo que apenas se hace difusión en publicaciones escritas.

#### B) Hay participación en congresos y/o jornadas por parte de profesionales con temáticas relativas a la intervención con familias, en los últimos 5 años.

En los últimos 5 años, solo el 42,7% de centros ha participado en algún tipo de foro científico exponiendo temas relacionados con la atención a las familias.

#### C) Se publica la existencia de las intervenciones con familias de PH.

El 78,9% de los centros cuenta con una estrategia escrita de difusión del trabajo con familias. Los diferentes canales de difusión utilizados son: medios de comunicación (63,2%),





memoria anual (52,4%), Web (45%), dípticos (33,3%), carteles (30%) y objetos publicitarios (15,8%). Los principales recursos en los que se hace difusión del trabajo con familias son: Centros de Servicios Sociales (89,5%), Red Asistencial de Drogodependencia (85%), Asociaciones (78,9%), Centros de Enseñanza, Institutos y Universidades (75%) y profesionales del ámbito privado (73,7%).

### 3.6. Eficiencia

En cuanto a la eficiencia hemos encontrado:

- En prácticamente todos los centros, hay una media de 5 profesionales que trabajan tanto con las personas en tratamiento como con las familias. Sólo 5 centros cuentan con profesionales que trabajan específicamente con las familias. Existe una media de 10 voluntarios que trabajan en la atención a familias (70% a tiempo parcial).
- El número de familias atendidas por centros es muy variable (entre 6-100 familias).
- El 30,7% de profesionales valora los recursos humanos como nada o poco suficientes para desarrollar el trabajo con familias, el resto los considera suficientes o bastantes/muy suficientes (respectivamente 36,8% y 32,5%). Los profesionales contratados valoran estos recursos como más insuficientes que los profesionales no contratados ( $\chi^2=11,133$ ;  $p<0,004$ ). El 59,2% de los familiares valora los recursos humanos como bastante o muy suficientes y el 29% como suficientes.
- El 30,7% de profesionales piensa que los recursos materiales son bastante o muy adecuados y el 42,3% suficientes. Los pro-

fesionales contratados los valoran como más insuficientes que los profesionales no contratados ( $\chi^2=5,981$ ;  $p<0,05$ ).

- 2 de cada 3 directores afirman que los espacios físicos disponibles para el desarrollo de las actividades con familias son suficientes y el 69,5% de las familias piensa que son bastante o muy adecuados.
- El 89,1% de los familiares considera bastante o muy adecuada las condiciones higiénicas del centro y el 72,3% piensa que es bastante o muy adecuada la temperatura de las salas.
- El 68% de profesionales indica que existe en el centro un sistema de mantenimiento de las instalaciones.

## 4. CONCLUSIONES

En cuanto a la eficacia de los programas de atención a familias de PH, ésta se corrobora por el cumplimiento de los objetivos en diferentes grados pero en su mayoría por encima del estándar (75%), tanto de los profesionales como de las familias implicadas en los tratamientos. En este sentido, existe coincidencia entre las necesidades de las familias y los objetivos planteados. Destacan las resistencias que según los profesionales presentan las familias y que se relacionan con las dificultades que surgen para reconocer el problema, para seguir las indicaciones terapéuticas y para manejar pautas educativas. Además, se evidencia la ausencia de documentación sobre diagnóstico y evaluación de la intervención familiar en general, y algunas dificultades para favorecer la autonomía de la familia cuando el programa finaliza. Aparecen como aspectos a mejorar la aceptación incondicional en el estilo relacional



de los profesionales, la puesta en marcha de protocolos encaminados al diagnóstico del funcionamiento familiar y de un sistema de evaluación continua, la información que se les facilita a las familias sobre el proceso de las personas en tratamiento y la formación para mejorar habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y conocimientos sobre el problema de drogadicción. Sería recomendable estudiar diferentes posibilidades (revisión personal o grupal del trabajo, formación específica en Entrevista Motivacional, etc.) para alcanzar el logro de un estilo terapéutico empático en todos los momentos del tratamiento, que ayude a la adecuada vinculación e integración de las familias en el proceso. Además, es conveniente que todos los dispositivos de primera atención tengan un protocolo para realizar el diagnóstico del funcionamiento y dinámica familiar, y completar esta recogida inicial de datos con cuestionarios de evaluación estandarizados. Los objetivos de trabajo que se deriven de este diagnóstico inicial deberían recogerse en los planes de tratamiento, a fin de garantizar un tratamiento integral. Asimismo, es importante establecer un sistema de evaluación continua documentada para la valoración del logro de los objetivos y la integración de los cambios realizados por la familia, así como de la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos y habilidades socioeducativas, en diferentes momentos del proceso de tratamiento. Por otro lado, para asegurar que se dispone de toda la información pertinente y necesaria respecto a la participación en el tratamiento del usuario, se podría elaborar una pequeña guía sobre cada dispositivo de tratamiento para las familias, en las que se especifiquen

cuestiones básicas del tratamiento, formas de contactar y horario de los profesionales y respuestas a las dudas más frecuentes que se suelen plantear. Destacar también la importancia de que en los casos en los que la persona en tratamiento acepta la participación de personas de su entorno sociofamiliar en el proceso y la facilitación de información a los mismos, es imprescindible la existencia de un contrato o consentimiento informado firmado por el paciente. Igualmente es conveniente reforzar la información y formación que se ofrece a las familias, creando seminarios, talleres o escuelas de padres y madres y dotando a las familias de estrategias que favorezcan: la identificación de factores de riesgo y protección familiar, el manejo de normas, límites y contingencias, la negociación, la comunicación interpersonal y asertividad, las habilidades sociales, la gestión emocional y el conocimiento de conceptos básicos en drogodependencias. Por último, sería interesante estudiar más profundamente las necesidades de tratamiento de los distintos miembros de la familia (origen y/o propia) para poder abordar ciertos aspectos del trabajo familiar de forma diferencial, entre ellos cómo favorecer la autonomía del tratamiento.

*Respecto a la pertinencia de los programas de atención a familias de PH, en general, se contemplan las necesidades de las familias en la elaboración del plan de tratamiento de los usuarios y se considera que los objetivos de tratamiento y los instrumentos terapéutico-educativos utilizados son adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares. En este sentido, el trabajo con familias responde a la demanda inicial de tratamiento y la metodología facilita la integración de las mismas*



en los procesos terapéuticos, siendo flexibles y favoreciendo la compatibilidad horaria para compaginar la asistencia al tratamiento con otras obligaciones (principalmente laborales y/o familiares). Además, los programas responden a las líneas de actuación marcadas por el PNSD y por el Plan Estratégico de la APH (Yubero et al, 2009), siendo la atención y el acompañamiento familiar un rasgo identificativo del método de trabajo de PH desde su aparición en 1984, con el convencimiento y la evidencia de que esta línea de intervención aumenta las posibilidades de eficacia en la intervención terapéutica. Estos resultados sugieren la conveniencia de que los planes de tratamiento de los usuarios incluyan específicamente un apartado en el que se recojan por escrito los objetivos a trabajar con la familia; además de que todos los profesionales conozcan el abanico de instrumentos terapéuticos-educativos susceptibles de ser utilizados en el trabajo con familias de cara a valorar la idoneidad de su aplicación en cada programa y/o caso particular (Yubero et al, 2009).

*Referido a la cobertura de los programas de atención a familias de PH*, resalta el hecho de que un porcentaje significativo de centros no atienden las demandas de las familias en un periodo de una semana, pese a que uno de los distintivos de los centros de Proyecto Hombre desde su aparición ha sido la acogida inmediata de toda persona que solicita orientación y ayuda, constituyendo una buena práctica de nuestro modelo de trabajo. Según los datos, en el momento de la evaluación, la demanda de tratamiento de las familias superaba la capacidad de atención del programa en algunos centros. Todos los centros evaluados son

accesibles, aunque algunos centros no tienen aparcamiento ni propio ni público. Es fundamental, tratar de garantizar que cada persona que acuda a uno de nuestros centros sea atendida personalmente, de forma inmediata o como máximo en un plazo de 72 horas por un profesional designado por la dirección, y sería conveniente estudiar en cada centro las razones de este retraso en la atención a la demanda e implementar las medidas oportunas para la modificación de esta realidad.

*Relativo al impacto de los programas de atención a familias de PH*, un tercio de familias atendidas han conocido el programa por otras familias que han estado en él, el resto lo han conocido por otros medios. Entre los efectos no esperados destacan la mejora de las relaciones con personas del entorno familiar y la dependencia del centro. En general, hay un acuerdo sustancial entre los profesionales de que el trabajo con las familias en los grupos de autoayuda puede ser un cauce para favorecer la autonomía personal de cada uno de los miembros del sistema. La desvinculación progresiva del programa de los familiares y el establecer normativas ligadas a su participación en el voluntariado del centro, así como la derivación a procesos de terapia externa en los casos en los que se considere pertinente, pueden ser medidas que faciliten la autonomía de las familias.

*Relacionado con la visibilidad de los programas de atención a familias de PH*, encontramos pocas publicaciones escritas relacionadas con la intervención en familias y poca participación en congresos y/o jornadas con esta temática en los últimos años. La mayoría de los centros cuenta con una estrategia escrita de difusión



del trabajo con las familias, especialmente a través de los medios de comunicación, la memoria anual y la página Web. Se hace difusión en gran parte de los recursos asistenciales, asociaciones y centros de enseñanza, exceptuando la red pública de salud y las empresas privadas. Se hace necesario aumentar y mejorar la presencia en Internet de los programas, disponiendo cada centro de su página web en la que se ofrezca información sobre sus recursos y formas de contacto. Además, es prioritario mejorar y aumentar las formas o canales de información existentes para tratar de llegar en mayor medida a los usuarios potenciales. Resulta imprescindible, que desde la dirección de los Centros, se fomenten las actividades de difusión del trabajo con familias en canales dirigidos a expertos e investigación en este campo, ya que se promueve la visibilidad, la formación de los profesionales y el estudio y el tiempo dedicado a la reflexión sobre la práctica de los programas.

*Concerniente a la eficiencia de los programas de atención a familias de PH, existe variabilidad en los centros respecto a los profesionales destinados al trabajo con familias. En algunos existe un responsable único y en la mayoría la figura del profesional aglutina el trabajo con familias y con personas en tratamiento. Los recursos humanos asignados a los programas se consideran adecuados, aunque un tercio de los profesionales opina que los recursos son insuficientes, a diferencia de la opinión de los familiares. La valoración que se hace de las instalaciones del centro por parte de los familiares de las personas en tratamiento es positiva. Para mejorar los programas de atención a familias drogodependientes sería*

conveniente estudiar la viabilidad de crear servicios transversales de trabajo con familias o alternativas que posibiliten la optimización de los recursos humanos existentes en cada centro; y será importante de cara al cuidado del clima laboral y la prevención del *burnout* analizar con más detenimiento las causas del *descontento* de una parte importante de los profesionales con relación a los recursos humanos.

*En cuanto a la eficacia de los programas de atención a familias de PH, ésta se corrobora por el cumplimiento de los objetivos en diferentes grados pero en su mayoría por encima del estándar (75%), tanto de los profesionales como de las familias implicadas en los tratamientos. En este sentido, existe coincidencia entre las necesidades de las familias y los objetivos planteados. Destacan las resistencias que según los profesionales presentan las familias y que se relacionan con las dificultades que surgen para reconocer el problema, para seguir las indicaciones terapéuticas y para manejar pautas educativas. Aparecen como aspectos a mejorar la aceptación incondicional en el estilo relacional de los profesionales, la puesta en marcha de protocolos encaminados al diagnóstico del funcionamiento familiar y de un sistema de evaluación continua, la información que se les facilita a las familias sobre el proceso de las personas en tratamiento y la formación para mejorar habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y conocimientos sobre el problema de drogadicción.*

*Respecto a la pertinencia de los programas de atención a familias de PH, en general, se contemplan las necesidades de las familias en la elaboración del plan de tratamiento de los*



usuarios y se considera que los objetivos de tratamiento y los instrumentos terapéutico-educativos utilizados son adecuados para promover cambios en las dinámicas familiares. El trabajo con las familias responde a la demanda inicial de tratamiento y la metodología facilita la integración de las familias en los procesos terapéuticos, siendo flexibles y favoreciendo la compatibilidad horaria para compaginar la asistencia al tratamiento con otras obligaciones (principalmente laborales y/o familiares). Los programas responden a las líneas de actuación marcadas por el PNSD y por el Plan Estratégico de la APH (Yubero et al, 2009).

Referido a la cobertura de los programas de atención a familias de PH, resalta el hecho de que un porcentaje significativo de centros no atienden las demandas de las familias en un periodo de una semana. Según los datos, en el momento de la evaluación, la demanda de tratamiento de las familias superaba la capacidad de atención del programa en el 40% de los centros. Todos los centros evaluados son accesibles, aunque un 40,9% de los centros no tiene aparcamiento ni propio ni público.

Relativo al impacto de los programas de atención a familias de PH, un tercio de familias atendidas han conocido el programa por otras familias que han estado en él, el resto lo han conocido por otros medios. Entre los efectos no esperados destacan la mejora de las relaciones con personas del entorno familiar y la dependencia del centro.

Relacionado con la visibilidad de los programas de atención a familias de PH, encontramos que apenas se realizan publicaciones escritas relacionadas con la intervención en familias y que sólo la mitad de los centros ha realizado

alguna participación en congresos y/o jornadas con esta temática en los últimos 5 años. El 78,9% de los centros cuenta con una estrategia escrita de difusión del trabajo con las familias, especialmente a través de los medios de comunicación, la memoria anual y la página Web. Se hace difusión en gran parte de los recursos asistenciales, asociaciones y centros de enseñanza, exceptuando la red pública de salud y las empresas privadas.

Concerniente a la eficiencia de los programas de atención a familias de PH, existe variabilidad en los centros respecto a los profesionales destinados al trabajo con familias. En algunos existe un responsable único y en la mayoría la figura del profesional aglutina el trabajo con familias y con personas en tratamiento. Los recursos humanos asignados a los programas se consideran adecuados, aunque un tercio de los profesionales opina que los recursos son insuficientes, a diferencia de la opinión de los familiares. La valoración que se hace de las instalaciones del centro por parte de los familiares de las personas en tratamiento es positiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvira, F. (1991). *Metodología de la Evaluación de Programas*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Cuadernos Metodológicos, nº 2.

Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1984). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar. Manual: Investigación y publicaciones psicológicas*. Madrid. Tea Ediciones, S.A.

García Pérez, E.M. y Magaz Lago, A. (1999). *ADCAs Escalas de Actitudes y Valores en las*



*Interacciones Sociales*. Madrid. Editorial Grupo Albor-Cohs.

Larsen, D.L., Attkinsson, C.C., Hargreaves, W.A., LeVois, M., Nguyen, T.D., Roberts, R.E. y Stegner, B. (1979). Assessment of client-patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2: 197-207. (Traducido por Bados en 1989).

Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., Clarke, K. y Strang, J. (1998). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems: Development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research*, 8(5): 455-470.

Menéndez, J.C., Calvo, A., Fernández, C., Garrigós, C., Arquimbau, S., Rueda, E., Molina, A.J., Aragonés, B., Yubero, A., Zabala, K., Abaitua, R. y Herrera, F. (2004). *Evaluación fase de Acogida*. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

Menéndez, J.C. y Yubero, A. (2008). La evaluación de la comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3): 348-366.

Molina, A.J. y Rueda, E. (2005). *Implantación de un modelo de evaluación en una asociación nacional de rehabilitación de drogodependencia: Cultura evaluativo en Proyecto Hombre*. Monografía Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Ed. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Cádiz.

Moos, R.H., Moos, B.S. y Trickett, E.J. (1984). *Escalas de clima social*. Madrid. TEA. (Adaptación española de R. Fernández-Ballesteros y B. Sierra).

NIDA (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research based guide*.

OMS (2004). *La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la familia*. 57ª Asamblea Mundial de la Salud.

PNSD (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Rueda, E. y Molina, A.J. (2005). *Evaluación de la eficacia de los Centros de Tratamientos de Acogida a nivel nacional*. Monografía Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Ed. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Cádiz.

SECIPI (1998). *Metodología de evaluación de la Cooperación Española*. Ministerio de Asuntos Exteriores. Madrid: Cyan Proyectos y Producciones Editoriales.

Yubero, A., Fernández, C., Menéndez, J.C., Aragonés, B., Calvo, A., Garrigós, C., Rueda, E. y Herrera, F. (2006a). *Informe de evaluación de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre*. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

Yubero, A., Fernández, C., Menéndez, J.C., Molina, A.J., Aragonés, B., Calvo, A., Garrigós, C., Rueda, E. y Herrera, F. (2006b). *Evaluación sistemática para la mejora continua de la calidad de los programas de Reinserción Social para policonsumidores de Proyecto Hombre*. Madrid, Asociación Proyecto Hombre.

Yubero, A., Menéndez, J.C., Molina, A.J., Aragonés, B., Calvo, A., Rueda, E. y Herrera, F. (2007a). *Elaboración y ejecución de un sistema de evaluación participativa de los programas de tratamiento para cocainómanos de Proyecto Hombre*. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

Yubero, A., Rueda, E., Molina, A.J., Rueda, F., Calvo, A., Menéndez, J.C. y Aragonés, B. E. (2007b). *Guía de evaluación de programas de*



*tratamiento de adicciones*. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

Yubero, A., Rueda, E., Rueda, F., Fernández, M.C., Calvo, A. y Sancho, J.L. (2009). *Evaluación del diseño del trabajo con familias en los centros de trabajo de Proyecto Hombre*. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

Yubero, A., Rueda, F., Aragonés, B., Calvo, A., Rueda, E. y Sancho, J.L. (2010). *Informe de evaluación del trabajo con familias en los programas de intervención de Proyecto Hombre*. Asociación Proyecto Hombre: Madrid.