

## La evaluación de la comunidad terapéutica

Juan Carlos Menéndez Gómez y Arantza Yubero Fernández

Asociación Proyecto Hombre

### Resumen

En este artículo se resume el trabajo de evaluación de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre en España, realizado por una comisión interna durante 2006. La evaluación se realizó siguiendo un modelo participativo, implicando a los diversos agentes a lo largo de todas las fases del proceso. El análisis se realizó a través de los criterios de eficacia, eficiencia, pertinencia, cobertura e impacto. Los principales resultados muestran que las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre son eficaces favoreciendo la vinculación de las personas al tratamiento, consolidando hábitos saludables y socialmente adecuados, mejorando el conocimiento personal, el autocontrol emocional, las habilidades sociales, y la relación con la familia. Se detectan algunos temas susceptibles de mejora, destacando el área formativo-laboral y de tiempo libre, y el entrenamiento en habilidades parentales. Se plantean recomendaciones para estas y otras cuestiones analizadas en la evaluación.

### Palabras Clave

Comunidad Terapéutica, evaluación, adicción.

### Summary

This article is a summary of the results of the evaluation of the "Proyecto Hombre" Therapeutic Communities in Spain, developed by an internal commission during 2006. The evaluation was conducted following a participatory model, involving the diverse stakeholders along all phases of the process. The analysis was performed using the criteria of effectiveness, efficiency, pertinency, coverage and impact. The main findings show that the "Proyecto Hombre" Therapeutic Communities are effective linking people to

---

Correspondencia a:  
Avda. Osa Mayor, 19.  
28023 Aravaca. Madrid.  
Tel.: 91 357 92 75. Fax: 91 307 00 38  
E-mail: asociacion@proyectohombre.es



treatment, consolidating healthy and socially appropriate habits, improving self-knowledge, emotional self-control, social skills, and the relationship with the family. Some issues for improvement are detected, such as the academic and occupational training, the leisure activities, and the parental skills training. Recommendations are made for these and other issues analyzed in the evaluation.

### **Key Words**

Therapeutic Community, evaluation, addiction.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La evaluación es una opción que las organizaciones deben tomar conscientemente, para tener garantías de éxito y sostenibilidad. La evaluación de las Comunidades Terapéuticas de la Asociación Proyecto Hombre, que se revisa en este artículo, es un buen ejemplo de ello.

La Asociación Proyecto Hombre (en adelante, "Asoc. PH") surge en España en 1984, expandiéndose hasta alcanzar 26 Centros distribuidos en 15 Comunidades Autónomas en la actualidad. Cada Centro es independiente y adecua sus recursos a las necesidades y posibilidades de la zona en la que actúa, compartiendo un mismo método y filosofía terapéuticos, lo que los hace comparables a efectos de evaluación. Por otro lado, en todos los Centros existe el tratamiento libre de drogas, dirigido a drogodependientes policonsumidores (tradicionalmente con la heroína como droga principal), que tiene la Comunidad Terapéutica (en adelante, "CT") como una de sus fases. Se trata de la fase troncal donde se desarrolla el grueso del trabajo de cambio personal, que suele ir precedida por una fase de "Acogida", que prepara a la persona para dicho cambio, y seguida de otro momento

conocido como "Reinserción" donde se lleva a cabo la generalización del nuevo estilo de vida y los comportamientos encaminados al mantenimiento de la abstinencia.

La decisión de iniciar procesos de evaluación sistemática se adoptó en la Asociación Proyecto Hombre en el año 2000, como parte de su Plan Estratégico. Se comenzó con un plan de formación y la creación de un grupo de personas que liderase los procesos de evaluación en cada zona. A través de ellos se movilizan los recursos y se coordinan las evaluaciones comunes que se acometen. Este procedimiento se sigue no sólo en la recogida de datos, sino en la propia definición de las unidades de evaluación, diseño de la misma, y elaboración de conclusiones.

Entre las ventajas de este modelo de evaluación, interna y participativa, pueden destacarse la menor distancia entre evaluadores y beneficiarios, la posibilidad de tratar las resistencias personales e institucionales, la reducción de los sesgos metodológicos y de interpretación de los resultados, el aumento de las opciones de implementación de las recomendaciones y, por encima de todo, la generación paulatina de la cultura evaluativa en la organización.



Ahora bien, esta forma de proceder no está exenta de dificultades, inherentes a la maximización de la participación, como son la ralentización del proceso, o la dificultad para llegar a consensos.

Aunque en suma se trata de un beneficio más que una desventaja, las primeras evalua-

ciones se vieron limitadas por la falta de una definición clara y operativa de los objetivos de los programas, lo que obligó a detenerse a plasmar con detalle la matriz de programación de los mismos, con el fin de hacerlos evaluables. Este trabajo sobre el diseño se constituyó en el primer resultado tangible de la evaluación para la Asoc. PH.

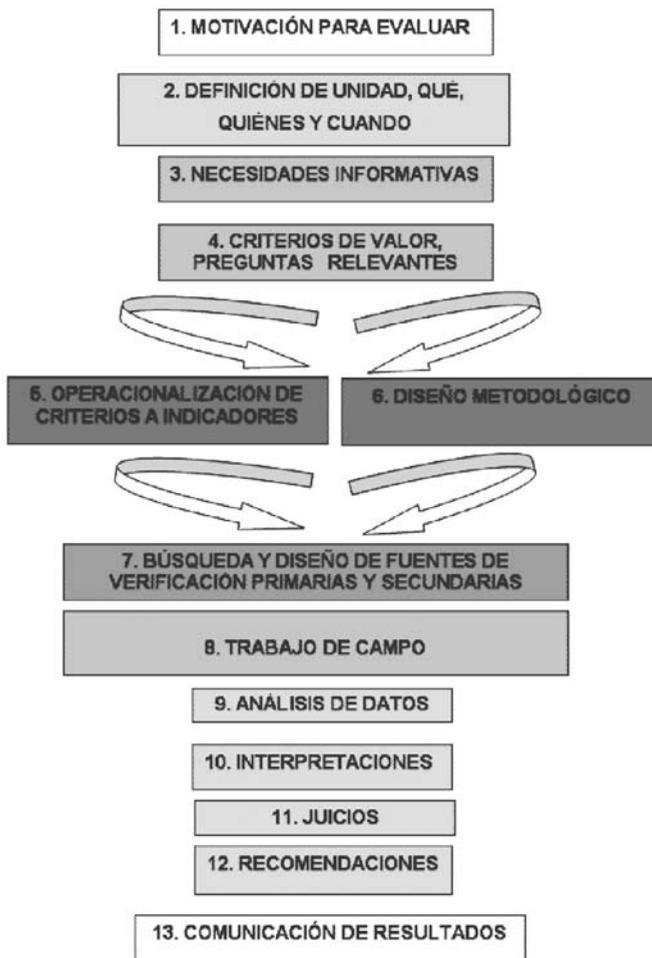


Figura 1



En forma resumida, el proceso seguido se refleja en la figura 1 (Adaptado de Bustelo, M., Ligeró, J., y Martínez, M., 2003).

Para la evaluación de las CTs, los objetivos marcados fueron reflejar la realidad de dichos programas en el momento de ser evaluados (2006), es decir, "servir de espejo" y proporcionar *retroalimentación*, atender a su función como *iluminación de acciones futuras o toma de decisiones*, y también cumplir una función de *rendimiento de cuentas*, dado que en la mayoría de los casos estos programas están financiados con fondos públicos.

La evaluación fue cofinanciada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Este artículo es un resumen del informe realizado por la Asociación Proyecto Hombre (2006).

La decisión de la Asoc. PH hacia la evaluación sistemática no implica, sin embargo, que se trate del primer proceso de evaluación que se desarrolla en su seno; tanto previa como posteriormente se han llevado a cabo esfuerzos en este sentido, principalmente dedicados a la evaluación de la eficacia como los realizados por March et al. (1997), Fernández-Hermida et al. (1999), Arrizabalaga et al. (2000), Luengo et al. (2000), Fernández-Hermida et al. (2002), Caurín et al. (2004) y Fernández-Montalvo et al. (2007).

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

Dentro de este contexto, el enfoque de la evaluación fue, de acuerdo a la clasificación ofrecida por Alvira (1991), de tipo formativo e interno, y dirigida tanto al proceso de funcionamiento del programa como a sus resultados. Los criterios en función de los cuales se valoró el programa fueron la eficacia, la eficiencia, la pertinencia, la cobertura y el impacto.

Participaron en la evaluación los 26 centros de la Asoc. PH, ya que en todos ellos existía la unidad de evaluación, la CT. De estos, más de la mitad (57,7%) disponían de una fase previa de acogida antes del ingreso en la Comunidad, el 30,8% eran de ingreso directo, y un 11,5% eran Comunidades Intrapenitenciarias. El tratamiento se desarrollaba en ellas de forma completamente residencial (64%), semirresidencial (20%) o mixta (16%). Los usuarios de estos dispositivos eran personas que acudían a tratamiento por su adicción a la heroína, aunque normalmente policonsumidores, mayores de edad, y mayoritariamente varones (en la muestra, 10% eran mujeres), con una edad media algo superior a los 30 años, y más de diez de consumo de la droga de referencia. Habitualmente presentaban otras problemáticas añadidas (social, médica, económica o legal). El patrón de dependencia medido a través del EuropASI<sup>1</sup> era más grave en varones que en mujeres, tanto en lo relativo al consumo de drogas como en el la mayoría de las otras áreas (García, O. et al., 2004).

Las técnicas de recogida de información más utilizadas fueron los cuestionarios diseñados *ad hoc*, aplicados a una muestra de los principales agentes implicados: personas en tratamiento, sus familiares, profesionales de los programas y voluntariado. Para la mayoría de los ítems de los cuestionarios se solicitaron respuestas cerradas (dicotómicas o en escala tipo Likert), con algunas opciones abiertas sobre las que se realizó un análisis cualitativo. Asimismo se elaboraron registros para extraer datos de los expedientes clínicos, se solicitaron datos estadísticos de los Centros, y se utilizaron fuentes secundarias como los

<sup>1</sup> *EuropASI: Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom et al, 1992; adaptación española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996*



registros propios de los programas y otra documentación de los mismos. **Tabla 1.**

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables que respondían a los indicadores establecidos, midiendo algunas de ellas a través de varios instrumentos (cuestionario de distintos agentes implicados o registro de expedientes clínicos). Como forma de contraste de las diferencias entre grupos se empleó el test de la  $\chi^2$  para las variables categóricas, y la comparación de medias con la prueba t de Student y ANOVA para las variables cuantitativas. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (versión 13.0).

### 3. RESULTADOS

Se exponen los resultados en función de los criterios de evaluación elegidos.

#### 3.1. Eficacia

La eficacia consiste en la medida de la consecución de los objetivos específicos del programa. Las CTs, pese a constituir un programa intermedio en el proceso de rehabilitación, apuntan a la intervención integral en todas las áreas de la persona, por lo que, con distintos grados de intensidad, se tocan cada una de estas áreas junto con objetivos propios del programa. En la siguiente tabla se exponen los objetivos evaluados: (**Tabla 2**)

##### 3.1.1. Favorecer la vinculación e integración en la CT

La vinculación al programa es un dato fundamental; por un lado, la aceptación del tratamiento favorece todos los procesos de cambio personal; por otro, la mera per-

manencia en el tratamiento, y por tanto la mayor exposición a la terapia, es un predictor comprobado de los mayores resultados de la misma (Hubbard, R.L. et al., 1989).

Respecto a la permanencia en tratamiento, aunque no se ha tenido oportunidad de realizar un estudio de seguimiento durante el tiempo disponible para la evaluación, a través de las respuestas de las personas en tratamiento se obtuvo una media de estancia en CT de en torno a los 7 meses en el momento de cubrir el cuestionario; considerando que el tiempo medio estipulado para la estancia en CT es de unos 9 meses, la tasa de permanencia es por lo menos satisfactoria. Este dato hay que relacionarlo con las valoraciones, tanto de usuarios como de profesionales, acerca de otros aspectos relacionados con la vinculación, que señalan además los puntos fuertes y débiles de los programas.

Como se muestra en la **Tabla 3**, las personas en tratamiento dan su mayor valoración a aspectos importantes para la vinculación, como son la percepción de la utilidad del tratamiento, su grado de motivación para continuar, la atención terapéutica y el ambiente afectivo. Los profesionales consideran también que se crea un ambiente favorable a la vinculación (80.2% de los terapeutas y 85.7% de los directores) y que la metodología empleada es la adecuada (80% de los terapeutas y 87% de los directores).

Por otra parte, la vinculación de las personas al tratamiento está relacionada con la satisfacción de sus necesidades. Las personas en tratamiento valoran sobre todo que se cubran sus necesidades terapéuticas, afectivas y en el trato con los profesionales. Otras áreas como la de ocio, jurídica, y formativo laboral son menos puntuadas. Los profesionales coinciden en que se cubren las necesidades



afectivas (95.2% de los terapeutas y 85.2% de los directores), las necesidades básicas (96.20% terapeutas; 96.0% directores) y las médicas (75.0% terapeutas; 81.5% directores); la atención jurídica, que es una de las menos valoradas, los profesionales sin embargo la valoran cubierta en un porcentaje comparativamente superior a las personas en tratamiento (84.8% terapeutas; 81.5% directores). Ambos grupos coinciden de nuevo en que la respuesta a los temas formativo-laborales y de ocio pueden mejorarse (los terapeutas consideran que la respuesta es adecuada en el 52.9% y el 68.5%, y los directores en el 63.0% y el 66.7% respectivamente).

También las familias deben ser vinculadas al tratamiento, ya que se consideran una parte importante del mismo. Su valoración sobre los aspectos de la atención de la **Tabla 4** es en todos los casos positiva, así como, al igual que las personas en tratamiento, confían en que la CT será útil para su rehabilitación (93% puntúa en los dos puntos superiores de la escala).

La valoración de los familiares sobre la atención de las necesidades es aún mejor que las de las personas que siguen el tratamiento (**Tabla 5**).

### 3.1.2. Reforzar hábitos de vida saludables y socialmente responsables

Se observa una amplia coincidencia entre las personas en tratamiento, los terapeutas, y los directores, en cuanto a la mejora de estos hábitos (**Tabla 6**). Los que más han mejorado son los de autocuidado (alimentación, higiene, descanso) y el seguimiento de tratamientos médicos (los directores puntúan significativamente aún mayor mejoría que los terapeutas). La gestión de la economía, las responsabilidades laborales y las habilidades

de prevención de recaídas son algo menos puntuadas, probablemente por ser temas que se desarrollan de manera práctica durante la etapa posterior de Reinserción. La mejora en habilidades de prevención de recaídas es sin embargo significativamente mejor puntuada por las personas en tratamiento que por los profesionales.

Otros indicadores a tener en cuenta en este objetivo son el consumo de drogas y la comisión de delitos. Respecto a éste último, ninguna persona de la muestra había cometido delitos durante su estancia en la CT; respecto al mantenimiento de la abstinencia, tanto los datos registrados en los expedientes clínicos (10,4% de la muestra tuvo algún consumo puntual), como la valoración de las propias personas en tratamiento (13,8% consumieron ocasionalmente alcohol u otras drogas), arrojan cifras similares.

### 3.1.3. Lograr que la persona en tratamiento tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento

Este objetivo da cuenta de la mejora de las personas en tratamiento en cuanto al análisis y al inicio del cambio de algunos aspectos de su realidad personal y social. En la **Tabla 7** se muestra cómo, en general, los diferentes agentes valoran que se ha producido una mejora en dichos aspectos. Los que más han mejorado son los que tienen que ver con el conocimiento personal; los que menos los que conllevan un cambio real de comportamiento: tomar decisiones y resolver situaciones que provocan malestar (aunque han mejorado, todos los agentes encuestados los puntúan de media por debajo de 4).

Es interesante señalar que, en los seis primeros ítems, existen diferencias significativas



Tabla 1

Forma de recogida de información	Nº
Expedientes clínicos	232
Cuestionarios profesionales	167
Cuestionarios voluntariado	60
Cuestionarios personas en tratamiento	437
Cuestionarios familiares	266

Tabla 2

Objetivo 1	Favorecer la vinculación e integración en la Comunidad Terapéutica
Objetivo 2	Reforzar hábitos de vida saludables y socialmente responsables
Objetivo 3	Lograr que la persona en tratamiento tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento
Objetivo 4	Promover la toma de conciencia y la gestión adecuada de sentimientos y emociones
Objetivo 5	Fomentar la experimentación e interiorización de valores
Objetivo 6	Fomentar la formación académica y laboral de las personas en tratamiento
Objetivo 7	Potenciar el proceso de resocialización
Objetivo 8	Integrar a la familia en el proceso del usuario como factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar

Tabla 3

Valoración de las personas en tratamiento	$\bar{x}$	SD
Utilidad de la Comunidad Terapéutica para rehabilitarte	4.55	0.71
Motivación para continuar el tratamiento en la siguiente fase	4.29	0.89
Atención terapéutica	4.29	0.87
Importancia del ambiente afectivo para que sigas en CT	4.24	0.90
Cercanía y accesibilidad de los profesionales	4.13	0.92
Atención médica	4.01	1.10
Clima de autoayuda entre los compañeros	3.62	0.80
Información sobre actividades de ocio	3.18	1.32
Atención jurídico-legal	3.13	1.53
Atención formativo-laboral	3.08	1.36
Información sobre inserción formativo-laboral	2.53	1.29

\*Escala de 1 a 5, siendo 5 el valor máximo

Tabla 4

Valoración de familiares	N	$\bar{x}$	SD
Calidad de la atención	263	4,46	,719
Rapidez con las que se atienden tus demandas	261	4,26	,842
Información recibida sobre el proceso	264	4,26	,899
Asesoramiento sobre pautas de actuación	259	4,21	,879

\*Escala de 1 a 5, siendo 5 el valor máximo



Tabla 5

La CT responde a las necesidades de las personas en tratamiento de:	Sí	No
Apoyo terapéutico	99.2%	0.8%
Necesidades básicas	98.5%	1.5%
Relación familiar	97.3%	2.7%
Atención médica	96.9%	3.1%
Formación	95.3%	4.7%
Atención jurídica	88.7%	11.3%
Tiempo libre	88.6%	11.4%

Tabla 6

	Personas en Tto.			Terapeutas			Directores		
	N	̄	SD	N	̄	SD	N	̄	SD
Mejoría cumplimiento con tratamientos médicos	428	4,24	1,05	103	4,17	0,68	28	4,46	0,51
Mejoría en comportamientos de autocuidado	436	4,23	0,91	104	4,32	0,71	28	4,46	0,58
Mejoría respeto actividades programadas	431	4,05	0,89	103	3,8	0,72	28	3,75	0,7
Mejoría habilidades para prevenir recaídas	435	3,86	1,02	103	3,27	0,67	28	3,61	0,74
Mejoría responsabilidades de trabajo	418	3,75	1,27	103	3,64	0,75	28	3,93	0,66
Mejoría gestión de tu economía	427	3,6	1,29	101	3,5	0,83	28	3,39	0,79
Mejoría responsabilidades judiciales	388	3,59	1,6	103	3,86	0,78	28	4,11	0,88

\*Escala de 1 a 5, siendo 5 el valor máximo

Tabla 7

	Personas en Tto.			Terapeutas			Directores		
	N	̄	SD	N	̄	SD	N	̄	SD
Mejoría identificación comportamientos inadecuados	431	4,25	0,76	28	4,25	0,59	103	3,98	0,77
Mejoría identificación situaciones familiares que provocan malestar	428	4,24	1,73	28	4,07	0,77	103	3,83	0,77
Mejoría análisis historia personal	431	4,20	0,83	28	4,21	0,57	102	3,88	0,65
Mejoría capacidad asumir consecuencias	435	4,18	0,85	28	3,79	0,74	103	3,76	0,69
Mejoría identificación situaciones sociales que provocan malestar	432	4,06	0,92	28	4,04	0,74	103	3,80	0,76
Mejoría identificación relación entre sentimientos y conductas	432	4,05	0,87	28	3,96	0,96	103	3,84	0,86
Mejoría identificación mecanismos de defensa	432	3,87	0,93	28	4,04	0,84	102	3,69	0,82
Mejoría capacidad tomar decisiones	433	3,83	2,14	28	3,82	0,77	102	3,53	0,74
Mejoría capacidad resolver situaciones que provocan malestar	435	3,72	0,88	28	3,64	0,78	102	3,55	0,71

\*Escala de 1 a 5, siendo 5 el valor máximo



Tabla 8

	Personas en Tto.			Terapeutas			Directores		
	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD
CT adecuada para conocer y gestionar sentimientos	435	4,35	0,82	106	4,22	0,73	28	4,25	0,59
Mejora capacidad identificar dificultades afectivas	431	3,85	0,91	102	3,76	0,77	28	3,96	0,58
Mejora capacidad identificar dificultades sexuales	428	3,78	1,15	102	3,45	0,83	28	3,50	0,88
Mejora capacidad afrontar dificultades sexuales	421	3,66	1,14	102	3,25	0,78	28	3,25	0,89
Mejora capacidad afrontar dificultades afectivas	431	3,62	0,99	102	3,59	0,81	28	3,75	0,70
Mejora capacidad autocontrol emocional	433	3,55	0,99	102	3,61	0,76	28	3,71	0,66

\*Escala de 1 a 5, siendo 5 el valor máximo

Tabla 9

	Personas en Tto.		
	N	$\bar{x}$	SD
CT adecuada para vivir valores diferentes a los de las drogas	433	4,48	0,74
Grado en que equipo de CT favorece transmisión de valores	433	4,39	0,76
Grado en que convivencia en CT favorece transmisión valores	434	4,37	0,73

Tabla 10

	Terapeutas			Directores		
	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD
Ambiente de la CT transmisor de valores	106	3,99	0,76	28	4,21	0,69
Fomentar experimentación e interiorización de valores	107	4,13	0,80	28	4,07	0,86

Tabla 11

	Valor
1º	Honestidad
2º	Responsabilidad
3º	Esfuerzo
4º	Constancia
5º	Respeto
6º	Amistad-familia
7º	Humildad
8º	Tolerancia
9º	Solidaridad
10º	Igualdad hombre-mujer
11º	Cooperación



entre la valoración de las personas en tratamiento y la de los terapeutas, percibiendo éstos últimos una mejora algo menor en todas las capacidades que las propias personas en tratamiento. En cuanto a la capacidad de análisis de la historia personal y la identificación de mecanismos de defensa, los directores puntúan significativamente más alto que los profesionales de sus equipos.

Otros datos que hablan de la responsabilización de las personas en tratamiento sobre su propio proceso son la participación en los grupos, la demanda de entrevistas cuando las necesitan, y el cumplimiento de los compromisos. Todos estos aspectos mejoran significativamente entre la mitad de la CT y su finalización, de acuerdo al registro de expedientes clínicos.

### 3.1.4. Promover la toma de conciencia y la gestión adecuada de sentimientos y emociones

Tanto las personas en tratamiento, como los directores y terapeutas, consideran que la CT es adecuada para aprender a identificar y gestionar los sentimientos, y de hecho se produce una mejora del autocontrol emocional. Aunque las puntuaciones no son tan altas como en otros datos (ver **Tabla 8**), la percepción externa es que este cambio realmente se produce, ya que las familias de las personas en tratamiento puntúan con 4,39 de media (sobre 5) la mayor estabilidad emocional de estas personas. Por otro lado, las personas en tratamiento perciben que la CT les ha ayudado a mejorar su autoestima en un alto grado ( $\chi = 4,35$  sobre un máximo de 5).

También parece que se mejora más en la identificación de las dificultades afectivas y sexuales que en su afrontamiento real, aunque la diferencia sólo es significativa para las afectivas.

### 3.1.5. Fomentar la experimentación e interiorización de valores

En las Comunidades Terapéuticas se realiza una gran variedad de actividades para la interiorización de valores, ya que la mayoría de este trabajo se lleva a cabo de forma transversal, utilizando cualquier actividad que permita aplicarlo, en vez de realizar grupos específicos. Las personas en tratamiento perciben la adecuación de este trabajo, valorándolo con puntuaciones muy altas, como se aprecia en la Tabla 9; en la Tabla 11 puede verse la ordenación de valores con los que más se identifican, coincidentes con los que en la CT se hace mayor hincapié.

Los profesionales hacen un análisis asimismo positivo, aunque algo más moderado (Tabla 10).

### 3.1.6. Fomentar la formación académica y laboral de las personas en tratamiento

La atención formativa y laboral se plantea como un objetivo a desarrollar en las Comunidades Terapéuticas a pesar de que la inserción laboral propiamente dicha se realiza durante la siguiente etapa del proceso. El tiempo que las personas en tratamiento residen en la CT se puede utilizar para la orientación y el trazado de itinerarios de incorporación laboral en caso necesario, o bien para realizar actividades formativas que complementen su currículo. Esto último sin embargo no es siempre sencillo, debido a las exigencias terapéuticas y de convivencia en la CT; el motivo de que se aborde desde esta fase de modo anticipado, es el intento de adaptarse a los momentos de inicio de los cursos, ya sean internos o derivaciones a recursos externos de formación. En la práctica, las prioridades de la CT parece que se imponen, lo que puede estar en la base



de las valoraciones que tanto las personas en tratamiento (**Tabla 12**) como los profesionales (**Tabla 13**) hacen de este objetivo, que son de las más bajas de las analizadas.

La valoración de los profesionales, aunque por encima de la media teórica de la escala de 1 a 5, sugieren que el diseño del trabajo

en la CT no está optimizado para incluir el objetivo formativo-laboral.

Este objetivo tampoco parece estar suficientemente estructurado, al dependerse en gran medida para su puesta en práctica de la programación de los recursos específicos de formación; esta situación podría explicar la alta

**Tabla 12**

	Personas en Tto.		
	N	$\bar{x}$	SD
Valoración de la atención formativo-laboral recibida (según necesidades personales)	413	3,08	1,36
Satisfacción con las actividades formativas	422	3,47	1,09
Valoración información sobre inserción formativo-laboral (según necesidades personales)	410	2,53	1,29

**Tabla 13**

	Directores			Terapeutas		
	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD
Trabajo adecuado para formar académica y laboralmente a las personas en Tto.	28	3,04	1,00	105	2,70	1,07
Actividades formativas desarrolladas idóneas para alcanzar los objetivos de la CT	28	3,57	1,00	103	3,35	1,02
		Sí	No		Sí	No
La CT responde a las necesidades de las personas en Tto. en cuanto a formación	27	63,00%	37,00%	102	52,90%	47,10%

**Tabla 14**

Habilidades sociales que se entrenan	Directores	Terapeutas
Escucha activa	100%	100%
Iniciar y mantener conversaciones	92,9%	98,1%
Dar las gracias	96,4%	94,1%
Hacer y recibir cumplidos	100%	87,4%
Pedir ayuda	100%	100%
Integrarse en grupos	100%	98,1%
Dar instrucciones	96,4%	97%
Seguir instrucciones	100%	97%
Trabajar en grupo	100%	100%
Disculparse	100%	100%
Pedir permiso	100%	100%
Ayudar a los demás	100%	100%
Negociar para llegar a acuerdos	96,4%	95,2%
Defender los derechos propios	100%	98,1%
Hacer y recibir críticas	100%	99%
Afrontar el fracaso	100%	100%
Hacer frente a las presiones del grupo	96,4%	98%
Saber decir no	100%	100%



Tabla 15

	Familiares		
	N	$\bar{x}$	SD
Información recibida sobre el proceso de tu familiar	264	4.26	0.90
Asesoramiento pautas de actuación en el acompañamiento	259	4.21	0.88
Espacio de encuentro con otras familias en tu misma situación	255	3.78	1.01
Calidad de la atención que recibes	263	4.46	0.72
Rapidez con que se atienden tus demandas	261	4.26	0.84
Sentirse acompañado por el equipo terapéutico	261	4.39	0.89
El trabajo familiar se adecua a tus necesidades	260	4.29	0.91

Tabla 16

	Directores			Terapeutas			Personas en Tto.		
	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD	N	$\bar{x}$	SD
Mejora de la comunicación con su familia	28	3,89	0,74	102	3,75	0,75	431	4,02	1,03
Mejora de la comunicación con su pareja	28	3,96	0,74	102	3,75	0,73	250	3,44	1,58
Mejora de la comunicación intergeneracional	28	3,68	0,72						
Mejora de la comunicación del sistema conyugal	28	3,79	0,74						
Reorganización de la dinámica familiar	28	3,46	0,92						

tasa de no respuesta en algunos de los ítems utilizados (que en algún caso alcanzó el 85%) y que hizo imposible presentar una descripción de los talleres concretos realizados, tanto de formación reglada como ocupacional.

### 3.1.7. Potenciar el proceso de resocialización

Las personas en tratamiento en su cuestionario valoran con una media de 4,10 (sobre 5) el grado en que la CT favorece las relaciones interpersonales. Los registros de expedientes clínicos muestran también diferencias significativas entre las personas a la mitad del tratamiento en CT y las que se encuentran al final, mostrando éstas mayor capacidad de establecer relaciones interpersonales.

Los profesionales coinciden en que en la CT existen instrumentos para entrenar todas las habilidades sociales por las que se preguntó en el cuestionario (Tabla 14), y que este trabajo se lleva realmente a cabo.

Las valoraciones de los usuarios sobre la utilidad de estas habilidades está en torno a 4 puntos, siendo las que más han adquirido, según los profesionales: trabajar en grupo, pedir permiso, pedir ayuda e integrarse en grupos. Por el contrario, las habilidades menos adquiridas fueron las habilidades parentales (3,30 de media según los directores, y 3,39 según los terapeutas), hacer y recibir cumplidos (3,43 directores y 3,40 terapeutas) y negociar para llegar a acuerdos (3,64 directores y 3,45 terapeutas).



Los familiares de las personas en tratamiento valoraron la adquisición de todas las habilidades sociales por encima de 4 puntos de media, destacando la de la capacidad de escuchar ( $\chi=4,61$ ). Asimismo, valoran que la relación con su familiar en tratamiento ha mejorado ( $\chi=4,68$ ).

Destaca en estos datos la baja valoración que reciben las habilidades educativas con hijos, ya que ni los directores ni los terapeutas las consideran adecuadas ( $\chi=2,92$  y  $\chi=2,84$ , respectivamente), ni las personas en tratamiento están satisfechas con su aprendizaje ni con su posibilidad de aplicación ( $\chi=2,88$  y  $\chi=2,82$ , respectivamente).

Otro recurso para fomentar la resocialización es la participación en actividades externas. La realización de estas actividades se considera importante tanto por las personas en tratamiento y sus familias, como por los profesionales. Las actividades consideradas más necesarias son las deportivas, que son las más realizadas por las personas en tratamiento (72,10%), seguidas por las actividades culturales (68,7%). Las actividades menos realizadas fueron las de tipo religioso (10,80%) y político (4,20%).

### 3.1.8. Integrar a la familia en el proceso de la persona en tratamiento

La integración de las familias en el tratamiento, siempre que sea viable, se considera una cuestión fundamental para lograr una adecuada adaptación socio-familiar. Para ello, se suelen realizar desde la CT una diversidad de actividades con ellas (entrevistas, seminarios, grupos familiares, grupos de autoayuda para familiares, etc.).

Los familiares participan mayoritariamente en las entrevistas y grupos familiares, ya que

son requeridos para ello como parte del tratamiento de su familiar. La participación disminuye en otro tipo de actividades, aunque sigue manteniéndose alta (de toda la gama de posibles actividades, al menos tres cuartas partes de las familias acuden a alguna de ellas).

El cumplimiento de las pautas del equipo terapéutico por los familiares obtiene una media en torno a 3 en la valoración de los profesionales (2.96 directores; 3.25 terapeutas), lo que indica que es mejorable. Según los directores, los motivos subyacentes son el desconocimiento y desconfianza del programa y el miedo de la familia al conflicto; los terapeutas señalan su falta de implicación y desmotivación, así como una mala comprensión de las normas del tratamiento.

A pesar de ello, las familias se muestran muy satisfechas con la atención recibida (Tabla 15), y los resultados que se obtienen son al menos buenos (Tabla 16).

Los familiares valoran que la relación familiar con el tratamiento ha mejorado ( $0=4,68$ ). Los terapeutas creen que los objetivos familiares se han cumplido en el 63,0% de los casos. Diferentes aspectos de la comunicación y la reorganización familiar también se considera que han mejorado (Tabla 16). El único aspecto a resaltar es que las personas en tratamiento hacen una valoración significativamente más alta que los terapeutas en cuanto a la mejora de la comunicación con sus familias.

### 3.2. Eficiencia

La eficiencia analiza la combinación óptima de recursos para obtener los resultados previstos. En esta evaluación se ha tenido en cuenta la adecuación de las actividades realizadas a su programación, los recursos humanos, materiales y comunitarios, y las necesidades



no cubiertas según los diferentes agentes. Un criterio puro de eficiencia como hubiera sido el económico, no se ha podido analizar debido a la falta de datos comparativos sobre programas de características similares.

La ejecución real de la programación de actividades se realiza con eficiencia. En general, no se produce una diferencia notable entre las actividades programadas y las realizadas. En las excepciones en que la programación no se cumple, las principales razones que aducen los directores son la necesidad de reorganización de la programación, la no comparecencia de familiares o de personas en tratamiento en actividades en las que se requiere su asistencia, y otros imprevistos.

Los profesionales consideran adecuada su dedicación a actividades como los grupos y seminarios terapéuticos, reuniones de trabajo, coordinación externa y situaciones no previstas. Hay algunas actividades a las que piensan que deberían dedicar más tiempo, diferenciándose los directores y los terapeutas en función de las actividades propias de su puesto; así, los directores echan de falta tiempo para actividades de gestión, en tanto los terapeutas para tener más entrevistas con las personas en tratamiento y promocionar más actividades de tiempo libre y de formación no reglada. Ambos grupos coinciden sin embargo en que deberían dedicar más tiempo a entrevistas con familiares.

Esta percepción de falta de tiempo para realizar las actividades propias de su puesto puede relacionarse con la percepción de la adecuación de los recursos humanos, ya que la escasez de personal es una de las necesidades no cubiertas más mencionadas por los profesionales. En general, las plantillas suelen estar muy ajustadas, aunque no desbordadas, como muestran los datos de satisfacción del perso-

nal; los profesionales se muestran satisfechos con la autonomía con que realizan su trabajo (85.7% directores y 71.9% terapeutas), el aprovechamiento de sus capacidades (78.5% directores, 64.2% terapeutas), coinciden con la posibilidad de alcanzar los objetivos planteados (82.1% directores, 79.05% terapeutas, voluntarios 89.3%), se sienten reconocidos tanto por las personas en tratamiento, sus familias, y el voluntariado. El único aspecto en el que los profesionales se muestran menos satisfechos es con la remuneración (directores  $\chi=2.75$ , terapeutas  $\chi=2.87$ ).

Los recursos materiales empleados son valorados como adecuados tanto por las personas en tratamiento ( $\chi=3.69$ ) como por los familiares ( $\chi=3.85$ ). Los terapeutas coinciden en que los recursos de las comunidades son suficientes, aunque entre los directores existe división respecto a este tema. Estos coinciden (77.8%) sin embargo en que las comunidades hacen un uso adecuado de los recursos comunitarios.

Se inquirió de forma abierta sobre las necesidades que dejaban sin cubrir las comunidades, obteniéndose los siguientes resultados: los profesionales plantean la necesidad de un tratamiento más específico para personas con ciertos perfiles (mujeres, condenas penitenciarias, trastornos psicológicos, víctimas de violencia, o hijos a cargo), así como más personal; para las personas en tratamiento los aspectos no cubiertos son los laborales y económicos; sus familiares creen necesario cubrir las necesidades deportivas; el voluntariado demanda mayor implicación en el equipo y más formación. Es reseñable que para el 23% de las personas en tratamiento y el 40% de sus familiares las comunidades cubren todas sus necesidades.



### 3.3. Pertinencia

La pertinencia es la adecuación del programa a las necesidades del contexto. Para ello se han evaluado aspectos como la adecuación de la intervención a los objetivos y a las necesidades de sus destinatarios.

Respecto a la adecuación del modelo de CT a los objetivos planteados, la mayoría de los agentes encuestados considera que tanto la duración establecida, como la metodología empleada y la normativa del centro, son adecuadas, y genéricamente tanto las personas en tratamiento como sus familiares valoran que es útil para la rehabilitación (personas en tratamiento  $\bar{x}$ =4.55, familiares 4.68, en una escala con máximo de 5).

Las áreas donde todos los grupos echan de menos una mayor adecuación son la formativa y laboral, y en el ámbito normativo las personas en tratamiento mencionan las normas sobre el tiempo libre (también reclaman más actividades de este tipo).

Respecto a las actividades concretas, los profesionales y las personas en tratamiento coinciden en que la actividad más idónea para llegar a los objetivos son los grupos de autoayuda.

En relación a las actividades con familiares, más del 90% de los encuestados estuvo de acuerdo en que todas las actividades expuestas en el cuestionario facilitan la integración familiar en el tratamiento. El mismo acuerdo se consiguió del resto de los agentes preguntados por esta cuestión: terapeutas, directores y voluntariado. La actividad más importante para conseguir los objetivos familiares son los encuentros familiares, según tanto los profesionales como los propios familiares. También coinciden en que las asambleas son el instrumento que menos contribuye al logro de los objetivos.

En relación al perfil de las personas atendidas y la satisfacción de sus necesidades, todos los grupos mostraron su acuerdo con el régimen de la CT, horarios, estructura organizativa y otros aspectos de su estructura. Las puntuaciones se mantuvieron siempre por encima de 3 en la habitual escala con máximo de 5.

### 3.4. Cobertura

El grado de alcance de las comunidades sobre su población destinataria no es posible determinarlo con exactitud, dada la carencia de datos sobre el número de drogodependientes susceptibles de incorporarse a este tipo de tratamiento. El análisis de la cobertura se realizó por tanto sobre la gama de posibles perfiles de drogodependientes, y la accesibilidad.

Respecto al primer punto, en la mayoría de los centros (80%) existen plazas para personas con cumplimiento judicial, con diagnóstico de patología dual, sin personas acompañantes y en tratamiento con metadona. En el caso de las personas que sufren de patología dual, sin embargo, los directores consideran que, aunque existen plazas, la cobertura no es adecuada, lo que podría relacionarse con la ya mencionada necesidad de individualizar el tratamiento para algunos perfiles. También por esta necesidad de tratamiento específico, estos casos suelen tratarse en coordinación con recursos especializados.

Por otra parte, hay perfiles que no se cubren suficientemente, como es el de usuarios con hijos a cargo (sólo un 7.7% de los centros tienen plazas para ellos), si bien es algo que debe analizarse en relación con las necesidades, ya que aunque no existan plazas designadas para este perfil, o de guardería para



la atención de los hijos durante la terapia, es posible que estas dificultades se suplan en la práctica a través de otros medios (como la custodia temporal de los menores por otros familiares).

En relación a la accesibilidad, la mayoría de los centros están situados en zonas rurales (85.2%), siendo el autobús el principal medio de transporte. Aquí se detecta una clara necesidad, ya que, aunque en el 75% de los centros existen suficientes plazas de aparcamiento, tres cuartas partes de los directores opina que el transporte público hasta la CT resulta insuficiente. Los datos son contradictorios, puesto que aunque los directores detectan que estas dificultades de acceso causan que los familiares no asistan en ocasiones a actividades a las que se les convoca, éstos califican la ubicación de las comunidades entre bastante y muy adecuada. La explicación puede provenir de otro dato, ya que las familias quizá son capaces de arreglarse con los medios de transporte existentes, pero no obstante manifiestan que los horarios de las actividades les resultan a veces incompatibles con su horario laboral.

### 3.5. Impacto

El análisis del impacto se refiere al de todos los cambios provocados por la intervención, incluyendo aquellos indeseados o no previstos. En esta evaluación se ha centrado el análisis en la repercusión de las CTs en su entorno amplio y en los efectos colaterales. Sin embargo, resulta difícil aislar eficazmente, para la mayoría de estos efectos, la repercusión de la fase de CT, puesto que igualmente se podrían interpretar como un efecto general del tratamiento completo.

Las relaciones de la CT con entidades del entorno suelen ser con aquellas de tipo

médico y de salud mental, principalmente públicas, ya que sus áreas de acción no están cubiertas desde la propia CT. Con estas instituciones se detectan algunos problemas de coordinación, derivados de la existencia de distintos criterios, la falta de información y el desconocimiento del modelo de intervención de Proyecto Hombre.

En el ámbito jurídico, se detecta una considerable influencia evitando la reincidencia y el encarcelamiento, ya que se ha concedido una medida alternativa a la prisión para el cumplimiento de sus penas a un 41,4% de los varones, y un 36,5% de las mujeres que lo solicitaron, lo que muestra una percepción positiva del entorno judicial hacia los tratamientos de Proyecto Hombre. A este dato hay que añadir el ya comentado de la ausencia de delitos cometidos por personas durante su tratamiento en CT.

Otra repercusión evidente se produce en el voluntariado, existiendo un importante porcentaje de personas voluntarias en la CT que ha tenido un familiar en tratamiento, aunque esto se produce sólo en el 55% de los Centros. Asimismo, las personas en tratamiento en ocasiones se incorporan a acciones de voluntariado, aunque el porcentaje es poco relevante (7.4% de los encuestados).

Los propios agentes implicados detectaron algunos efectos colaterales del tratamiento en CT, cada grupo de ellos citando los más cercanos a sí mismos, que globalmente, por porcentajes de mención, fueron los siguientes: integración de familiares en el voluntariado, menor alarma social ante las personas con problemas de drogas, mejora de las relaciones familiares (incluyendo aquellas en las que la persona en tratamiento no estaba implicada) y el inicio de terapia de otros miembros de la familia.



## 4. DISCUSIÓN

Los datos analizados ofrecen una imagen en general positiva del funcionamiento de las CTs de Proyecto Hombre. A continuación se detallan algunas recomendaciones que se concluyen de dicho análisis, discutiéndolas en relación con otros materiales.

Los resultados de eficacia son los esperados para los objetivos de vinculación, desarrollo de hábitos, responsabilización del propio comportamiento, autocontrol e interiorización de valores. Siendo la CT una fase intermedia de un proceso más amplio de rehabilitación, aunque no es el propósito de esta evaluación, conviene evaluar la medida en que estos objetivos se traducen en el medio natural de las personas en un comportamiento adaptado. A este respecto nos sirven como referencia evaluaciones específicas de la eficacia como la realizada por Fernández-Hermida et al. (2001), que revisando tres estudios independientes y realizados por evaluadores externos sobre programas de Proyecto Hombre, comprueban que en un periodo de seguimiento tras el alta los cambios realizados por las personas en tratamiento se mantienen en un alto grado.

Existen sin embargo algunos temas a los que es preciso prestar atención. La evaluación obtuvo datos, tanto de profesionales como de personas en tratamiento, indicando que la formación académica y ocupacional es un aspecto a mejorar; aunque este objetivo, como ya se trató en el punto anterior, es más adecuado para la etapa de Reinserción, las personas en tratamiento se sienten capacitadas para retomar estos aspectos de su vida, y existen motivos prácticos que aconsejan iniciar este trabajo desde la CT. Por ello, es necesario revisar el diseño de las actividades de esta área, tratando de flexibilizar la estructura de la CT para facilitar la formación, o bien

proporcionar otras alternativas. Es importante recordar que, aunque se están haciendo varios esfuerzos no coordinados (las actividades de inserción laboral parecen ser muy dispares de un Centro a otro), lo que las que las personas consideran que ha tenido más influencia en su inserción laboral en un período de seguimiento, son la orientación laboral recibida en la CT y la práctica de habilidades laborales, lo que relaciona el éxito con el propio sistema organizativo de la CT, por encima de otras actividades, incluida la formación ocupacional en recursos externos (López, J.J., 2007).

El área de tiempo libre aparece puntuada también, tanto por los profesionales como por los destinatarios de la intervención, como un área con necesidad de mejora; teniendo en cuenta por un lado las limitaciones estructurales de la CT como entorno cerrado la mayoría de las veces, y por otro las posibilidades educativas y socializadoras de esta área, parece conveniente que se revisen los recursos dedicados a ella con el sentido de mejorar el tratamiento. En este sentido, se podría fomentar la participación de las personas en tratamiento, en la medida en que su proceso de intervención se lo permita, en actividades de voluntariado, ya que actualmente se está explotando poco este recurso.

Aunque la satisfacción de los familiares acompañantes es muy alta, los profesionales detectan que su cumplimiento de las pautas del equipo terapéutico no es el óptimo. Los motivos que sugieren los profesionales se relacionan principalmente con la falta de información y el miedo al conflicto; aprovechando la buena percepción de los familiares sobre el equipo de la CT, debería poder minimizarse estos factores, a través tanto de actividades informativas como del diálogo con los familiares, algo que los propios profesionales ven necesario incrementar.



Asimismo, dado que la ubicación de las CTs o los medios de transporte disponibles son de difícil modificación, sería necesario revisar el horario ofertado a los familiares para su atención, o replantear el lugar de realización de algunas actividades, dado que existen dificultades de accesibilidad.

Por otro lado, un importante porcentaje de personas en tratamiento tiene hijos, y aunque las relaciones familiares de todo tipo mejoran con el tratamiento, al ser cuestionadas refieren no haber adquirido las habilidades educativas necesarias para con sus hijos, algo en lo que coinciden los profesionales. Dada la repercusión que esta carencia puede ocasionar, parece justificado tomar algún tipo de medidas para corregir la situación.

También parece necesario, para aumentar la eficiencia y la cobertura de las CTs, mejorar la atención a perfiles específicos. Dado que cada Centro funciona de manera autónoma, se debería estudiar la necesidad en cada zona y elaborar planes en aquellos puntos donde se detecte la conveniencia, dado que algunos de estos perfiles, como las personas con trastornos de personalidad, pueden presentar mayores riesgos de abandono prematuro del tratamiento (Fernández-Montalvo, J., 2004).

La implantación de la CT en su entorno puede incrementarse a través de la mejora de la coordinación con entidades externas; parece sensato plantearse la superación de los problemas detectados a través de actividades sistemáticas de información sobre el modelo de intervención de Proyecto Hombre y el conocimiento de los modelos ajenos.

Para el último lugar hemos dejado la valoración acerca de los recursos humanos. La mayoría de las necesidades citadas más arriba fueron detectadas por los propios profesionales de las CTs, y en muchos casos

si no son cubiertas es porque, pese a la gran colaboración del voluntariado, las plantillas están muy ajustadas y existe una percepción de falta de personal y de sobrecarga de tareas. Pese a ello, la satisfacción laboral es bastante alta, lo que no impide que a través de varios indicadores se exprese la necesidad de incrementar algunas actividades, como las formativas y laborales, las entrevistas con familiares y personas en tratamiento, o la atención a determinados perfiles, por lo que se debería investigar la posibilidad de incrementar y desahogar las plantillas, dando cobertura a dichas necesidades.

A este respecto una de las opciones es optimizar el trabajo del voluntariado, implicándolo más en los equipos como ellos mismos demandan, otorgándoles más responsabilidad y permitiéndoles participar más a fondo en la toma de decisiones y el día a día de las CTs.

La evaluación arroja finalmente recomendaciones también sobre su propio proceso, ya que la propia práctica genera un aprendizaje institucional que debe ser aprovechado. Así, en la realización de próximas evaluaciones debe revisarse sobre todo el diseño de algunos ítems e instrumentos que fueron objeto de escasa tasa de respuesta.

Asimismo, para ciertas variables (evolución de habilidades como las sociales, adherencia al tratamiento, seguimiento tras el alta, etc.) se observa la necesidad de realizar estudios longitudinales que corroboren los datos de eficacia ya citados. Por otro lado, en esta evaluación se dejó recaer el peso de la recogida de datos principalmente en cuestionarios, los cuales, aunque válidos (como demostraron sus resultados coincidentes entre diferentes agentes y en ocasiones diferentes técnicas también), podrían ser sustituidos por instrumentos estandarizados con la ventaja de extender las posibilidades de comparación.



## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Alvira, F. (1991) **Metodología de la Evaluación de Programas**. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. Colección "Cuadernos Metodológicos", N° 2.
- Arrizabalaga, B., Urrestarazu, M., & de la Huerga, E. (2000). "**Evaluación de las altas terapéuticas en Proyecto Hombre de Guipúzcoa**". Educación Social, n° 14, 84-93.
- Asociación Proyecto Hombre (2006). **Informe de Evaluación de las Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre**. Publicación interna.
- Bustelo M.; Ligeró J.; Martínez M. (2003) "**Fichas del Maletín Pedagógico**". Material docente del "Experto en Evaluación de Programas y Políticas Públicas". Madrid. Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. UCM.
- Caurín, P, Seva, A., Galindo, F. J., & Ausejo, M. (2004). "**Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988 y el 2000**". Comunicación Psiquiátrica 01/03. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría, Número extraordinario: Las Drogodependencias en Aragón, 49-126.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., Magdalena-Benavente, Y., & Riestra del Rosal, C. (1999). **Evaluación de la Eficacia del Programa Educativo-Terapéutico para Rehabilitación de Toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias**. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades, R. (2001). **Evaluación de la Eficacia del Programa Proyecto Hombre**. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludena, J. J., & Marina-González, P. A. (2002). "**Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study**". European Addiction Research, 8(1), 22-29.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., et al. (2004). "**Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica**". International Journal of Clinical and Health Psychology 4(2): 271-283.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2007). "**Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain**". Substance Use & Misuse, 42.
- García, O., Secades, R., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L. (2004) **Perfil psicossocial y toxicológico de consumidores de heroína y cocaína**. Memoria 2003. Asociación Proyecto Hombre.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., & Ginzburg, H.M. (1989). **Drug Abuse Treatment: A national Study of Effectiveness**. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- López, J.J. (Coordinador) (2007), **Comparación de tres prácticas de inserción laboral en drogodependencias**. Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Luengo, M. A., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (2000). **Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas**. Santiago de Compostela: Editorial Compostela, S.A.
- March, M.X., & Orte, C. (1997). "**Avaluació del Projecte Home Balears**". Paper presented at the I Congrés de Drogodependencies a les Illes Balears.