

El modelo de stake como marco de referencia para evaluar una comunidad terapéutica para la rehabilitación de toxicómanos

Joaquín Alfonso García Llanea

Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo

Resumen

En este artículo presentamos el Modelo de Stake como marco de referencia teórico para evaluar un programa de rehabilitación de toxicómanos que utiliza la Comunidad Terapéutica (C.T.) como método de tratamiento terapéutico. Tanto los residentes, los terapeutas, las familias y los voluntarios participaron en este trabajo evaluativo a través de cuestionarios estructurados, entrevistas con preguntas abiertas y la observación participante y no participante del evaluador. Los resultados obtenidos de este estudio de caso posibilitan extraer unas conclusiones esclarecedoras acerca de las diversas estrategias y actividades terapéuticas implementadas en el programa que pueden ayudar a la mejora del mismo y de otros programas con características similares.

Palabras Clave

Modelo de Stake, evaluación, comunidad terapéutica, rehabilitación, toxicómanos.

Summary

In this article we present the Stake Model as theoretical framework to evaluate a rehabilitation program that is used by the Therapeutic Community (T.C.) as therapeutic treatment method. Residents, therapists, families and volunteers, participated in this evaluation work through structured questionnaires, interviews with open questions, as well as the participant and non participant observation of the evaluator. The obtained results of this case study, permit to extract enlightening conclusions about the diverse therapeutic strategies and activities implemented in the program that can help to improve the program itself, as well as other programs with similar features.

— Correspondencia a:

E-mail: jalfonso1973@hotmail.com

Fax: 985103429

C/ Aniceto Sela S/N. 33005 Oviedo (Asturias). Tlf: 985103235



Key Words

Stake Model, evaluation, therapeutic community, rehabilitation, drug addicts.

I. INTRODUCCIÓN

Después de realizar, en otro trabajo (García, 2009), un análisis del estado de la cuestión sobre las evaluaciones realizadas en programas y C.T. para la rehabilitación de toxicómanos hemos descubierto que generalmente los programas de C.T., desde su aparición en los años 50 del siglo XX (De Leon, 2004a; De Leon, 2004b), venían siendo evaluados desde una perspectiva psicológica utilizando modelos experimentales y cuasiexperimentales con la finalidad principal de identificar relaciones de causa-efecto entre la aplicación del programa y los resultados obtenidos.

La utilización de estos modelos se llevaba a cabo en evaluaciones "sumativas, ex-postfacto y externas" que buscan conocer la eficacia de los programas, es decir si los sujetos a los que se aplica reducen o eliminan el consumo de drogas. Los diseños más utilizados puesto que están en consonancia con los modelos experimentales son los "pretest-posttest sin grupo control", "longitudinal sin grupo de control" y "pretest-posttest con grupo de control no aleatorio".

La propuesta evaluativa que exponemos en este artículo trata de superar el vacío existente, creado por los modelos experimentales, de evaluaciones que tengan en cuenta los procesos además de los resultados. Para ello, se utiliza como marco de referencia el modelo de Stake (Stake, 1989), de tal manera que se considera la "matriz descriptiva" y la "matriz de juicios" como se muestra en el esquema 1.

Dentro de primera tenemos en cuenta las "intenciones" o lo que las audiencias implicadas (residentes, terapeutas, familias y voluntarios) pretenden y las "observaciones" o lo que realmente se percibe del programa. En la "matriz de juicios" recogemos información sobre las "normas" o lo que las audiencias aprueban y también se formulan los juicios que hacen referencia a la valoración de las audiencias sobre las distintas estrategias y actividades implementadas en la C.T. Por cuestiones de espacio no se especifica con más detalle el modelo, no obstante se puede recurrir a Stufflebeam y Skinkfield (1987: 244) para un estudio más profundo del mismo.

En este modelo tiene especial relevancia:

1.- El análisis de las contingencias que hace referencia a la existencia de una posible relación -no necesariamente de causa-efecto- que debe existir entre los antecedentes (situación de partida de los residentes del programa), las transacciones (procesos terapéuticos y reeducativos) y resultados (logros obtenidos) del programa evaluado (ver esquema 1). Este análisis se realiza en las "intenciones" que hacen referencia a lo que pretenden las distintas audiencias con el programa y en las "observaciones" o lo que realmente sucede al aplicar el programa.

2.- El análisis de las congruencias que tiene la finalidad de estimar la coherencia de las relaciones lógicas que deben existir entre las diversas acciones de un programa. En este caso concreto, entre las "intenciones", es



decir, la situación de partida de las audiencias implicadas y las "observaciones" o la situación realmente alcanzada después de realizar el programa.

Para formular los juicios de valor relativos al mérito del programa se tienen en cuenta tanto las normas de calidad sobre este tipo de programas como los datos descriptivos de otros programas similares al evaluado. Los resultados obtenidos en este trabajo evaluativo tienen especial relevancia para la práctica de la C.T. por dos motivos fundamentales:

1º Porque surgieron de la reflexión conjunta de todas las audiencias implicadas y del equipo evaluador mediante un proceso de *feed-back* continuo a lo largo de todo el proceso evaluativo.

2º Debido a que la información recabada acerca del programa terapéutico hace referencia a las distintas estrategias y actividades terapéuticas que se llevaron a cabo en el mismo.

Muchos de los resultados aquí obtenidos serían relevantes para otros programas de C.T. teniendo en cuenta que el contexto de intervención y las características de la muestra sean similares al programa objeto de estudio.

2. MATERIALES Y MÉTODO

El propósito de este trabajo es "realizar una evaluación de un programa de C.T. con mantenimiento de metadona para la rehabilitación de toxicómanos", en donde se tengan en cuenta tanto los procesos como los resultados y la evaluación responda a las necesidades de las personas implicadas en el programa evaluado. Tanto el diagnóstico inicial como las variables del estudio se especificaran en apartados posteriores con la finalidad de

respetar el orden lógico del modelo evaluativo utilizado. Para ello se plantean los objetivos específicos que a continuación detallamos.

2.1 Objetivos

1.- Comprobar si el programa evaluado cumple los objetivos para los que fue diseñado en función de los resultados obtenidos.

2.- Obtener información de la valoración que realizan sobre el tratamiento de C.T. los destinatarios a los que va dirigido el programa objeto de evaluación.

3.- Recabar información del resto de las audiencias implicadas (terapeutas, familias y voluntarios) sobre la valoración que realizan del programa en relación a las intenciones y los resultados a lograr.

4.- Evaluar la adecuación y pertinencia del propio programa de C.T. en cuanto al diseño, aplicación y sistema de evaluación, para la rehabilitación de toxicómanos con tratamiento de metadona.

2.2 Metodología del estudio

El presente trabajo se enmarca dentro de las investigaciones evaluativas dirigidas a conocer si el programa a dado respuesta a las necesidades de las audiencias implicadas (Stake, 1989; Stake, 1998) siguiendo el Modelo de Stake (ver esquema 1). Por ello, en su planificación se parte de un **diseño emergente** con un fundamento teórico flexible en donde los criterios de evaluación para emitir los juicios de valor adoptan la perspectiva de las personas implicadas en el programa.

Desde la perspectiva de la metodología empleada (De Miguel, 2000) se trata de un estudio **observacional** pues se trata de una



evaluación llevada a cabo en un contexto natural, donde no se puede manipular la variable independiente, en este caso la intervención y además se hace imposible observar grupos de sujetos que hayan sido elegidos aleatoriamente. Por lo dicho anteriormente los instrumentos de recogida de información fueron elaborados *ad-hoc*.

Desde el punto de vista del sistema de control de resultados este trabajo se puede tipificar como **no comparativo** dado que por las características del mismo resultó imposible establecer un grupo de control, ya que no sería ético dejar a un grupo de sujetos fuera de un programa de deshabituación de drogas para tenerlos como grupo de control. En este caso hemos optado por realizar entrevistas a un mismo grupo (control reflexivo) y obtener la valoración de los participantes en las estrategias y actividades terapéuticas (toxicómanos y terapeutas) y no participantes (voluntarios, sólo participan en la actividad de tiempo libre y familias) del programa (control a la sombra).

2.3 Planificación de la información a recoger

Siguiendo el modelo elegido el proceso de recogida de información se realizó conforme al esquema 2 y 3. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron las siguientes (Valles, 1997):

- Una entrevista estructurada con cuestionario de preguntas cerradas y abiertas.
- Una entrevista estructurada con guión de preguntas abiertas.
- Revisión de registros propios del programa evaluado.
- Observación participante y no participante.

2.3.1 Entrevista estructurada con cuestionario de preguntas cerradas y abiertas

Dado que con esta entrevista se pretende conocer si se cumplen los objetivos para los que fue diseñado el programa, éstos están organizados en torno a las áreas personal, de salud y socio-laboral. Para elaborar el cuestionario de la entrevista se siguieron las siguientes fases:

a) Elaboración del primer protocolo

El cuestionario está dividido en 4 unidades de observación que son identificación, personal, de salud y socio-laboral según la organización de los objetivos del programa. En este cuestionario no se pueden realizar pruebas métricas para comprobar la fiabilidad y validez externa del mismo, ya que no es un cuestionario psicométrico de medida, sino que tiene una orientación cualitativa y va dirigido, según Rodríguez, Gil y García (1996) tanto a recoger información descriptiva común (sexo, edad, situación jurídica, etc.) como información de carácter cualitativo (frecuencia de actividad deportiva, consumo de alcohol, etc.). No obstante, los ítems utilizados fueron extraídos y validados en otros trabajos (Fernández y Secades, 1999; Fernández y Secades, 2001).

Una vez elaborado este primer protocolo se pasa a la triangulación del mismo mediante un sistema de expertos.

b) Validación del primer protocolo.

Para la validación de este instrumento se utilizó la triangulación a través de expertos y se contó con la colaboración de un experto del ámbito universitario, el director/terapeuta del programa evaluado y el evaluador interno del programa. Para finalmente introducir las modificaciones propuestas por los expertos. El procedimiento completo y los criterios de



adecuación y descarte se pueden consultar en García, J. (2008).

c) Elaboración del segundo protocolo y prueba piloto.

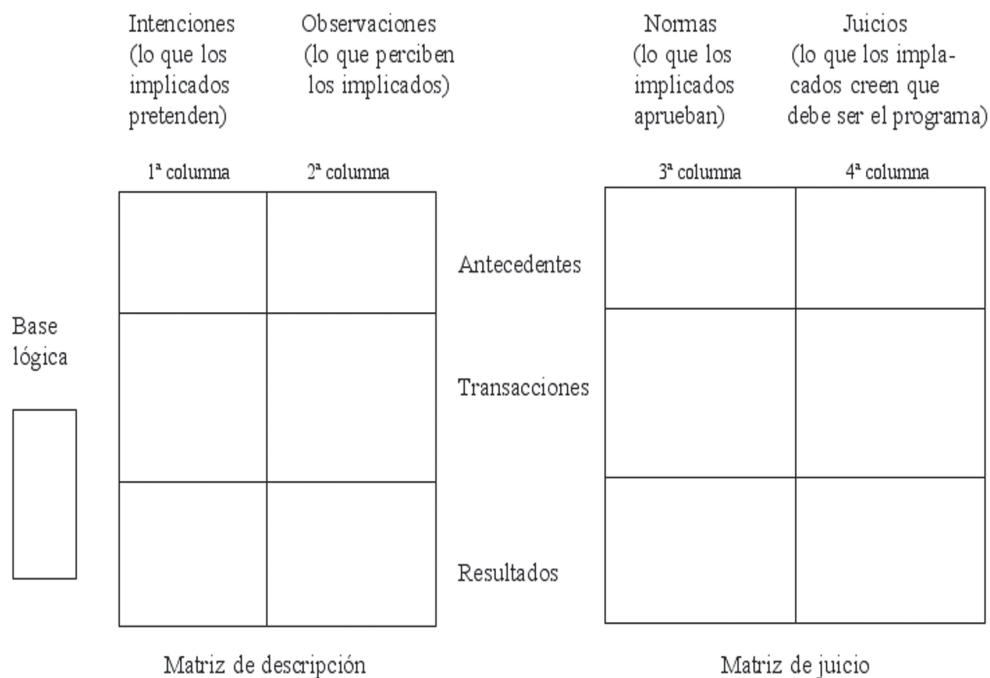
Después de introducir los cambios pertinentes en el primer protocolo siguiendo las indicaciones de los expertos, se elabora el segundo protocolo con la intención de comprobar su funcionamiento con 10 sujetos de las mismas características que los de la muestra objeto de

estudio. Una vez realizada la entrevista con los 10 sujetos mediante el protocolo diseñado siguiendo las indicaciones de los expertos, se comprueba que la estructura y forma del protocolo es la adecuada (García, 2008).

d) Elaboración del protocolo final.

Con las modificaciones introducidas después de realizar la prueba piloto se construye el protocolo final (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Esquema I. Matriz de descripción y juicios.



Fuente: Stake (1967) citado por Stufflebeam y Skinkfield (1987: 244)



Esquema 2. Matriz descriptiva.

	Intenciones	Observaciones																																				
A	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.</td> <td>- Residentes</td> <td>- Entrevista</td> </tr> <tr> <td>- Apoyos externos para realizar el prog.</td> <td>- Terapeutas</td> <td>- Registros</td> </tr> <tr> <td>- Motivos para realizar el prog.</td> <td>- Familias</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Voluntarios</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.	- Residentes	- Entrevista	- Apoyos externos para realizar el prog.	- Terapeutas	- Registros	- Motivos para realizar el prog.	- Familias			- Voluntarios		<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.</td> <td>- Residentes</td> <td>- Entrevista</td> </tr> <tr> <td>- Apoyos externos para realizar el prog.</td> <td>- Terapeutas</td> <td>- Observación participante</td> </tr> <tr> <td>- Motivos para realizar el prog.</td> <td>- Familias</td> <td>- Observación no participante</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Voluntarios</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.	- Residentes	- Entrevista	- Apoyos externos para realizar el prog.	- Terapeutas	- Observación participante	- Motivos para realizar el prog.	- Familias	- Observación no participante		- Voluntarios							
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>																																				
- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.	- Residentes	- Entrevista																																				
- Apoyos externos para realizar el prog.	- Terapeutas	- Registros																																				
- Motivos para realizar el prog.	- Familias																																					
	- Voluntarios																																					
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>																																				
- Consecuencias consumo de droga en: el área personal, de salud, social y laboral.	- Residentes	- Entrevista																																				
- Apoyos externos para realizar el prog.	- Terapeutas	- Observación participante																																				
- Motivos para realizar el prog.	- Familias	- Observación no participante																																				
	- Voluntarios																																					
T	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Actividades terapéuticas</td> <td>- Residentes</td> <td>- Entrevista</td> </tr> <tr> <td>- Actividades sectores trabajo</td> <td>- Terapeutas</td> <td>- Observación no participante</td> </tr> <tr> <td>- Actividades Ocio y T.L</td> <td>- Familias</td> <td>- Observación participante</td> </tr> <tr> <td>- Seguimiento médico</td> <td>- Voluntarios</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Convivencia resto de usuarios</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Actividades terapéuticas	- Residentes	- Entrevista	- Actividades sectores trabajo	- Terapeutas	- Observación no participante	- Actividades Ocio y T.L	- Familias	- Observación participante	- Seguimiento médico	- Voluntarios		- Convivencia resto de usuarios			<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Actividades terapéuticas</td> <td>- Residentes</td> <td>- Entrevista</td> </tr> <tr> <td>- Actividades sectores trabajo</td> <td>- Terapeutas</td> <td>- Observación no participante</td> </tr> <tr> <td>- Actividades Ocio y T.L</td> <td>- Familias</td> <td>- Observación participante</td> </tr> <tr> <td>- Seguimiento médico</td> <td>- Voluntarios</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Convivencia resto de usuarios</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Actividades terapéuticas	- Residentes	- Entrevista	- Actividades sectores trabajo	- Terapeutas	- Observación no participante	- Actividades Ocio y T.L	- Familias	- Observación participante	- Seguimiento médico	- Voluntarios		- Convivencia resto de usuarios		
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>																																				
- Actividades terapéuticas	- Residentes	- Entrevista																																				
- Actividades sectores trabajo	- Terapeutas	- Observación no participante																																				
- Actividades Ocio y T.L	- Familias	- Observación participante																																				
- Seguimiento médico	- Voluntarios																																					
- Convivencia resto de usuarios																																						
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>																																				
- Actividades terapéuticas	- Residentes	- Entrevista																																				
- Actividades sectores trabajo	- Terapeutas	- Observación no participante																																				
- Actividades Ocio y T.L	- Familias	- Observación participante																																				
- Seguimiento médico	- Voluntarios																																					
- Convivencia resto de usuarios																																						
R	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Cambios área personal</td> <td>- Residentes</td> <td>- Entrevista</td> </tr> <tr> <td>- Cambios área salud</td> <td>- Terapeutas</td> <td>- Cuestionario</td> </tr> <tr> <td>- Cambios área Social</td> <td>- Familias</td> <td>- Observación no participante</td> </tr> <tr> <td>- Cambios área laboral</td> <td>- Voluntarios</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Cambios área personal	- Residentes	- Entrevista	- Cambios área salud	- Terapeutas	- Cuestionario	- Cambios área Social	- Familias	- Observación no participante	- Cambios área laboral	- Voluntarios		<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Información necesaria</u></th> <th><u>Fuentes</u></th> <th><u>Instrumentos</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Cambios área personal</td> <td>- Residentes</td> <td>- Entrevista</td> </tr> <tr> <td>- Cambios área salud</td> <td>- Terapeutas</td> <td>- Cuestionario</td> </tr> <tr> <td>- Cambios área Social</td> <td>- Familias</td> <td>- Observación no participante</td> </tr> <tr> <td>- Cambios área laboral</td> <td>- Voluntarios</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>	- Cambios área personal	- Residentes	- Entrevista	- Cambios área salud	- Terapeutas	- Cuestionario	- Cambios área Social	- Familias	- Observación no participante	- Cambios área laboral	- Voluntarios							
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>																																				
- Cambios área personal	- Residentes	- Entrevista																																				
- Cambios área salud	- Terapeutas	- Cuestionario																																				
- Cambios área Social	- Familias	- Observación no participante																																				
- Cambios área laboral	- Voluntarios																																					
<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>																																				
- Cambios área personal	- Residentes	- Entrevista																																				
- Cambios área salud	- Terapeutas	- Cuestionario																																				
- Cambios área Social	- Familias	- Observación no participante																																				
- Cambios área laboral	- Voluntarios																																					

A= Antecedentes T= Transacciones R= Resultados



Esquema 3. Matriz de juicios.

Normas

Juicios

A

<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>
- Criterios de ingreso al programa	- Documentos	- Registros
- Criterios de exclusión del programa		
- Protocolo de ingreso		

- Valoraciones de los antecedentes a partir del contraste entre los datos recogidos de la matriz descriptiva y las normas y criterios de evaluación

T

<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>
-Acuerdos propios del programa	- Documentos	- Registros
		-Base de datos
- Normativa legal general		
-Normativa específica para programas de rehabilitación de drogodependientes		

- Valoraciones de las estrategias y actividades terapéuticas a partir del contraste entre los datos recogidos de la matriz descriptiva y las normas y criterios de evaluación

R

<u>Información necesaria</u>	<u>Fuentes</u>	<u>Instrumentos</u>
- Resultados de estudios sobre programas de rehabilitación de drogodependientes	- Documentos	- Registros
		-Bases de datos

- Valoraciones de los resultados conseguidos en las áreas: personal, de salud, social y laboral, a partir del contraste entre los datos recogidos de la matriz descriptiva y las normas y criterios de evaluación



2.3.2 Entrevista estructurada con guión de preguntas abiertas

El guión para elaborar este instrumento (Taylor y Bogdan, 1992) de recogida de información se organizó en relación a:

- Preguntas de identificación. Que hacen referencia a las variables de información general como sexo, edad, lugar de residencia, nivel educativo, etc.

- Los antecedentes o estilo de vida que tenían los residentes antes de ingresar en el programa. Que comprenden las variables relacionadas con las consecuencias producidas por el consumo de droga, apoyos para realizar el programa y motivos para realizar el programa.

- Las transacciones o actividades que los residentes realizan en la C.T. que corresponden con el proceso de desarrollo del programa. Que comprenden aquellas variables relacionadas con las actividades terapéuticas, actividades en los sectores de trabajo, actividades de ocio y tiempo libre, seguimiento médico y convivencia con el resto de usuarios.

- Y los resultados, tanto esperados como logrados por los residentes después de realizar la fase de "comunidad terapéutica". Estos resultados hacen referencia a las variables de los residentes en las áreas personal, de salud, social y laboral.

Esta técnica está diseñada con la finalidad de obtener información sobre los antecedentes, los procesos y los resultados que tienen lugar en la C.T. La elaboración del protocolo de la entrevista se realizó mediante una triangulación entre los terapeutas del programa y el evaluador externo, a través de una negociación consensuada hasta adquirir el formato final.

2.3.3 Revisión de registros

Corresponde a todos aquellos documentos existentes en la C.T. que sean útiles y pertinentes para recabar información necesaria en el proceso de evaluación. Estos documentos se utilizan como complemento de las entrevistas antes mencionadas y también para conocer todo lo relativo al diseño del programa utilizado en la C.T.

2.3.4 Observación participante y no participante

El evaluador realiza una observación participante y no participante de todo el proceso en el que se desarrolla la C.T. **No participante** en las actividades terapéuticas en las que se tratan temas relacionados con los sentimientos y vivencias personales. **Participante** en aquellas actividades que siendo educativas no se tratan directamente temas personales, como por ejemplo, la actividad de deporte, o las actividades de ocio y tiempo libre.

2.4 Selección de la muestra

Dada la complejidad de los objetivos planteados en esta evaluación y puesto que se trata de una evaluación de "estudio de caso", se tienen en cuenta dos tipos de muestras: muestra A y B.

La muestra A (ver tabla 1) se obtiene de los 101 ingresos que tuvo el programa desde su comienzo en 1999 hasta 2003. Esta muestra la utilizamos específicamente para cumplir el primer objetivo del trabajo evaluativo, mediante la elaboración de un cuestionario, en función de los objetivos del programa, el cual especificaremos más adelante.

De esta muestra entrevistamos a aquellos residentes que permanecieran 6 meses en el programa, tiempo normal estimado para



saber si se cumplen los objetivos del proceso de "Comunidad Terapéutica". 57 sujetos permanecieron en el programa durante 6 meses, pero sólo se pudo entrevistar a 46 (80.70%), muestra suficientemente representativa. De

los 11 sujetos (19.30%) restantes, 5 residentes consumen drogas ilegales, en la actualidad, comprobado con el testimonio de la familia e informantes claves que los vieron, un residente murió y 5 residentes están ilocalizables.

Tabla 1. Muestra A

POBLACIÓN	INGRESOS EN EL PROGRAMA	SUJETOS POSIBLES OBJETO DE ESTUDIO	MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO	% SUJETOS ENTREVISTADOS
RESIDENTES	101	57	46	45.54%

Tabla 2. Muestra B

POBLACIÓN	SUJETOS POSIBLES OBJETO DE ESTUDIO	MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO	TOTAL SUJETOS ENTREVISTADOS	% SUJETOS ENTREVISTADOS
RESIDENTES	13	13	13	100.00%
TERAPEUTAS	5	5	5	100.00%
FAMILIAS	13	5	5	38.46%
VOLUNTARIOS	20	4	4	20.00%
TOTAL	54	27	27	

De aquí se deduce que el número total de sujetos con los que se hicieron los análisis de datos de la muestra A, como puede verse en la tabla 1, son 46.

La muestra B (ver tabla 2), la utilizamos para cumplir la parte del trabajo evaluativo relativa a los tres objetivos restantes. Esta muestra corresponde con las personas que estaban

en el programa en el periodo que va desde enero de 2006 hasta agosto del mismo año, momento de iniciar el proceso de recogida de información según el Modelo de Stake aplicada en este trabajo y está configurada por:

- Residentes del programa.
- Terapeutas del programa.
- Familias de los residentes del programa.



- Voluntarios responsables de actividades educativas en el programa.

2.5 Técnicas de análisis de datos

En el presente trabajo se recogen dos tipos de datos, cuantitativos y cualitativos, lo que implica dos tipos de análisis de datos que a su vez tienen sus propias técnicas. Por un lado, los **datos cuantitativos** se organizan de tal manera que se pueda realizar una transcripción al programa SPSSv14 realizando un análisis descriptivo mediante el estudio de frecuencias y porcentajes y un análisis diferencial a través de tablas de contingencia. No obstante, las inferencias relacionales significativas para el coeficiente Chi-cuadrado (se utiliza cuando las variables del estudio son nominales) que en un primer momento se pretendió, no se pudieron realizar. La distribución de la frecuencia de la mayoría de las variables, de tal manera que algunas de las categorías quedan sin cubrir, hace que el análisis relacional se quede sin sustento matemático.

Por otro lado, los **datos cualitativos** recogidos en este trabajo, son realmente importantes y forman un gran volumen de datos. Por ello, para realizar un análisis de contenido de dicha información se organizó en tópicos temáticos de interés, para después proceder a utilizar el programa de análisis de datos cualitativos ATLAS ti 5.0, con la finalidad de sintetizar la información recogida y obtener conclusiones relevantes sobre los distintos aspectos del programa evaluado.

3. RESULTADOS

En este apartado hacemos referencia a los resultados obtenidos de la información recogida, mediante las técnicas e instrumentos

anteriormente expuestos, a los residentes, terapeutas, familias y voluntarios. Los resultados los presentamos siguiendo el orden lógico del modelo utilizado, por lo que primer lugar tendremos en cuenta las "intenciones" y las "observaciones" dentro de la matriz descriptiva y a continuación las "normas" y "juicios" de la matriz de juicios.

3.1 Resultados referentes a la matriz descriptiva

Dentro de la matriz descriptiva cabe destacar la importancia del análisis de las contingencias lógicas y empíricas. Este análisis implica que unos determinados antecedentes, es decir, las condiciones con las que llegan los toxicómanos, deben estar relacionados con unas transacciones reeducativas (estrategias y actividades terapéuticas) y con unos resultados concretos que todos desean alcanzar, para que el programa sea eficaz (ver esquema 4).

En el programa se dan relaciones de contingencia lógica entre la situación de partida y las actividades y estrategias terapéuticas planteadas, para mejorar la calidad de vida de los residentes en todas las áreas de intervención (personal, de salud y sociolaboral). Por tanto, para cada problema planteado por los residentes en los antecedentes se implementa una estrategia o actividad terapéutica conducente a solucionarlo y se esperan unos resultados satisfactorios.

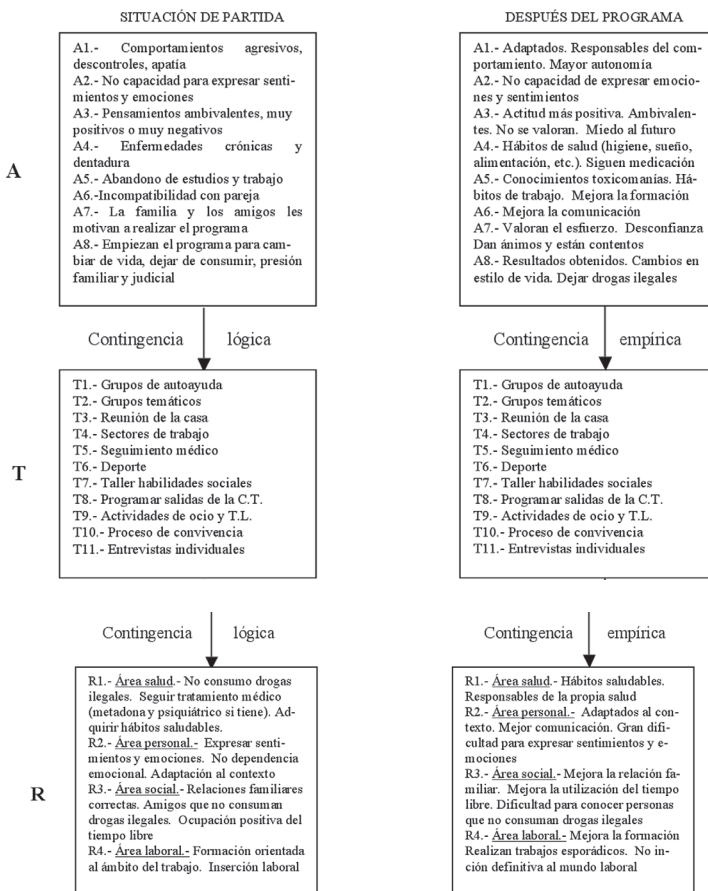
En cuanto a las relaciones de contingencia empírica también existe una relación positiva entre los antecedentes y las transacciones, si bien existen algunas excepciones como la "expresión de sentimientos", "los pensamientos ambivalentes", "el proceso de convivencia" y "los grupos de autoayuda" en donde la relación es escasa.



Esquema 4. Relaciones de contingencias lógicas² y empíricas³

Contingencias lógicas entre antecedentes y transacciones: (A1—T4,T10) (A2—T1,T3,T7,T11)
 (A3—T1,T3,T10,T11) (A4—T2, T5, T6) (A5—T4,T9) (A6—T1,T7,T11) (A7—T8) (A8—T1,T2,T8,T9)
Contingencias lógicas entre transacciones y resultados: (T1—R2,R3) (T2—R1) (T3—R2) (T4—R4) (T5—R1)
 (T6—R1,R3) (T7—R3,R4) (T8—R3) (T9—R3) (T10—R2,R3) (T11—R2,R3).

Contingencias empíricas entre antecedentes y transacciones: (A1—T4,T10) (A2—T1,T3,T7,T11)
 (A3—T1,T3,T10,T11) (A4—T2, T5, T6) (A5—T4,T9) (A6—T1,T7,T11) (A7—T8) (A8—T1,T2,T8,T9)
Contingencias empíricas entre transacciones y resultados: (T1—R2,R3) (T2—R1) (T3—R2) (T4—R4) (T5—R1)
 (T6—R1,R3) (T7—R3,R4) (T8—R3) (T9—R3) (T10—R2,R3) (T11—R2,R3).



² Para establecer las relaciones de contingencias lógicas de la situación de partida se tuvieron en cuenta, como soporte empírico de las mismas, los resultados de los análisis de la información recogida sobre las "intenciones" o lo que pretenden las audiencias antes de realizar el programa.

³ Para establecer las relaciones de contingencias empíricas se tuvieron en cuenta, como soporte empírico de las mismas, los resultados de los análisis de la información recogida sobre las "observaciones" o lo que realmente sucede en el programa.



Además los resultados obtenidos por el programa son satisfactorios, aunque cabe destacar que en el área personal (expresión de sentimientos, el miedo al futuro, etc.) es donde más debería mejorar el programa adecuando las estrategias terapéuticas en grupo a las necesidades de los residentes.

Las expectativas que tenían las audiencias en las actividades y estrategias terapéuticas se cumplieron en su mayoría, no obstante las actividades en grupo ("grupos de autoayuda", "reunión de la casa", "talleres de habilidades sociales") fueron las peor valoradas en favor de las actividades individuales ("entrevistas personales", "programación de salidas", "seguimiento médico") que fueron las mejor valoradas.

Por último, los resultados obtenidos por el programa, excepto en aspectos puntuales, fueron los esperados por todas las audiencias. En el área de salud los residentes al finalizar el programa son más responsables con todo lo relativo a esta área. En el área personal es donde menos avances se producen debido, principalmente, a la dificultad de los residentes para expresar emociones y sentimientos y los pensamientos ambivalentes sobre el futuro. En el área social se dan importantes avances, especialmente en la relación familiar aunque a los residentes todavía les cuesta mucho trabajo relacionarse con personas no vinculadas al mundo de la droga. Finalmente, en el área laboral se producen importantes mejoras en todo lo relacionado con la formación para la inserción al trabajo y algunos residentes realizan trabajos esporádicos.

3.2 Resultados referentes a la matriz de juicios

La matriz de juicios está compuesta por las normas o referentes para emitir los juicios

de valor relativos al programa y por los juicios propiamente dichos relativos al diseño del programa, a la implementación y a los resultados.

3.2.1 Normas y referentes para emitir los juicios de valor

Las normas y referentes utilizados en este trabajo evaluativo son las leyes de carácter general que deben de cumplir todos los centros de orientación sanitaria, las leyes de carácter específico para los centros dedicados a la rehabilitación de toxicómanos, los requisitos de acceso y exclusión del centro objeto de evaluación, las normas relativas al funcionamiento del propio programa de C.T. y los referentes de los resultados a lograr por la C.T.

3.2.2 Juicios relativos al diseño, implementación y resultados del programa

En cuanto al diseño del programa¹ lo valoramos como poco adecuado e insuficiente, puesto que, como puede verse en la tabla 3, se identifican carencias tanto en el apartado de la teoría, como en el de los objetivos y también en el sistema de evaluación, si bien cabe destacar que los apartados relacionados con la estructura de recursos y metodología están mejor especificados.

A modo de conclusión, podemos afirmar que el programa inicialmente estaba diseñado para toxicómanos de una C.T. libre de drogas y lo hubo que adaptar a residentes que tenían tratamiento con metadona, dicha adaptación presenta las carencias que se exponen en la tabla anterior:

¹ Cabe destacar que el evaluador tuvo que reelaborar el diseño del programa modificando algunos aspectos del mismo, como fueron la teoría, los objetivos y el sistema de evaluación, para posibilitar el trabajo evaluativo posterior.



Tabla 3. Valoración del diseño del programa

DIMENSIONES	GRADO DE ESPECIFICACIÓN			VALORACIÓN
	NO SE ESPECIFICA	PARCIAL	TOTAL	
Introducción/ Planteamiento del programa	X			(--). El programa no especificaba una introducción donde se hiciera explícito: el tipo de programa, la situación de necesidad a la que trata de responder y la finalidad general señalando las líneas principales de actuación.
Teoría/Modelo de intervención	X			(---). No se recogía explícitamente este apartado, en su lugar se especifica uno llamado "fundamentación" donde no se recogían los aspectos relacionados con la perspectiva social y psicológica del programa.
Objetivos		X		(+). Faltaban los objetivos comunes con el P.R.S.D. Se especificaban "principios de acción" independientes del resto de dimensiones. Aparecían objetivos por fases que no guardaban coherencia interna con el resto del programa.
Estrategias terapéuticas y actividades		X		(++). Las estrategias terapéuticas y actividades planteadas inicialmente no estaban adaptadas a un programa de mantenimiento con metadona.
Estructura de recursos			X	(+++). Estaban especificadas y cumplen la norma de gestión de calidad UNE-EN ISO 9001.
Sistema de evaluación		X		(--). Estaba especificado en un apartado, pero era un sistema de evaluación insuficiente para las características del programa y no recogía los aspectos fundamentales de la evaluación (modelo, objetivos, diseño y metaevaluación)

--- = Nada satisfactoria -- = Poco satisfactoria + = Satisfactoria

++ = Bastante satisfactoria +++ = Totalmente satisfactoria



Tabla 4. Valoración de las distintas audiencias acerca del programa

AUDIENCIAS VARIABLES	RESIDENTES	TERAPEUTAS	FAMILIAS	VOLUNTARIOS	EVALUADOR
Grupos de autoayuda	---	--	*	*	---
Grupos temáticos de salud	+	++	*	*	+
Reunión de la casa	---	--	*	*	--
Sectores de trabajo	--	+	*	*	--
Seguimiento médico	++	+++	*	*	+++
Actividad física/ deporte	+	++	*	*	--
Talleres de habilidades sociales	--	+	*	*	--
Actividad de programar salidas de la C.T.	++	+	++	*	+
Actividades de ocio y tiempo libre	+++	++	*	+	+++
Proceso de convivencia	--	+	+	++	---
Entrevistas individuales terapeuta/ residente	++	+++	*	*	+++

--- = Nada adecuado, conveniente, idóneo, apropiado, oportuno, acertado

-- = Poco “ “ “ “ “ “ “

+ = Adecuado, conveniente, idóneo, apropiado, oportuno, acertado

++ = Bastante “ “ “ “ “ “ “

+++ = Totalmente “ “ “ “ “ “ “

* = El diseño del programa tiene planificado que estas audiencias no participen en las actividades señaladas



Tabla 5. Proporción de ingresos en el programa que finalizaron la C.T.

Año	Nº de sujetos atendidos U.T.T.	Nº de ingresos en el programa	%	Satisfacción con el programa de 0 a 10
2005	2606	51	1.96	8.82

Tabla 6. Ingresos en programas de la región y en el programa evaluado

Año	Nº de ingresos en programas de la región	Nº de ingresos en el programa	%
2005	500	51	10.2%

Los juicios que se realizan de la implementación y desarrollo del programa están fundamentados en las valoraciones de las distintas audiencias y en las del propio evaluador; como puede comprobarse en la tabla 4. De tal modo que las estrategias y actividades individuales, junto con las actividades de ocio y tiempo libre son las mejor valoradas. Las menos adecuadas son los grupos de autoayuda y el proceso de convivencia.

El programa, desde la perspectiva del monitoreo lo valoramos como satisfactorio, ya que en todo momento se intentó llevar a la práctica tal y como estaba diseñado a priori, pero por cuestiones como falta de tiempo, de recursos y problemas de disciplina en el centro, algunas veces no fue posible. Por ejemplo, los grupos familiares no se realizaban

en el mismo centro donde se implementaba el programa, por eso algunas familias no sabían con certeza lo que hacían los residentes.

Desde la perspectiva de la cobertura valoramos el programa como muy positivo, dado que, por un lado, y en relación a los sujetos atendidos en las Unidades de Tratamiento de Toxicómanos es utilizado por un número representativo de los mismos y su satisfacción con el mismo es muy alta (ver tabla 5).

Por otro lado, en relación a los ingresos realizados en el resto de programas de la región también existe una proporción elevada de sujetos que recurren al programa objeto de estudio, como puede verse en la tabla 6.

En cuanto a los resultados obtenidos por el programa el área de Salud es la mejor valorada, ya que los residentes logran cumplir



los objetivos propuestos por el programa y obtienen resultados positivos mejorando todos los aspectos relacionados con la salud. El área Laboral también está bien valorada, sobre todo los aspectos relacionados con la formación de los residentes. El área Social es valorada satisfactoriamente y los residentes obtienen resultados positivos en los aspectos relacionados con las amistades, el tiempo libre y familia. El área personal es la peor valorada porque los residentes no son capaces de expresar con claridad sus sentimientos y los pensamientos que tienen de lo que les ocurre en el día a día son ambivalentes, entre el optimismo y el miedo al futuro.

4. DISCUSIÓN

El modelo de Stake se presenta como un marco de referencia teórico adecuado para evaluar el mérito y valor de un programa de C.T. con mantenimiento de metadona para la rehabilitación de personas adictas a drogas.

El modelo de Stake posibilita evaluar, además de los resultados, los procesos que se llevan a cabo en este tipo de programas lo que ayuda a llenar el vacío generado por otras investigaciones, como por ejemplo las de Gosop, Marsden, Stewart y Treacy (2001); Prendergast, Podus, Chang y Urada (2002); Dekel, Benbenishty y Amran (2004); Kerr, Marsh, Li, Montaner y Wood (2005); Peles, Schreiber, Adelson (2006) y Villafranca, Mckellar, Trafton y Humphreys (2006) realizadas desde una perspectiva cuasiexperimental.

A pesar de la bondad del modelo de Stake para evaluar programas de C.T. dirigidos a la rehabilitación de personas adictas a drogas debemos señalar algunas limitaciones que puede presentar el modelo. La metodología utilizada en la recogida de información, principalmente

cualitativa, hace que se genere una gran cantidad de datos cualitativos y en menor medida cuantitativos, lo que con una muestra grande de sujetos implicaría tener un gran efectivo de recursos humanos y económicos, tanto para recoger la información como para analizarla, lo que no siempre es posible.

Por último, el evaluador en este tipo de investigación debe de estar presente constantemente en el programa puesto que necesita llegar a tener un alto grado de empatía con las audiencias implicadas, especialmente con los residentes, pues de lo contrario sería muy difícil recoger la información referida a cuestiones personales, como por ejemplo las relacionadas con la familia, sentimientos, etc.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dekel, R.; Benbenishty, R.; y Amran, Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*, vol. 29, págs. 1833-1837.
- De Leon, G. (2004a). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones*. Bilbao: Desclée de Browwer.
- De Leon, G. (2004b). Therapeutic communities: Research-practice reciprocity. En L. Salas. (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Págs. 113-127. Madrid: Proyecto Hombre.
- De Miguel, M. (2000). Modelos y diseños en la evaluación de programas. En S. Fernández. (Ed.). *Orientación profesional: Diagnóstico e Inserción sociolaboral*. Barcelona: Estel.
- Fernández, J.R. & Secades, R. (1999). *Evaluación de la Eficacia del Programa Educativo-Terapéutico para Rehabilitación de Toxicómanos de*



Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

- Fernández, J.R. & Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del Programa de Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

- García, J. (2008). *Evaluación de programas para la rehabilitación de toxicómanos. Estudio de caso sobre una comunidad terapéutica*. Tesis Publicada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

- García, J. (2009). Análisis bibliométrico sobre evaluación de programas y comunidades terapéuticas para la rehabilitación de toxicómanos. *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 34. (Pendiente de publicación).

- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D. y Treacy, S. (2001). Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up from the National Treatment Study Outcome Research Study. *Drug and alcohol dependence*, vol. 62, págs 255-264.

- Kerr, T.; Marsh, D.; Li, K.; Montaner, J. y Word, E. (2005). Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drugs users in Vancouver. *Drug and alcohol dependence*, vol. 80, págs 329-335.

- Peles, E.; Schreiber, S. y Adelson, M. (2006). Factor predicting retention in treatment: 10-year experience of a methadone maintenance treatment (MMT) clinic in Israel. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 82, págs. 211-217.

- Prendergast, M.; Podus, D.; Chang, E. y Ura-da, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison of group studies. *Drug and alcohol dependence*, vol. 67, págs 53-72.

- Rodríguez, G.; Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

- Stake, R. (1989). Program Evaluation, particularly Responsive Evaluation. En G. Madaus, M. Scriven y D. Stufflebeam. (Eds.). *Evaluation Models*. Págs. 287-310. Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.

- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

- Stufflebeam, D. y Skinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática*. Madrid: Paidós/M.E.C.

- Taylor, J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

- Villafranca, S.; Mckellar, J.; Trafton, J.; y Humphreys, K. (2006). Predictors of retention in methadone programs: A signal detection analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 83, págs. 218-224.