Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento

INFORME 2015

PROYECTO ASOCIACIÓN HOMBRE

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Con la colaboración de:

Obra Social "la Caixa"

OBSERVATORIO PROYECTO HOMBRE

Responsable del programa:
Elena Presencio

Equipo Interno de Proyecto Hombre:
Xavier Bonet
Félix Rueda

I+D:
Ramón Capellas

Comunicación:
Olatz González

Equipo Externo Means Evaluación (means.evaluacion@gmail.com):
Juan Andrés Ligero
Marina Onetti
Óscar Franco

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Tels.: 91 357 0928 / 902 88 55 55

E-mail: asociacion@proyectohombre.es
comunicacion@proyectohombre.es

www.proyectohombre.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Doblehache Comunicación
IMPRIME: Afanias

SÍGUENOS:

@ProyectoHombre_

/AsociacionProyectoHombre

in/asociacionproyectohombre

/AsocProyectoHombre

AGRADECIMIENTOS

A las personas en tratamiento y a sus familias, por sus ganas de superación y de lucha por tener una vida mejor.

A los Centros Proyecto Hombre, trabajadores y trabajadoras y personal voluntario, por ser el lado humano de la organización a la que representan y por su espíritu de atender mejor a las personas con las que trabajan.

A los financiadores de este informe, por hacerlo posible.

Gracias a todos y todas.

ÍNDICE

Carta del presidente **4**

1. Definición del Observatorio y técnicas **6**

2. Análisis de los datos **12**

2.1. Datos sociodemográficos generales. Análisis univariado 14

2.2. Datos sociodemográficos por variables relevantes: género y sustancia. Análisis bivariado 26

3. Una mirada global **44**

4. Comparativa 2012- 2015. Análisis series temporales **52**

5. Territorios **58**

6. Conclusiones finales **64**

7. Interpretaciones **70**

7.1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 72

7.2. Plan Nacional Sobre Drogas. PNSD 74

7.3. Observatorio Proyecto Hombre 76

CARTA DEL PRESIDENTE

Luis B. Bononato Vázquez

Presidente de la Asociación Proyecto Hombre

Proyecto Hombre es una organización que, desde hace más de 25 años, trabaja en toda España a través de sus 27 centros repartidos en 15 Comunidades Autónomas, con un objetivo común: prevenir las adicciones, principalmente entre los/as más jóvenes, y acompañar en el proceso de recuperación y reinserción a las personas con problemas de adicción en tratamiento. Para ofrecer este acompañamiento de la mejor manera posible es necesario adaptar continuamente los métodos educativos terapéuticos a las nuevas necesidades que van surgiendo en la sociedad. Siempre desde un modelo único común a todo Proyecto Hombre, que es el bio-psicosocial.

*A lo largo del tiempo, Proyecto Hombre ha ido constatando lo fundamental de un abordaje bio-psicosocial en el tratamiento de las adicciones y es el planteamiento a tener en cuenta para seguir avanzando en la mejora de nuestro trabajo con esta realidad. Por ello, este **"Informe 2015 del Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de la persona con problemas de adicción en tratamiento"** se lleva a cabo bajo este enfoque, recogiendo la realidad de las personas en tratamiento en todo su contexto, analizando también los indicadores relacionados con su entorno, su realidad económica y familiar.*

Además, se trata ya del cuarto año consecutivo que nuestro Observatorio Proyecto Hombre saca a la luz este Informe, que ha evolucionado y progresivamente ha ido incorporando nuevas variables y aspectos relacionados con el tratamiento y con la organización. Así, desde los inicios, además de los temas propios del análisis de los perfiles por las principales sustancias de consumo por las que se demanda tratamiento, se han trabajado nuevos indicadores relacionados con las peculiaridades propias de género, el estudio de las variables socioeconómicas de los atendidos, las características en el tratamiento específicas por Comunidades Autónomas...

Este año 2016, que presentamos el Informe con los datos obtenidos en 2015, se incorpora como mejora con respecto a años anteriores un análisis específico de tendencias, teniendo en cuenta las series temporales 2012-2015, que nos ofrecen una noción de hacia dónde se dirige la realidad de las adicciones en nuestro país. Este apartado incorpora la tendencia de consumo de cada una de las sustancias por la que se demanda tratamiento, el impacto que la crisis haya podido tener entre las personas atendidas (mediante las variables de fuente de ingresos y nivel de estudios), así como las tendencias en edades de inicio de tratamiento y en los problemas familiares.

En este informe se incorporan, también como novedad, los perfiles específicos por sustancia principal por la que se demanda tratamiento, los principales factores detectados que pueden actuar como riesgo o protección, además de una comparativa por territorios en la que se han recogido datos de los Centros Proyecto Hombre.

Pero hemos de decir que éste es un proyecto en movimiento y aún queda por profundizar en los próximos años en aspectos de gran interés para la sociedad y para Proyecto Hombre relacionados, por ejemplo, con trastornos adictivos sin sustancia cada vez más extendidos entre las personas a las que atendemos, o incorporando datos de jóvenes y adolescentes, para poder trabajar e identificar los perfiles y factores relevantes que nos permitan mejorar la intervención con ellos.

En cuanto a la herramienta de recogida de la información, la ***Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Psiquiatría Americana*** *han hecho grandes esfuerzos para clasificar los trastornos de uso-abuso y/o adicción a drogas. Sin embargo, el intento más sólido para alcanzar este fin lo encontramos en el EuropASI, un* ***instrumento validado internacionalmente*** *(instrumento cuantitativo aceptado internacionalmente como Índice de Adicción según el proyecto GLO/H43 TREATNET de la Oficina de Droga y Crimen de Naciones Unidas/UNODC) y totalmente pertinente para la realización de estudios.*

Con todo esto, queremos expresar la relevancia de este esfuerzo de investigación, más allá de lo puramente divulgativo. El objetivo que perseguimos es poder ofrecer mejores programas, cada vez más adaptados y más evolucionados, para poder ayudar a la persona con problemas de adicción. Además, queremos contribuir en lo posible, y desde este enfoque de la realidad que es la persona en tratamiento en Proyecto Hombre, a mejorar las políticas públicas en materia de tratamiento, reinserción socio-laboral, detección precoz, intervención temprana y prevención.

En este Informe 2015 del Observatorio Proyecto Hombre han participado los Centros y programas de Proyecto Hombre de toda España. Se ha contado también con la colaboración técnica de asesores externos que han facilitado el análisis para la elaboración de este informe. Valorar el esfuerzo de las comisiones internas de expertos de nuestra organización participantes en el proyecto. Mencionar especialmente al Plan Nacional sobre Drogas y a la Obra Social la Caixa, entidades sin las cuales no hubiera sido posible y a los que agradecemos su confianza año tras año por apostar por el valor científico y sociológico que encierra. Recalcamos el valor de las alianzas con otras entidades, públicas y privadas, que nos permiten alcanzar objetivos conjuntos gracias a su compromiso.

Por nuestra parte, seguiremos apostando por la continuidad de este proyecto en los próximos años, reafirmando nuestro compromiso por avanzar en el camino de mejora de nuestros programas de intervención de las adicciones y en la actitud de no acomodarnos en lo conocido, trabajando siempre para poder ofrecer lo mejor a las personas que nos buscan para superar su adicción.

1

Definición del Observatorio y técnicas

A. INTRODUCCIÓN

OBSERVATORIO DE PROYECTO HOMBRE

Es un sistema de recogida de información anual cuyo objetivo es generar información periódica sobre el perfil de las personas personas con problemas de adicción tratadas por Proyecto Hombre en España.

El Observatorio tiene una clara vocación de ofrecer información para el análisis de la problemática del consumo abusivo de sustancias y, de esta forma, contribuir a un mejor conocimiento y adecuación de los programas a las necesidades de los usuarios/as. El hecho de que la Asociación Proyecto Hombre aborde este tipo de análisis demuestra el esfuerzo realizado, no solo en el tratamiento y prevención de las adicciones, sino también en el estudio de las mismas.

OBJETIVO

Analizar e identificar las características psicosociales, epidemiológicas y sociodemográficas de las personas con problemas de adicciones atendidos en los centros de Proyecto Hombre. También incorpora el análisis de los posibles factores influyentes en la problemática de las adicciones: aspectos personales, comportamientos de riesgo, factores emocionales y relaciones sociales.

Esta información contribuye a:

- Lograr un mejor conocimiento de la realidad de Proyecto Hombre, con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de los usuario/as, sus familias y allegados.
- Ofrecer información de interés sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en España, a profesionales y entidades relacionadas con las drogodependencias.
- Visibilizar las diferentes realidades de la adicción como antesala a la sensibilización de este fenómeno social.

POBLACIÓN DESTINATARIA

Son precisamente estas líneas principales del Observatorio las que configuran un mosaico amplio de población destinataria:

- Entidades públicas y decisores políticos.
- Medios de comunicación.
- Comunidad científica y ámbito académico.
- Asociación y Centros Proyecto Hombre.
- Otras entidades y organizaciones que trabajan en el sector.

FUENTE DE INFORMACIÓN

La información del Observatorio proviene de la base de datos interna de Proyecto Hombre (aplicativo *PHNemos*), que recoge información relacionada con las personas atendidas en los programas de tratamiento. Esta información procede de la administración de EuropASI.

El EuropASI es la versión europea de la 5ª versión del ASI *(Addiction Severity Index, Índice de Gravedad de la Adicción)* desarrollada en Estados Unidos por Mc-Llelan (1990). El ASI fue creado en 1980 en la Universidad de Pensilvania con el objetivo de obtener un instrumento que permitiese conseguir información relevante para la evaluación clínica inicial de los pacientes con problemas de abuso de drogas (incluido el alcohol), y así planificar su tratamiento y/o tomar decisiones de derivación, así como con fines de investigación.

Se trata de un instrumento básico para la práctica clínica al permitir realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción, evaluar su gravedad y ponerlos en un contexto **bio-psicosocial**. Al proporcionar un perfil del paciente en distintas áreas de su vida permite un diagnóstico comprensivo y facilita la planificación de la intervención terapéutica más apropiada para cada paciente.

La Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD reconoce la validez del EuropAsi en uno de sus informes "Con la finalidad de lograr altos

niveles de estandarización que permitan la actividad investigadora, se recurre a escalas de gran calidad que se han ido traduciendo, adaptando y validando al español. Una de ellas, la conocida como EuropASI, Europe Addiction Severity Index (y su versión española) se ha convertido en la mayor referencia desde su publicación, al tiempo que se ha adaptado a otras lenguas y culturas de la Unión Europea, en un encomiable esfuerzo de convergencia que permite comparar datos nacionales, regionales europeos, y americanos, ya que se corresponde con el ASI, Addiction Severity Index, que fue diseñada originalmente en 1980 por McLellan y cols."

También es de gran utilidad en tareas de investigación, ya que permite emplear sus puntuaciones como variable dependiente para comparar pacientes. De hecho, el EuropASI, fue una adaptación llevada a cabo por un grupo de investigación, con la intención de tener un instrumento con el que poder comparar pacientes dependientes de alcohol y otras drogas de diferentes países europeos. Este instrumento evalúa distintos aspectos de la vida de los pacientes que han podido contribuir al desarrollo del síndrome de abuso de sustancias. En concreto, explora las siguientes áreas de la vida potencialmente problemáticas:

- Salud física
- Empleo / Recursos
- Drogas / Alcohol
- Situación legal
- Historia familiar
- Relaciones familiares / Sociales
- Salud mental

El EuropASI tiene la misma estructura para todas las áreas: ítems objetivos, autoevaluación del paciente, evaluación de la gravedad por parte del entrevistador y puntuación de validez de la información obtenida, realizada también por el entrevistador/a.

B. ASPECTOS TÉCNICOS

POBLACIÓN

Usuarios/as de Proyecto Hombre que han iniciado tratamiento en alguno de los centros a lo largo de 2015. En total han sido 3.034 usuarios/as de los diferentes dispositivos de Proyecto Hombre en España. Los contabilizados en este estudio son los registrados en la base de datos de *PHNemos*.

TRATAMIENTO COMO MUESTRA

Los 3.034 usuarios incluidos en el estudio suponen una selección aleatoria simple de entre los usuarios/as totales que inician tratamiento en Proyecto Hombre. Las conclusiones del Observatorio son totalmente ciertas para esta población. No obstante, como el objetivo del Observatorio es producir una información que pudiera ser generalizable para todos/as los drogodependientes españoles/as, se ha querido concebir estos 3.034 como una muestra de una población teórica de personas con problemas de adicción españolas o que reciben tratamiento en España.

El tamaño muestral es de 3.034 casos. No obstante, en algunas de las variables analizadas del presente Observatorio, el número de casos puede descender. Esto puede ser debido a tres motivos diferentes: que la pregunta no haya sido contestada, que la pregunta no sea aplicable, o que haya sido contestada incorrectamente. En estas tres situaciones, estos casos se consideran como valores perdidos para esas variables, de forma que se calculan los porcentajes sobre el total de casos válidos.

Sobre esta población teórica "personas con dependencias en España" no hay censos, y su elaboración puede ser una tarea difícil y costosa. No obstante "3.034" es una muestra grande, que perfectamente puede representar a una población de personas con problemas de adicción, incluso con un tamaño infinito (mayor de 100.000).

En el caso de que la población de drogodependientes fuese mayor de 100.000 el error muestral sería de 1,82%, para un 95,5% de confianza y el peor supuesto de la varianza.

La crítica que cabría a la muestra es su posible sesgo, el de las personas que acuden a Proyecto Hombre y no a otro tipo de dispositivo. Cabe preguntarse qué variables marcan la diferencia (clase social, tratamientos previos, contexto social...). Estos serían los posibles sesgos de la muestra. En cualquier caso, lo que exponemos a continuación son datos fiables para Proyecto Hombre (estamos explotando en censo de personas en tratamiento) y un indicador de los perfiles de las personas en tratamiento de toda España.

PONDERACIÓN

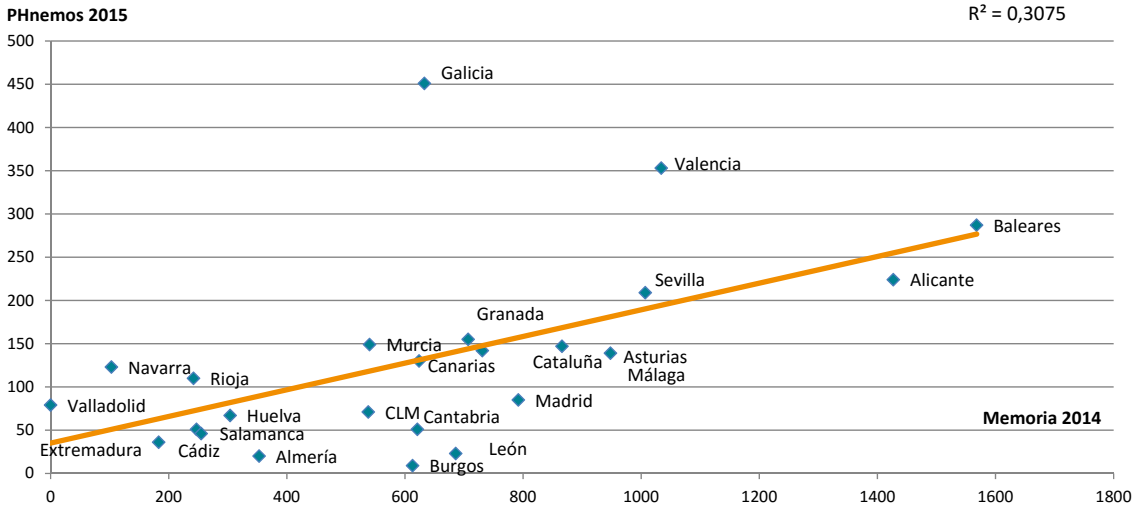
Se han ponderado los casos obtenidos con el objetivo de obtener valores más plausibles o ajustados a la realidad. Con este objetivo, se han asignado nuevos pesos a cada uno de los dispositivos.

La población de referencia sobre la cual se han calculado estos elevadores de ponderación, es el número de usuarios/as recogido en las memorias de los dispositivos en 2014. No se ha podido contar con estos mismos datos para 2015, ya que en el momento de la explotación de datos del Observatorio las memorias no estaban finalizadas.

MÉTODO DE PONDERACIÓN

El criterio de composición de las memorias generales de actividad varía respecto a las pautas de recopilación de los casos e inclusión de los mismos obtenidos a partir de *PHNemos* en 2015: en este último año solo se han recogido casos cuyo tratamiento se inició en este período, mientras que en las memorias se han recopilado casos cuyo tratamiento estuvo presente en 2014 pudiéndose haber iniciado en años precedentes. Por este motivo, a lo que hay que añadir que solo se incluye una selección aleatoria de personas, el número de casos varía respecto a lo publicado en las memorias generales de actividad.

En este escenario, la ponderación se ha calculado a través de **regresión simple**. Es decir, se han elevado los valores de cada dispositivo a los valores predichos en la recta de regresión. El hecho de que, como se observa en el siguiente gráfico, la mayor parte de los centros se sitúen en torno a la recta, le otorga a este procedimiento solidez estadística.



- **Error muestral:** 1,82% para un 95% de confianza y peor supuesto de la varianza.
- **Razón de ponderar la muestra:** Ajustar los casos obtenidos a valores más plausibles o ajustados a la realidad. Con este objetivo, se asignan nuevos pesos a cada uno de los centros.
- **Variable de referencia en la ponderación:** Recuento de casos de la memoria 2014.
- **Método de ponderación:** Regresión simple. El número de casos resultantes en la muestra ponderada coincidirá con la recta de regresión. De esta forma se palia el sesgo derivado de una construcción diferencial del recuento para 2014 (14.919 casos) y para 2015 (3.034 casos).

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se han explotado a través de los programas estadísticos SPSS y EXCELL. En las relaciones bivariadas se han utilizado las siguientes técnicas:

COMPARACIONES DE GRUPOS

- **A. Comparaciones de porcentajes:** Tablas de contingencia con prueba de significación *Chi cuadrado* entre pares de variables, y de *residuos tipificados corregidos* entre pares de categorías. Para medir la fuerza de la asociación entre pares de categorías se ha utilizado la *"d" diferencia de proporciones*; propuesta de Sánchez Carrión (1999).
- **B. Comparaciones de medias:** Se han comparado las medias con el *test T* ya que si la distribución no es normal y las muestras son pequeñas, la prueba de *t de Student* cumple el teorema del límite central.

  En el caso de que la variable dependiente tuviera más de dos categorías se ha realizado un Análisis de Varianza. Para el trabajo con muestras, se ha analizado si la *F* es significativa. Esto requiere que las distribuciones de las variables sean normales y de igual varianza. Se ha comprobado la normalidad de las variables.

  Cuando las variables no eran normales ni cumplían el criterio de homocedasticidad, se ha empleado el test *No Paramétrico de KrusKal – Wallis*.

- **C. Correlación** (Variables cuantitativas): Se han analizado correlaciones de Pearson a fin de estudiar una presumible asociación entre variables cuantitativas.
- **D. Regresión:** Se ha calculado la recta de regresión en el caso de las series temporales. Se ha obtenido el R^2 para valorar la bondad del modelo en cada caso.

C. EQUIPO DE ELABORACIÓN

El Observatorio ha sido elaborado de forma mixta por un equipo integrado por:

Equipo Interno de Proyecto Hombre

- Responsable del programa: Elena Presencio
- Xavier Bonet
- Félix Rueda
- Ramón Capellas

Equipo Externo Means Evaluación (means.evaluacion@gmail.com)

- Juan Andrés Ligero
- Marina Onetti
- Óscar Franco

El diseño de investigación fue elaborado de forma mixta, atendiendo a la experiencia del equipo del Observatorio en ediciones anteriores.

La compilación, tratamiento y depurado de datos ha corrido a cargo de los miembros del equipo interno de la Asociación Proyecto Hombre.

La explotación, presentación de resultados y primer análisis fueron efectuados por el equipo externo.

La interpretación de resultados y conclusiones para cada valor fueron elaboradas de manera conjunta mediante análisis inter-jueces y grupos de discusión.

La revisión de estilo ha sido efectuada por Olatz González de la Asociación Proyecto Hombre, en coordinación con el equipo interno de Proyecto Hombre.

2

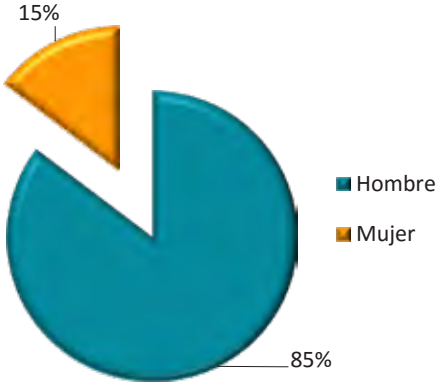
Análisis de los datos

2.1.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS GENERALES

ANÁLISIS UNIVARIADO

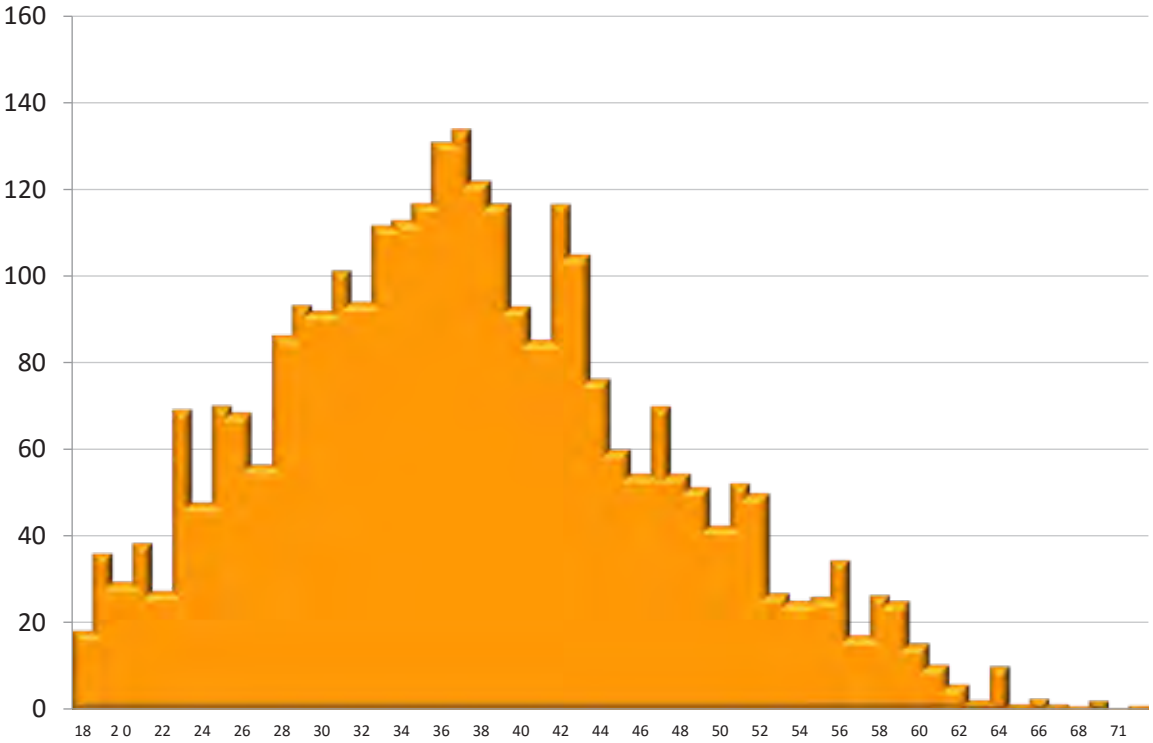
1. HOMBRE, MUJER



- Presencia mayoritaria de hombres (85,3%).
- Porcentajes similares en años anteriores.

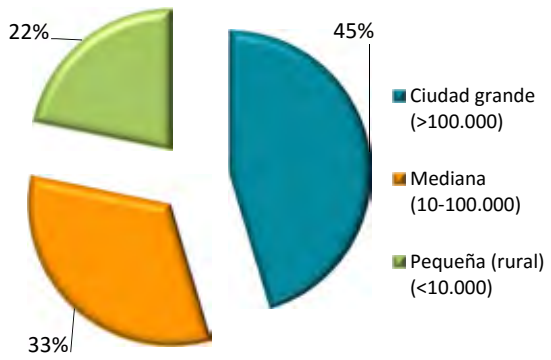
2. EDAD DE LAS PERSONAS AL INICIO DEL TRATAMIENTO

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad media	2.918	18	72	**37,61**	9,91



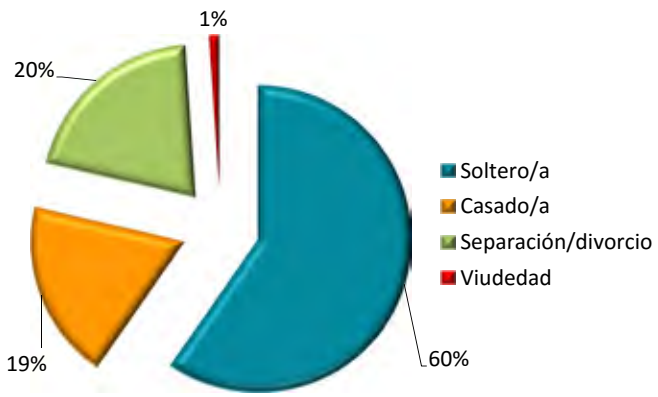
- Se mantiene prácticamente la misma tendencia respecto al año anterior.
- Se observa un repunte en el rango 41- 44 años.

3. PROCEDENCIA / TAMAÑO DE HÁBITAT



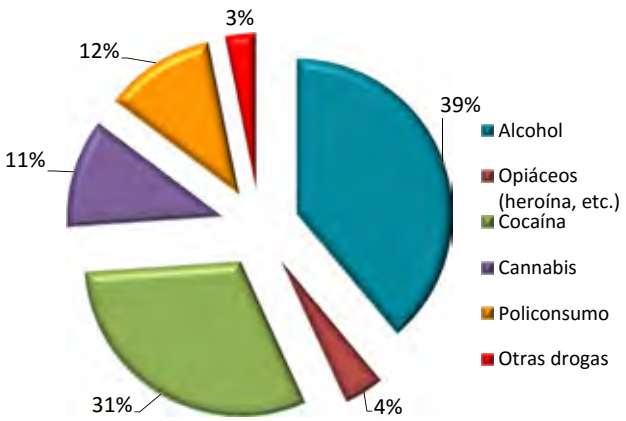
- Se observan porcentajes importantes en los tres tamaños de hábitats. Por lo que se puede sostener que el consumo de drogas no es un problema que atañe exclusivamente a grandes ciudades sino que está presente también en ciudades medianas y pequeñas.
- Proyecto Hombre tiene un carácter diverso y sin sesgos de cobertura según tamaño de hábitat.

4. ESTADO CIVIL



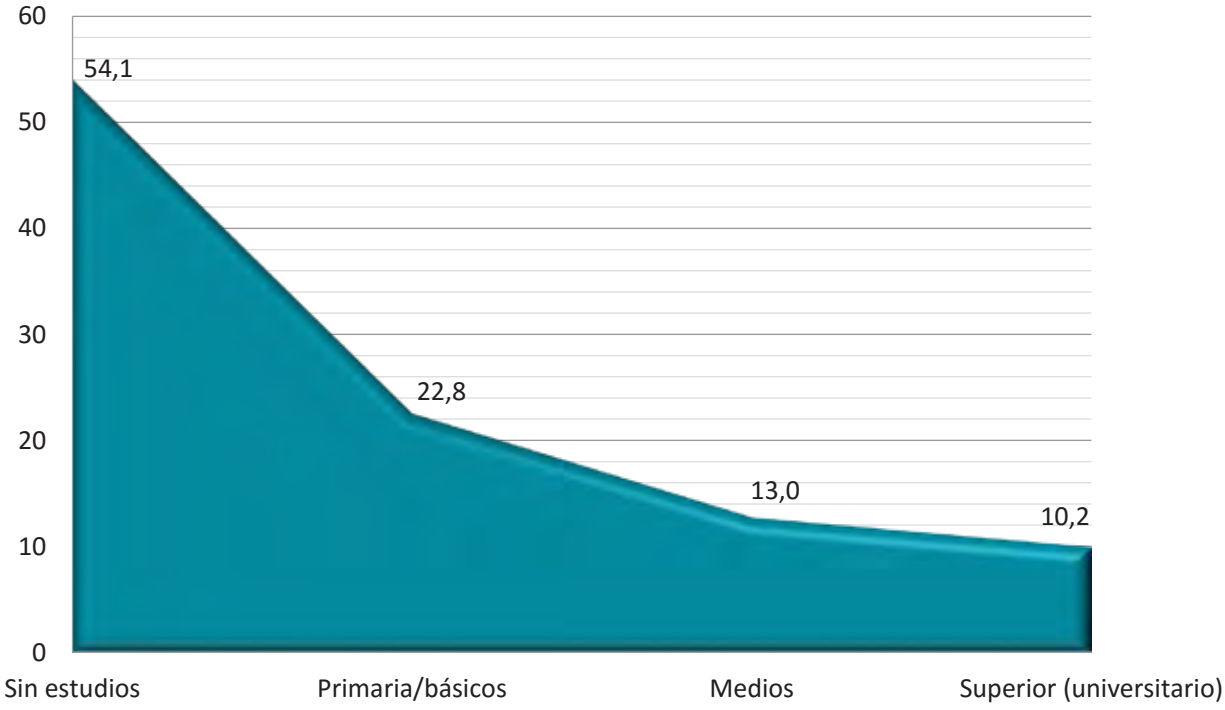
- Se observa un alto porcentaje (59,7%) de personas que informan encontrarse solteras. El dato parece indicar las dificultades para establecer una relación o tener una relación estable.
- Hay un alto porcentaje de personas que han vivido procesos de separación o divorcio (20,2%).

5. SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO



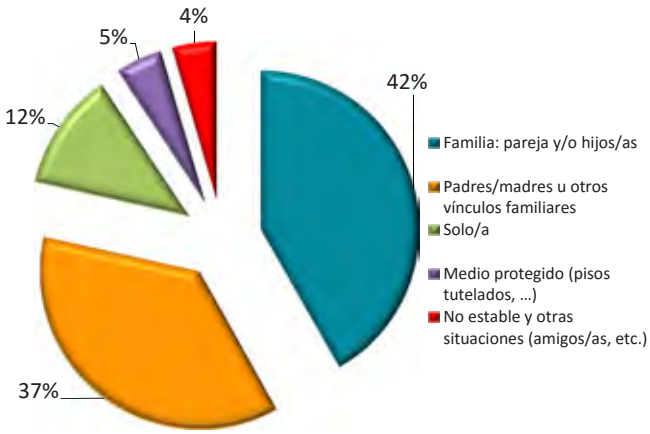
- Alcohol (38,9%) y cocaína (30,8%) son las sustancias principales por las que demandan tratamiento, suponiendo el 69,7% de las admisiones.
- El cannabis es la tercera sustancia (11,4%) mientras que el policonsumo supone el 11,5%.
- Actualmente los opiáceos significan una parte muy pequeña en la demanda de tratamiento (4,2%).

6. NIVEL DE ESTUDIOS



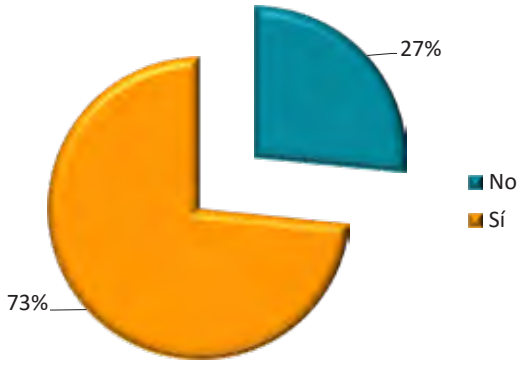
- El problema de la adicción afecta tanto a personas sin formación como a personas con estudios superiores: el 23,2% tienen estudios medios o superiores.
- No obstante, existe un alto porcentaje de personas con escasa formación (76,8%).

7. NÚCLEO DE CONVIVENCIA



- El 54% vive de forma independiente (con su propia familia o solo/a).
- El 42% vive de forma dependiente (con la familia de origen o en medios protegidos).

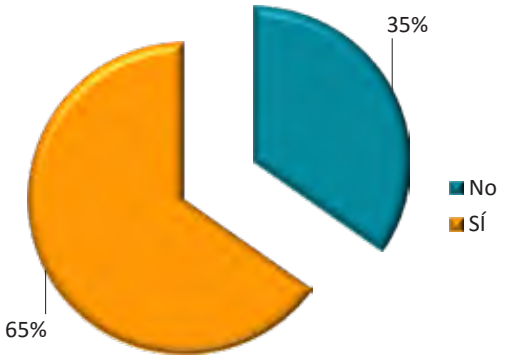
8. PROBLEMAS SERIOS FAMILIARES

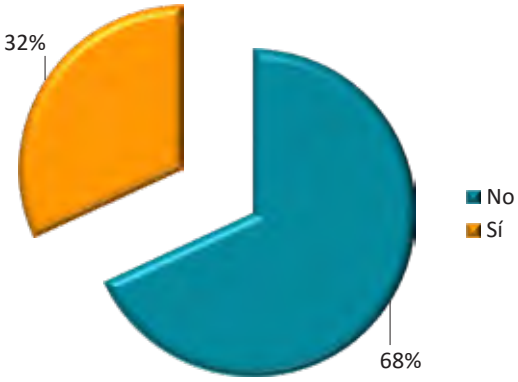


- Las dificultades en el entorno familiar **a lo largo de su vida** son elevadas (73%).

- Este porcentaje desciende al 41,8% en el caso de problemas familiares en el **último mes**.

9. PROBLEMAS SERIOS DE PAREJA

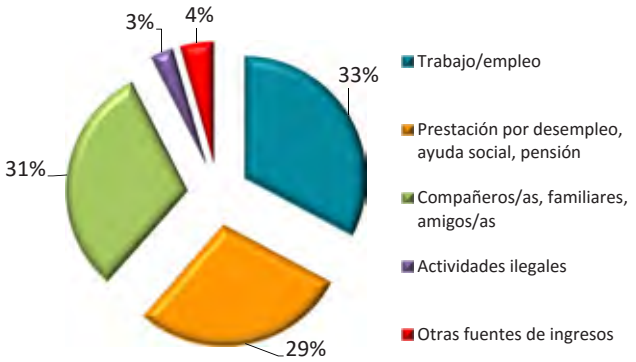




- Los problemas con la pareja se elevan hasta el 65% en el caso de al menos **una vez en la vida.**

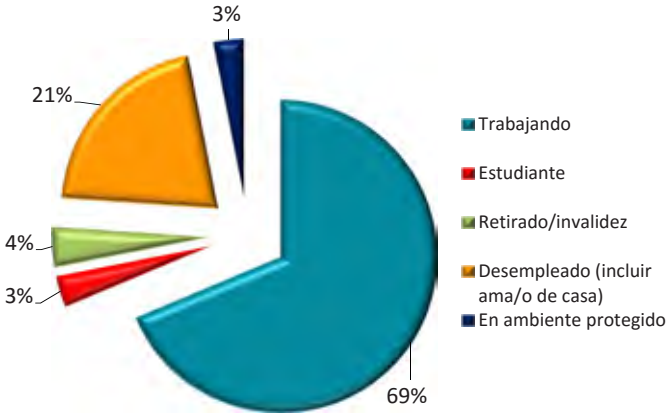
- Esta cifra baja hasta el 31,9% en los problemas en el **último mes**.

10. FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS



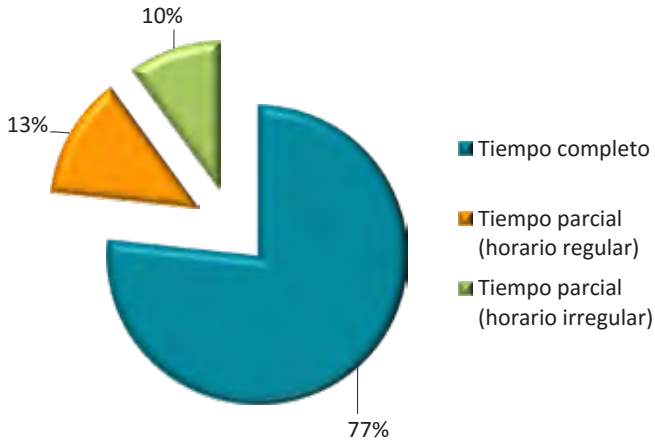
- Entre el trabajo y las prestaciones casi dos tercios cuentan con ingresos propios de forma regular (61,6%).
- Hay otro tercio sin soporte propio que depende de la red primaria de apoyo (compañeros/as, familiares o amistades).

11. SITUACIÓN LABORAL



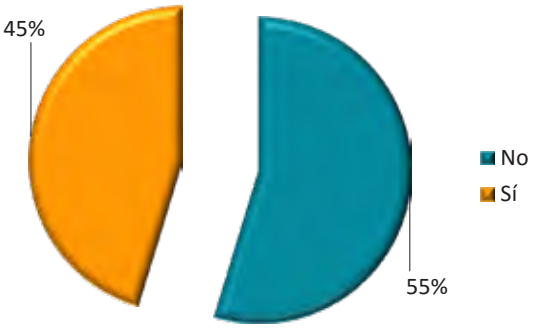
- En su mayoría trabajan o han estado trabajando en los últimos 3 años (68,7%).

12. TIPO DE JORNADA LABORAL



- Del total de personas en tratamiento que trabajan, el 76,7% está a tiempo completo, lo que se puede leer como un indicador de estabilidad.

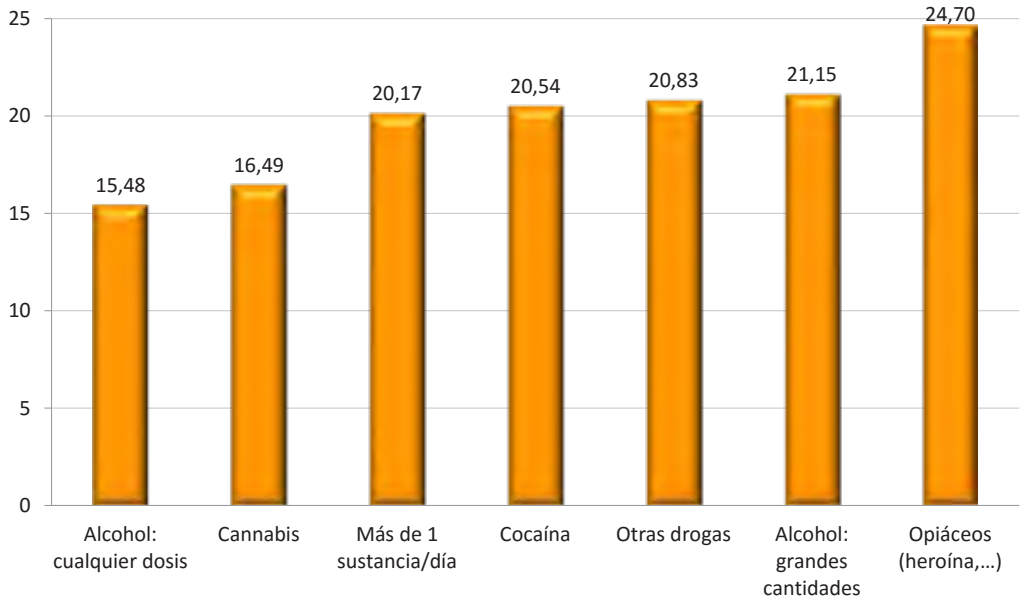
13. PROBLEMAS ECONÓMICOS: TENER DEUDAS*



› Hay un elevado porcentaje de personas con deudas (45,3%).

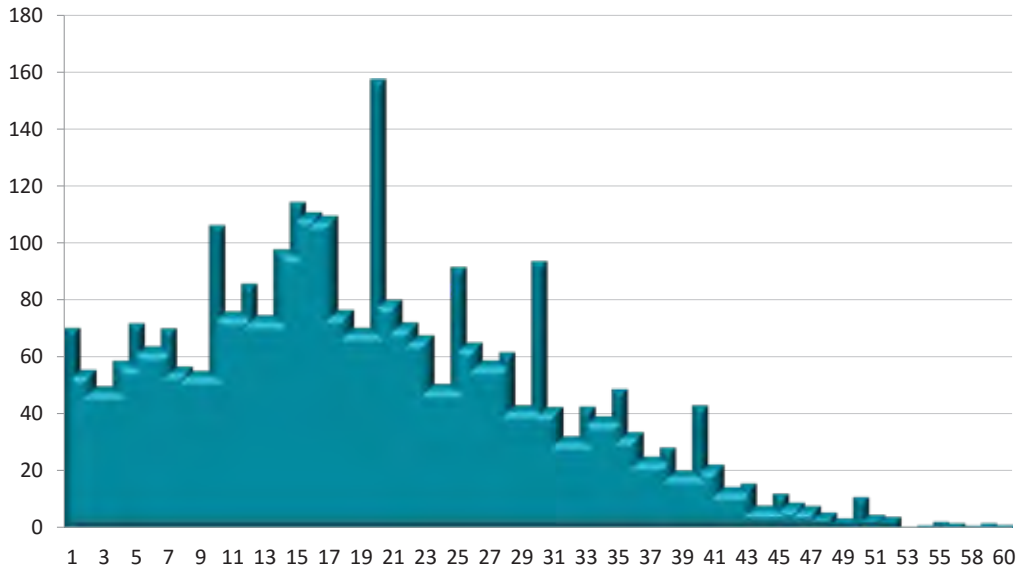
(*) Este indicador se obtiene a partir de la pregunta de EuropASI "tener deudas", donde se incluyen deudas a individuos y a instituciones (bancos, impuestos, hacienda, matrículas, etc.). No se incluyen hipotecas. Si el entrevistado/a dirige una empresa no deben incluirse las responsabilidades financieras de la misma, a menos que el dinero haya sido sustraído para propósitos privados.

14. EDAD DE INICIO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO



› Aunque disgregando la muestra por sustancias se trata de grupos independientes, la edad media de edad de inicio de cada una recuerda al incremento de la probabilidad de consumo según escalones.*

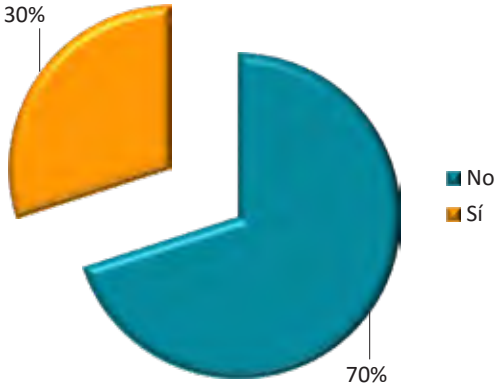
15. TIEMPO MEDIO DE CONSUMO



› El tiempo medio de consumo antes de iniciar tratamiento es elevado, siendo aproximadamente de 19 años.

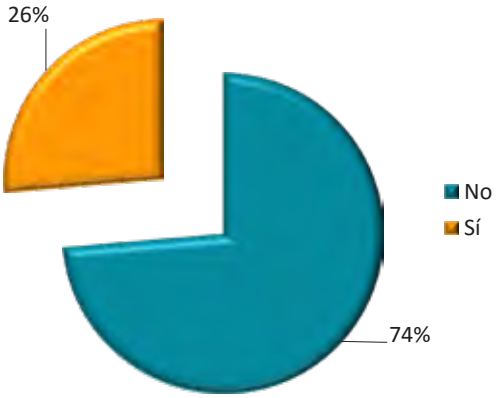
* Kandel y Jessor, 2002.

16. PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS QUE INTERFIEREN EN LA VIDA DIARIA



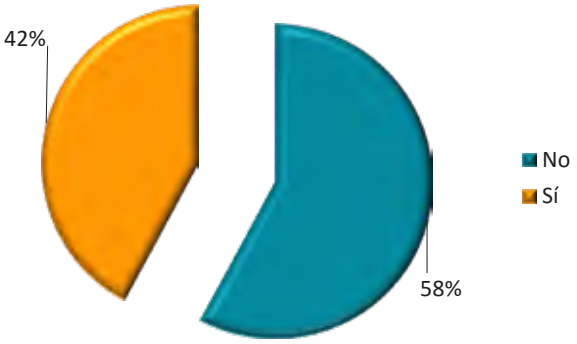
- Un 30% han tenido problemas médicos que les afectan en su vida cotidiana.

17. MEDICACIÓN REGULAR PRESCRITA POR UN PROBLEMA FÍSICO



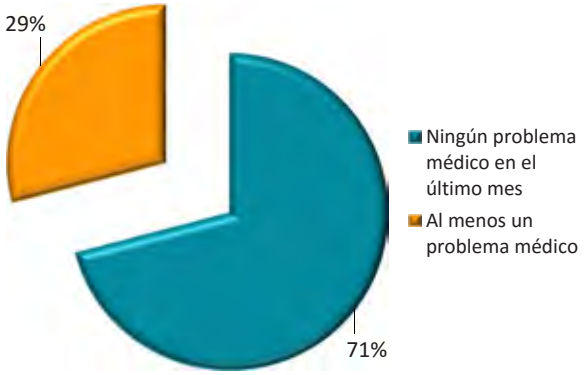
- Un 26,3% tiene una medicación regular que ha sido prescrita por un médico. Este dato es coherente con el hecho de que un 30% presenten problemas médicos que afectan a su vida cotidiana.

18. TRATAMIENTO POR PROBLEMAS MÉDICOS NO PSIQUIÁTRICOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



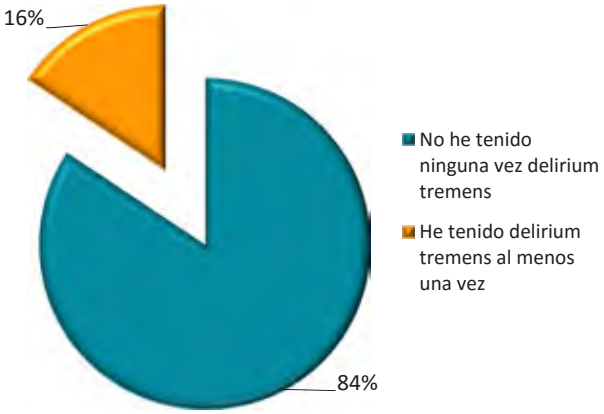
- Un 42% ha recibido tratamiento por problemas médicos no psiquiátricos.

19. PROBLEMAS MÉDICOS EN EL ÚLTIMO MES



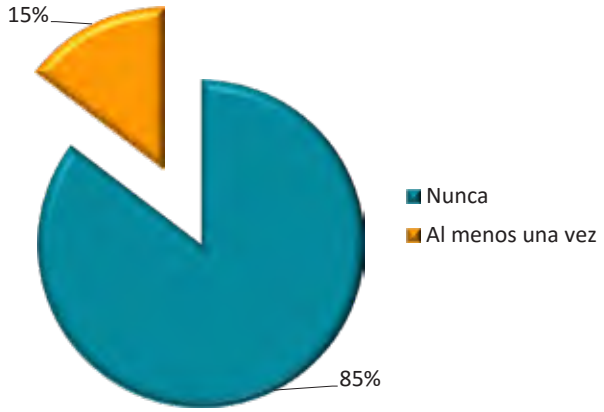
- El 29,1% ha tenido algún problema médico en el último mes.

20. HABER TENIDO DELIRIUM TREMENS (SOLO DE LOS PERFILES CUYA SUSTANCIAPRINCIPAL ES EL ALCOHOL)



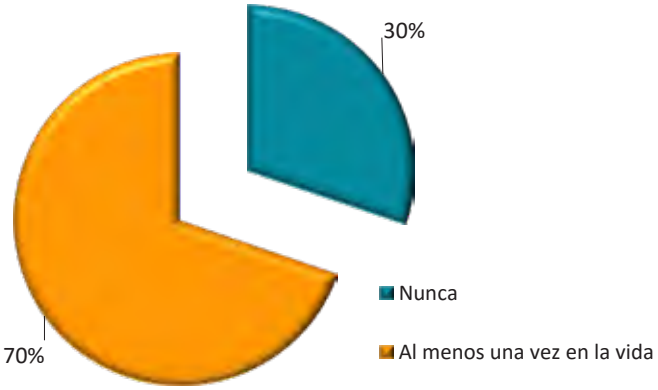
- El 15,7% de las personas cuya sustancia principal de consumo es el alcohol ha sufrido delirium tremens alguna vez en la vida.

21. HABER TENIDO SOBREDOSIS



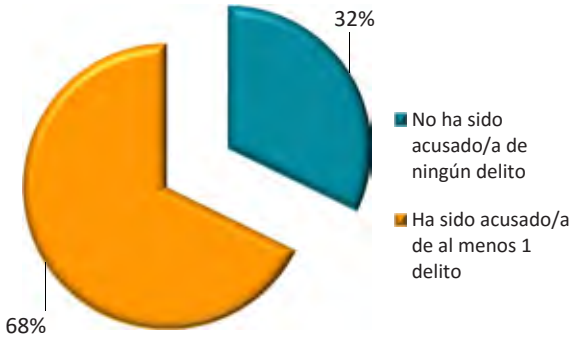
- Las personas que han tenido alguna vez en la vida sobredosis (14,7%), han sufrido 2,67 episodios de media.

22. PROBLEMAS CON LA JUSTICIA



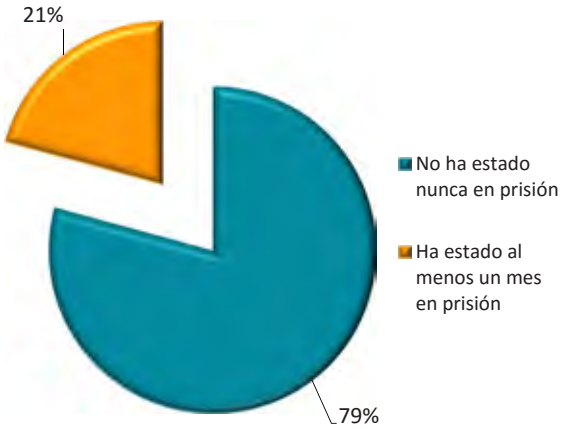
- Un 69,8% ha tenido algún problema con la justicia a lo largo de su vida.

23. HABER SIDO ACUSADO DE ALGÚN DELITO



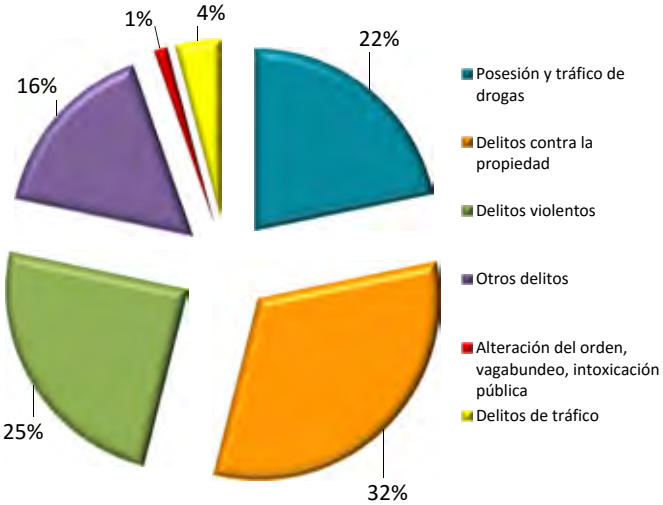
- El 67,7% ha sido acusado de algún delito alguna vez en la vida.

24. HABER ESTADO EN PRISIÓN ALGUNA VEZ EN LA VIDA



- El 79,2% nunca ha estado en prisión.

25. CAUSAS DE ENTRADA EN PRISIÓN



› Existe un 21,7% que ha ingresado en prisión por un motivo directamente vinculado con el problema de adicción (posesión y tráfico de drogas).

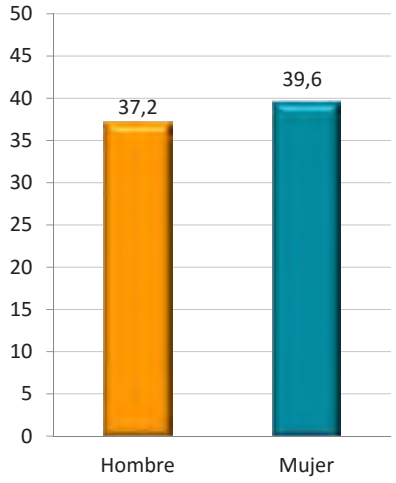
2.2.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS POR VARIABLES RELEVANTES: GÉNERO Y SUSTANCIA

ANÁLISIS BIVARIADO

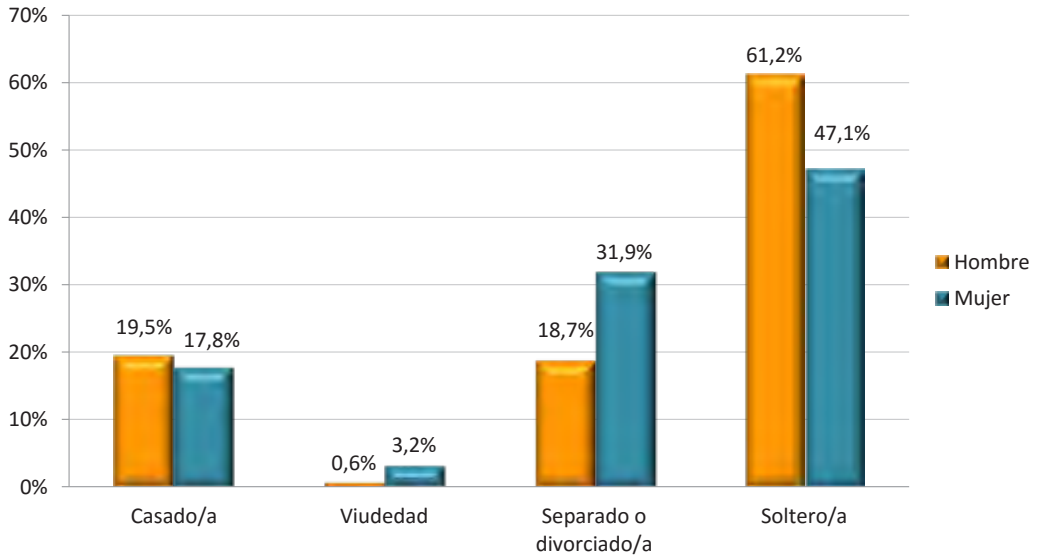
DATOS DISGREGADOS POR GÉNERO

26. EDAD DESGLOSADA POR SEXO



- No se observan diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en tratamiento respecto a la media de edad.

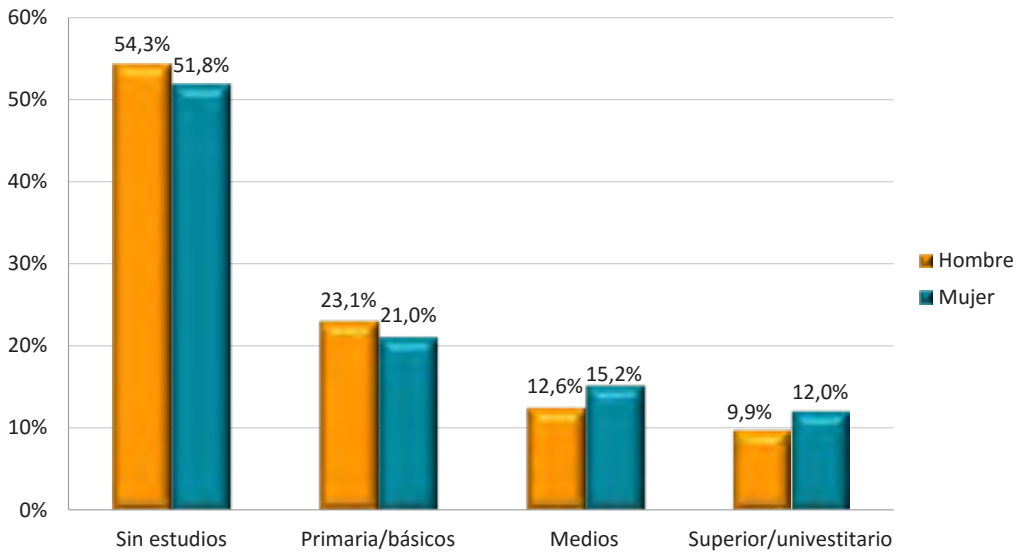
27. ESTADO CIVIL DESGLOSADO POR SEXO*



- Respecto al estado civil, las diferencias más elevadas entre mujeres y hombres se encuentran en las categorías de "separado y/o divorciado", donde se observa un 13,2% más de mujeres.
- En el grupo de "soltero/a" encontramos un 14,1% más de hombres.

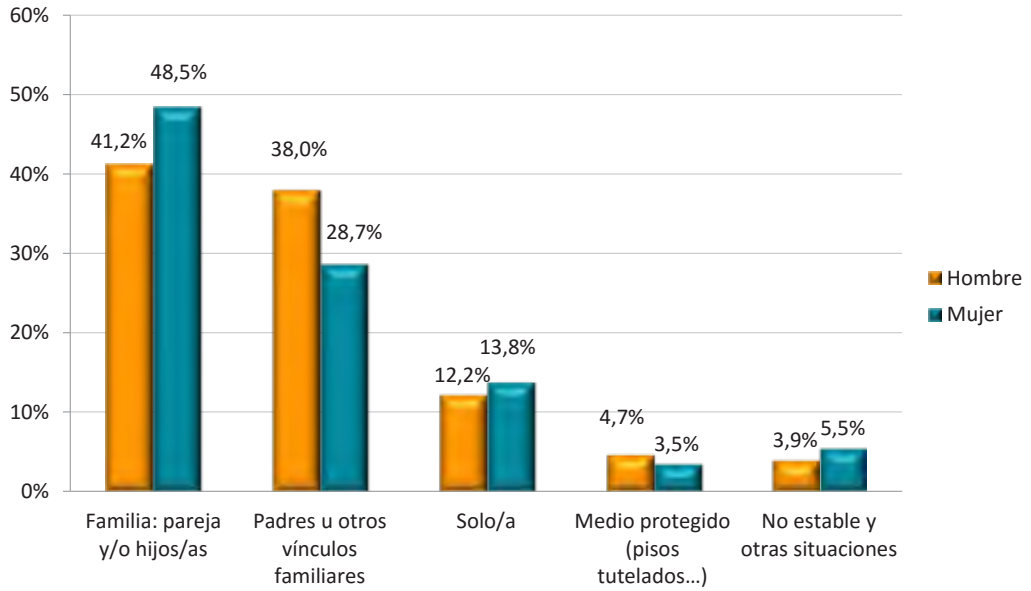
(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

28. NIVEL DE ESTUDIOS DESGLOSADO POR SEXO



› No existen diferencias estadísticamente significativas.

29. NÚCLEO DE CONVIVENCIA DESGLOSADO POR SEXO*

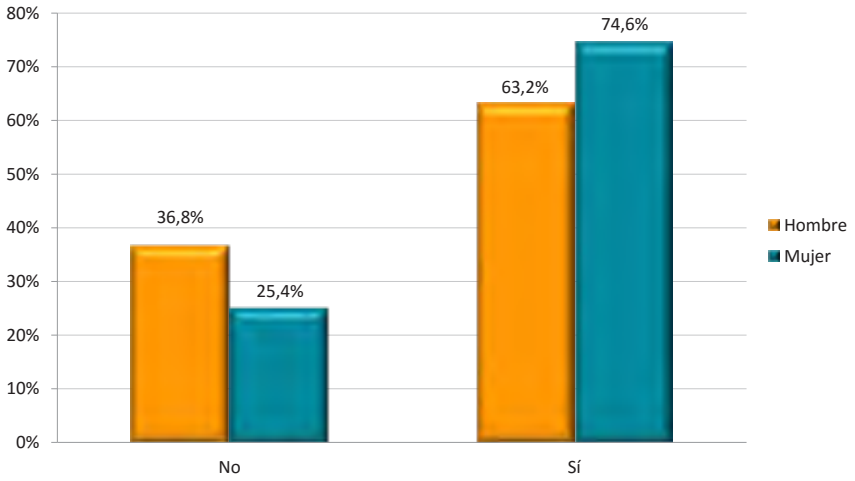


› Hay un mayor porcentaje de mujeres en familia nuclear/propia (+7,3%).

› Los hombres solteros tienen una mayor probabilidad de convivir con sus familias de origen (padres/madres), en concreto, un 9,3% más.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

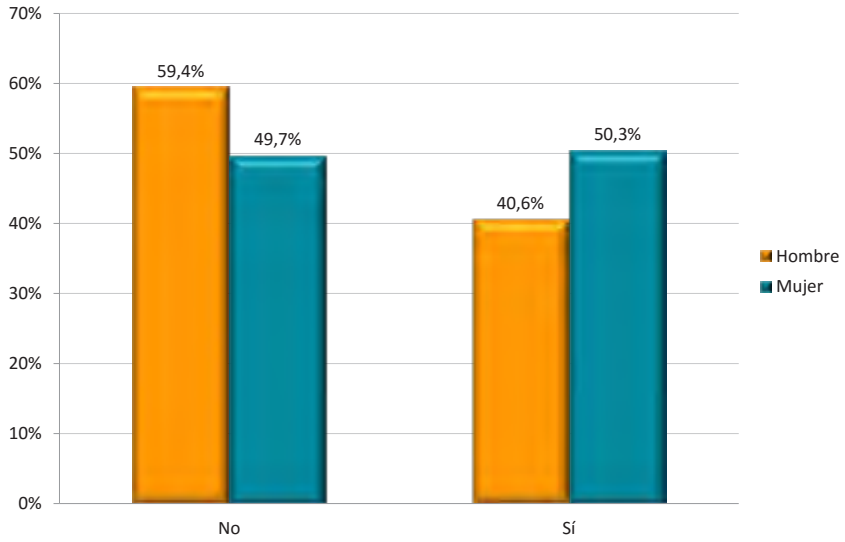
30. PROBLEMAS SERIOS DE PAREJA (ALGUNA VEZ EN LA VIDA) DESGLOSADO POR SEXO*



› Las mujeres manifiestan más problemas de pareja, un 11,4% más que los hombres.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

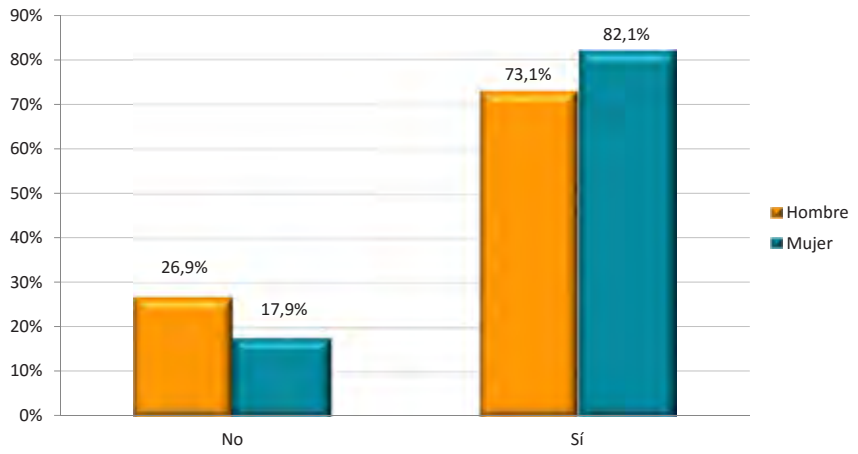
31. PROBLEMAS SERIOS FAMILIARES (EN EL ÚLTIMO MES) DESGLOSADO POR SEXO*



› Las mujeres identifican mayores problemas con familiares en el último mes (un 9,7% más que los hombres) .

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

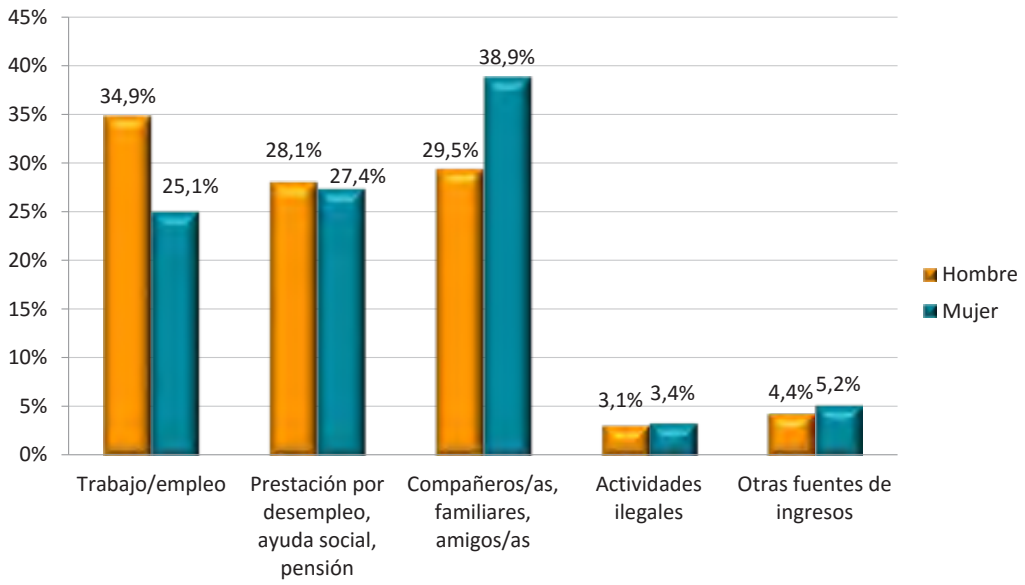
32. PROBLEMAS SERIOS FAMILIARES (ALGUNA VEZ EN LA VIDA) DESGLOSADO POR SEXO*



- Las mujeres identifican haber tenido más problemas familiares alguna vez en la vida (un 9% más que los hombres).

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

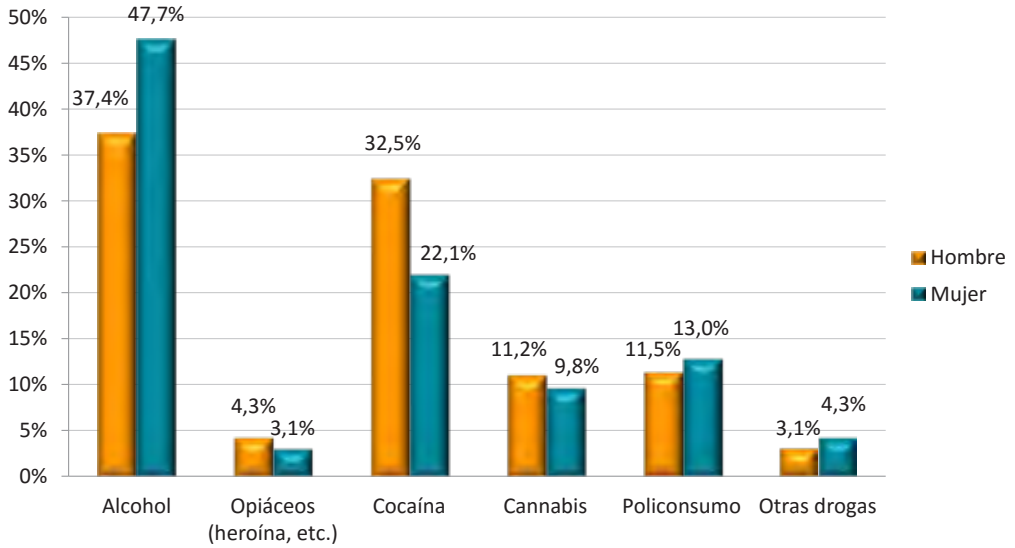
33. FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS DESGLOSADO POR SEXO*



- Los hombres cuentan con ingresos más estables/regulares (un 9,8% más que las mujeres), mientras que la fuente principal de ingresos para las mujeres provienen de compañeros/as, familiares o amigos/as (un 9,4% más que los hombres).
- En síntesis, las mujeres presentan menor nivel de independencia y estabilidad económica que los hombres.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

34. SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO, POR SEXO*



- Hay una mayor prevalencia de consumo de alcohol entre las mujeres (un 10,3% más que los hombres).
- En el caso de la cocaína, los hombres consumen un 10,4% más que las mujeres.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

35. EDAD DE INICIO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DESGLOSADO POR SEXO

SEXO		Alcohol: cualquier dosis	Alcohol: grandes cantidades	Opiáceos (heroína, etc.)	Cocaína	Cannabis	Otras drogas	Más de 1 sustancia/día
Hombre	Media	**15,34**	**20,63**	**24,52**	**20,29**	**16,34**	**20,49**	**19,70**
	N	2.282	1.771	933	1.995	1.721	2.293	1.073
Mujer	Media	**16,37**	**24,34**	**25,18**	**21,81**	**17,86**	**23,18**	**23,71**
	N	386	302	167	295	244	336	153

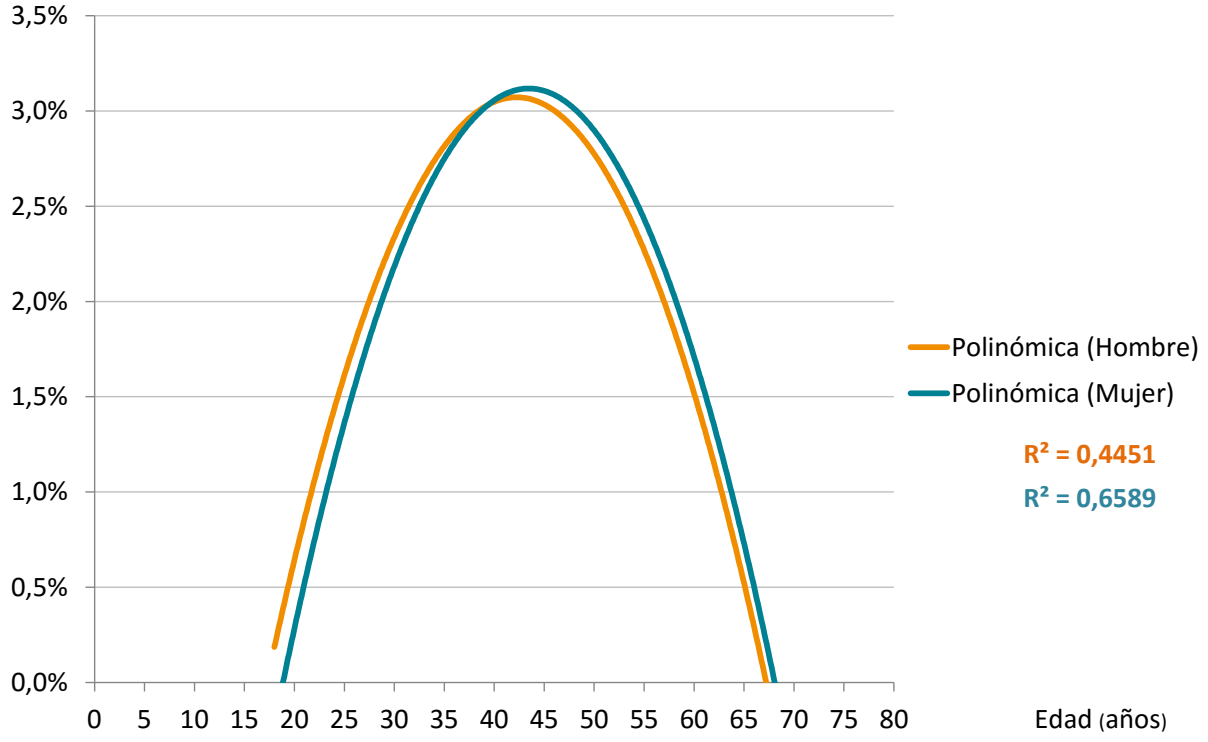
- El hombre inicia el consumo antes en todas las sustancias, sobre todo en alcohol y cannabis.

36. EDAD EN LA QUE SE SOLICITA TRATAMIENTO POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL DESGLOSADO POR SEXO

Edad (intervalos)		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
18-22	N	131	17	**148**
	%	5,4%	4,0%	**5,2%**
23-27	N	286	26	**312**
	%	11,7%	6,2%	**10,9%**
28-32	N	389	61	**450**
	%	16,0%	14,5%	**15,8%**
33-37	N	520	81	**601**
	%	21,3%	19,3%	**21,0%**
38-43	N	523	95	**618**
	%	21,5%	22,6%	**21,6%**
44-49	N	284	67	**351**
	%	11,7%	16,0%	**12,3%**
47 y más	N	303	73	**376**
	%	12,4%	17,4%	**13,2%**
TOTAL	**N**	**2.436**	**420**	**2.856**
	%	**100%**	**100%**	**100%**

- Centrándonos directamente en el alcohol, existe un mayor porcentaje de hombres que demandan tratamiento a edades más tempranas.
- A partir de los 38 años hay más porcentajes relativos de mujeres que demandan tratamiento por problemas con el alcohol.

37. EDAD EN LA QUE SE SOLICITA TRATAMIENTO POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL DESGLOSADO POR SEXO



› Analizando el gráfico anexo se puede ver la tendencia de los porcentajes, observándose que el "adelantamiento" de mujeres a hombres en el consumo de alcohol se produce en el segmento de 36-38 años.

38. SOBREDOSIS DESGLOSADA POR SEXO

Haber tenido sobredosis alguna vez	Sexo			
	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nunca	1.900	85,3	317	83,6
Al menos una vez	328	14,7	62	16,4
TOTAL	**2.228**	**100**	**379**	**100**

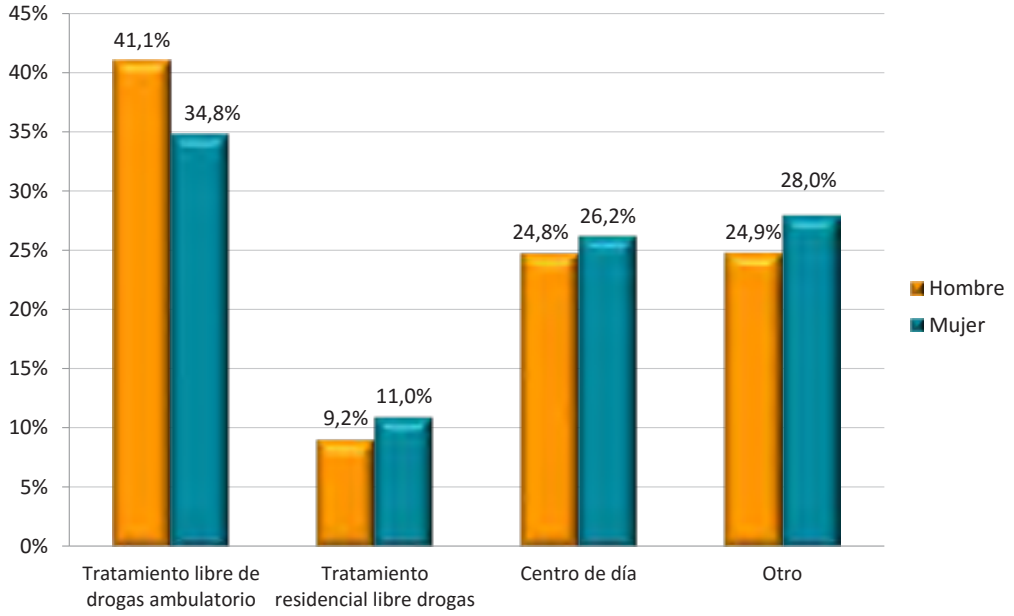
› No existen diferencias estadísticamente significativas.

39. DELIRIUM TREMENS DESGLOSADO POR SEXO (SOLO DE LOS PERFILES CUYA SUSTANCIAPRINCIPAL ES EL ALCOHOL)

Haber tenido alguna vez *delirium tremens*	Sexo			
	Hombre		Mujer	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No he tenido ninguna vez	674	84,1	151	84,4
He tenido al menos una vez	128	15,9	28	15,6
TOTAL	**801**	**100**	**179**	**100**

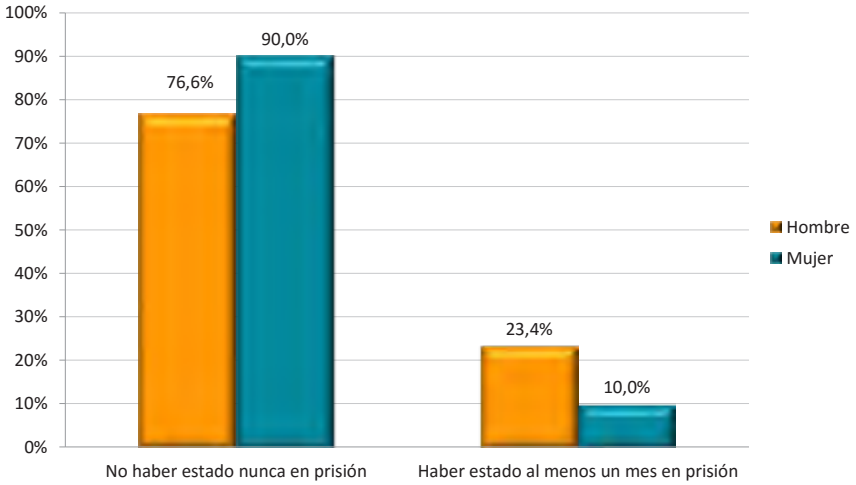
› No existen diferencias estadísticamente significativas.

40. TIPO DE TRATAMIENTO, DESGLOSADO POR SEXO



› No hay grandes diferencias, solamente se apunta un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (6,3% más) en el tratamiento ambulatorio libre de drogas.

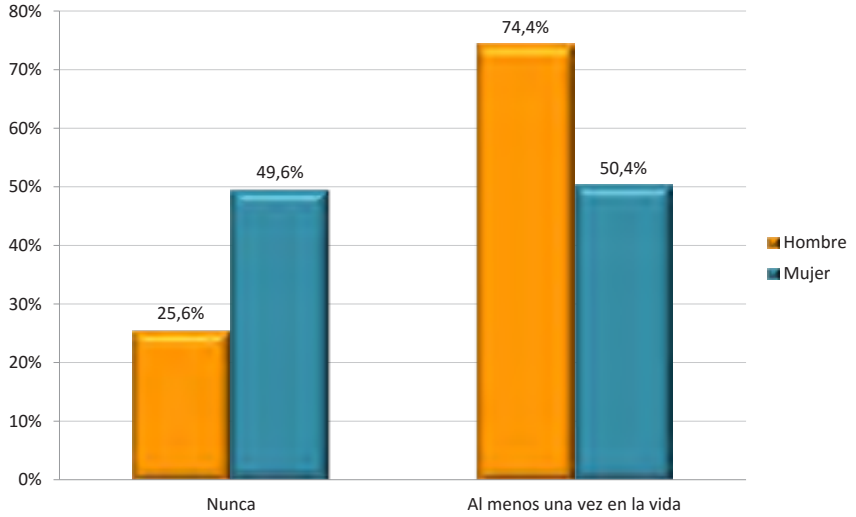
41. HABER ESTADO EN PRISIÓN, DESGLOSADO POR SEXO*



› Se observa un porcentaje mayor de hombres que de mujeres (13,4% más) que han estado alguna vez en prisión.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

42. PROBLEMAS CON LA JUSTICIA. DESGLOSADO POR SEXO*

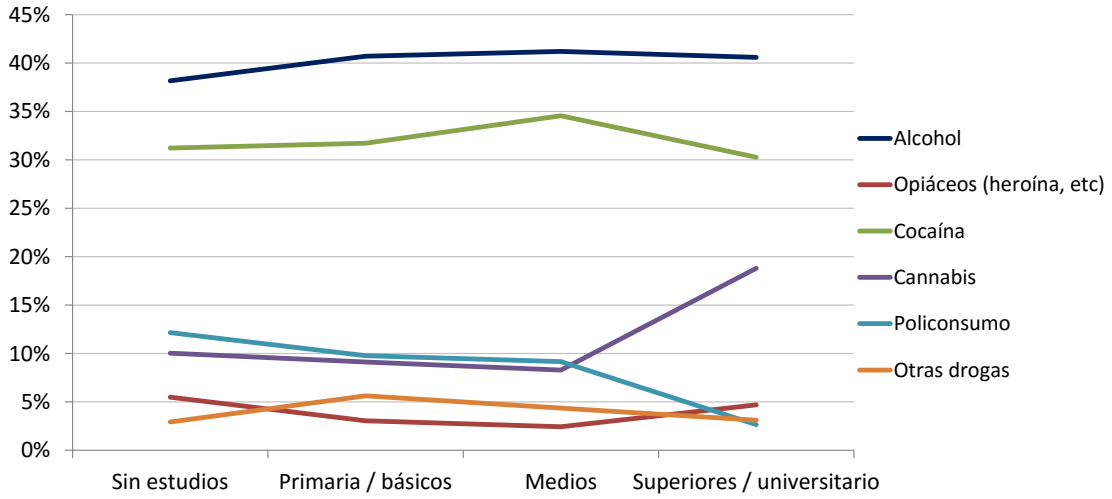


› Hay un 24% más de hombres que de mujeres que han tenido problemas con la justicia.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

DATOS DISGREGADOS POR SUSTANCIAS

43. DEMANDA DE TRATAMIENTO POR SUSTANCIA PRINCIPAL, POR NIVEL DE ESTUDIOS*

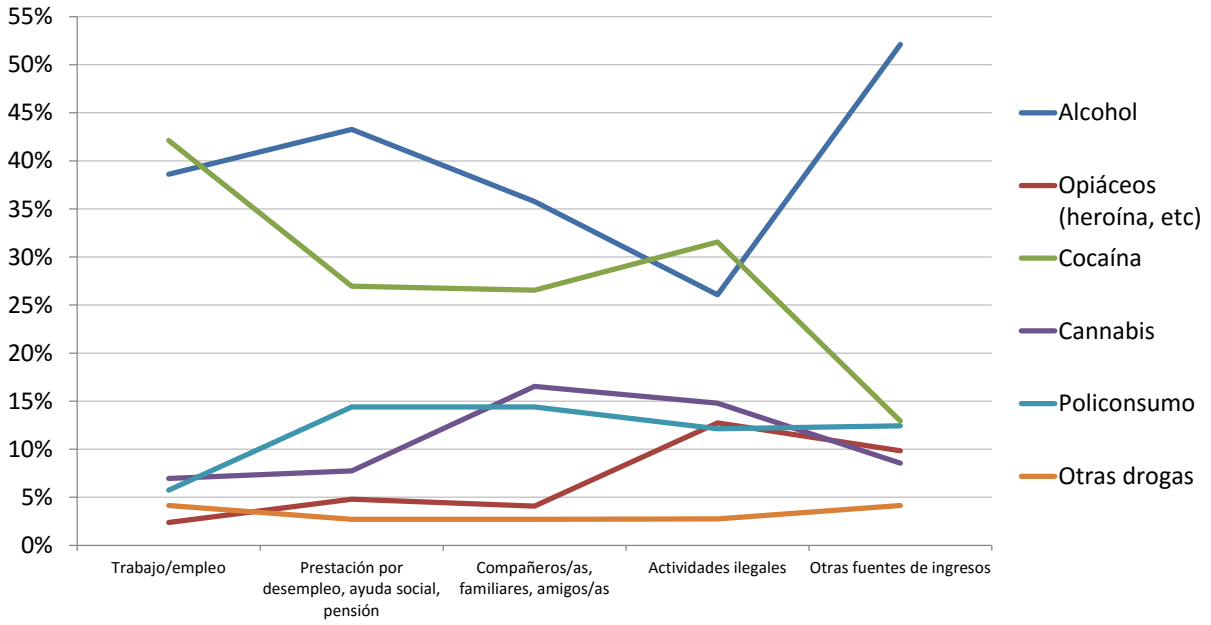


Sustancia principal consumida	Grado académico superior obtenido							
	Sin estudios		Primaria / básicos		Medios		Superiores / universitario	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alcohol	418	38,2	195	40,7	110	41,2	83	40,6
Opiáceos (heroína, etc)	60	5,5	15	3,1	7	2,4	10	4,7
Cocaína	342	31,2	152	31,7	92	34,5	62	30,3
Cannabis	110	10,0	44	9,1	22	8,3	39	18,8
Policonsumo	133	12,2	47	9,8	25	9,2	5	2,7
Otras drogas	32	2,9	27	5,6	12	4,4	6	3,1
TOTAL	**1.096**	**100**	**479**	**100**	**267**	**100**	**205**	**100**

- Las relaciones significativas están localizadas en 3 grupos:
  - Un porcentaje alto en personas sin estudios que consumen opiáceos o policonsumo.
  - Un porcentaje de personas con estudios básicos que consumen otras drogas.
  - Un porcentaje alto, aproximadamente 9% más que el siguiente grupo, de personas con estudios que consumen cannabis.
- En el resto de grupos y sustancias las diferencias no son significativas.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

44. FUENTE DE INGRESOS POR SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO*



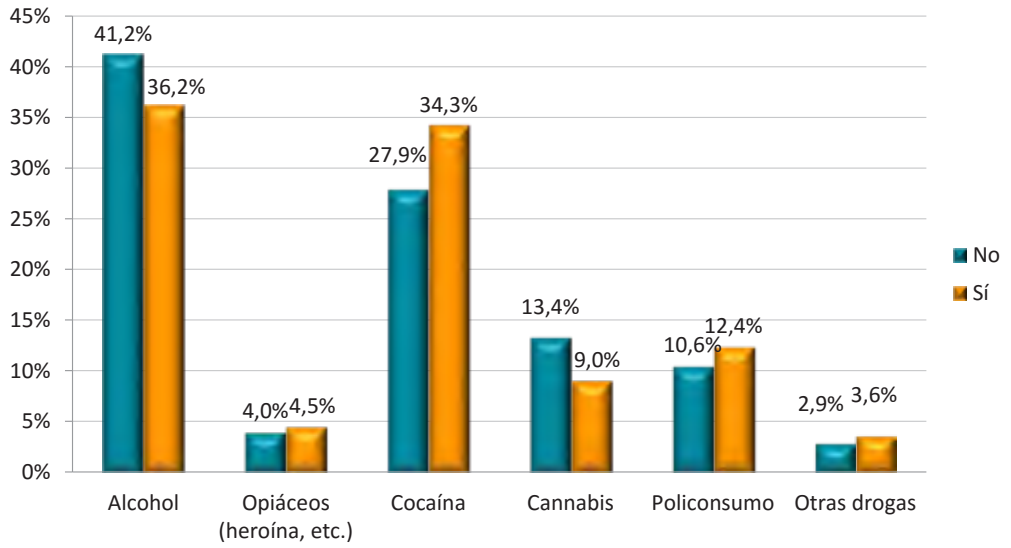
Sustancia principal consumida	Fuente de ingresos									
	Trabajo/empleo		Prestación por desempleo, ayuda social, pensión		Compañeros/as, familiares, amigos/as		Actividades ilegales		Otras fuentes de ingresos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alcohol	340	38,6	337	43,3	295	35,8	20	26,1	64	52,1
Opiáceos (heroína, etc)	21	2,4	38	4,8	34	4,1	10	12,7	12	9,8
Cocaína	370	42,1	210	27,0	219	26,5	25	31,6	16	12,9
Cannabis	61	7,0	60	7,8	136	16,5	12	14,8	10	8,5
Policonsumo	50	5,7	112	14,4	119	14,4	9	12,1	15	12,4
Otras drogas	37	4,2	22	2,7	22	2,7	2	2,7	5	4,1
TOTAL	**879**	**100**	**780**	**100**	**824**	**100**	**78**	**100**	**122**	**100**

› Se destacan algunas de las relaciones más significativas sociológica y estadísticamente:

- En **alcohol** los grupos más destacados son aquellos en desempleo y con otras fuentes de ingresos.
- En **opiáceos** destacan actividades ilegales y otras fuentes.
- En **cocaína** destaca claramente aquellos que trabajan con respecto a otras sustancias (aproximadamente entre un 11% y un 30 % más que otras opciones).
- En **cannabis** se da el mayor porcentaje de personas que obtienen los ingresos de compañeros/as, familiares y amigos/as.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

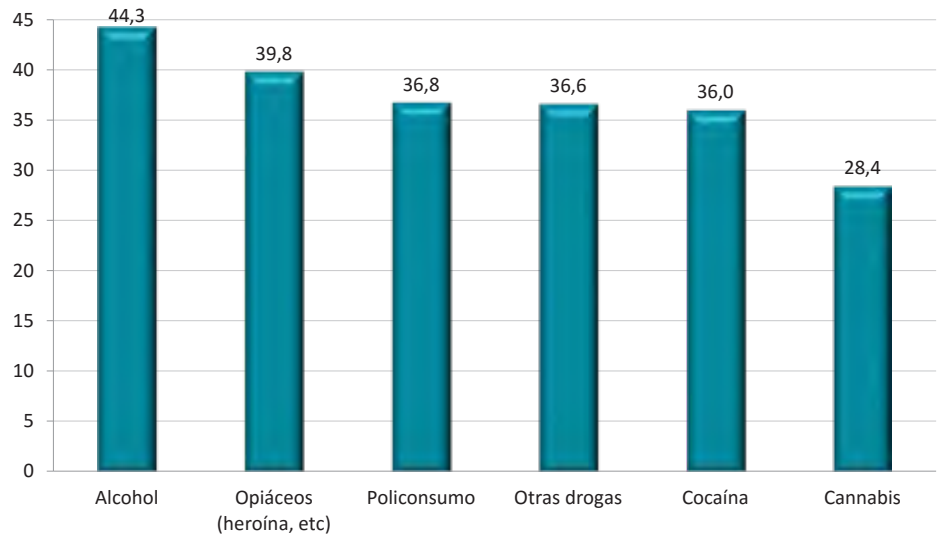
45. PROBLEMAS ECONÓMICOS DESGLOSADO POR SUSTANCIA PRINCIPAL*



- El dato más llamativo se encuentra en el caso de la cocaína, donde existe un 6,4% más que sí presenta problemas de deudas.
- También es significativo que en el caso del alcohol y el cannabis descienden los porcentajes con problemas económicos: 5% y 4,4% menos, respectivamente.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

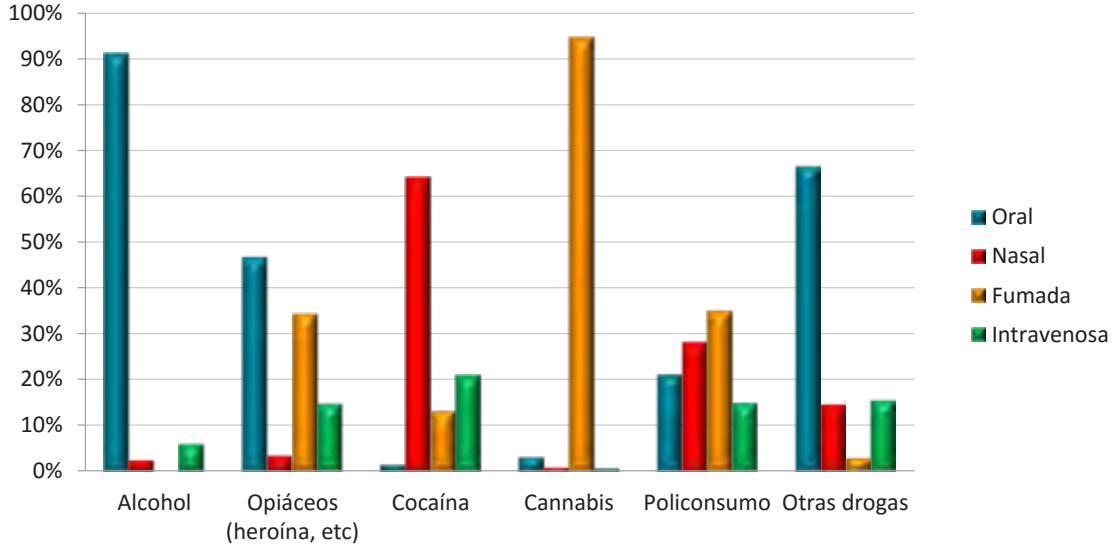
46. MEDIA DE EDAD AL INICIO DE TRATAMIENTO DESGLOSADA POR TIPO DE SUSTANCIAS*



- Lo más significativo del cruce entre media de edad al inicio de tratamiento y sustancia que promueve el inicio del mismo son las medias extremas. El alcohol es la sustancia por la que se produce una demanda más tardía y el cannabis la más temprana, siendo ambas sustancias las más aceptadas socialmente.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

47. SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO POR VÍA DE ADMINISTRACIÓN*



- Se observa un cambio respecto a la pauta de consumo de cocaína, incrementándose el consumo vía intravenosa (20%) y fumada (13%).
- También llama la atención una predominancia del consumo de opiáceos por vía oral en lugar de por vía intravenosa.
- En referencia al consumo de cannabis se mantiene mayoritariamente la vía fumada . La vía oral representa sólo un 3,3%.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

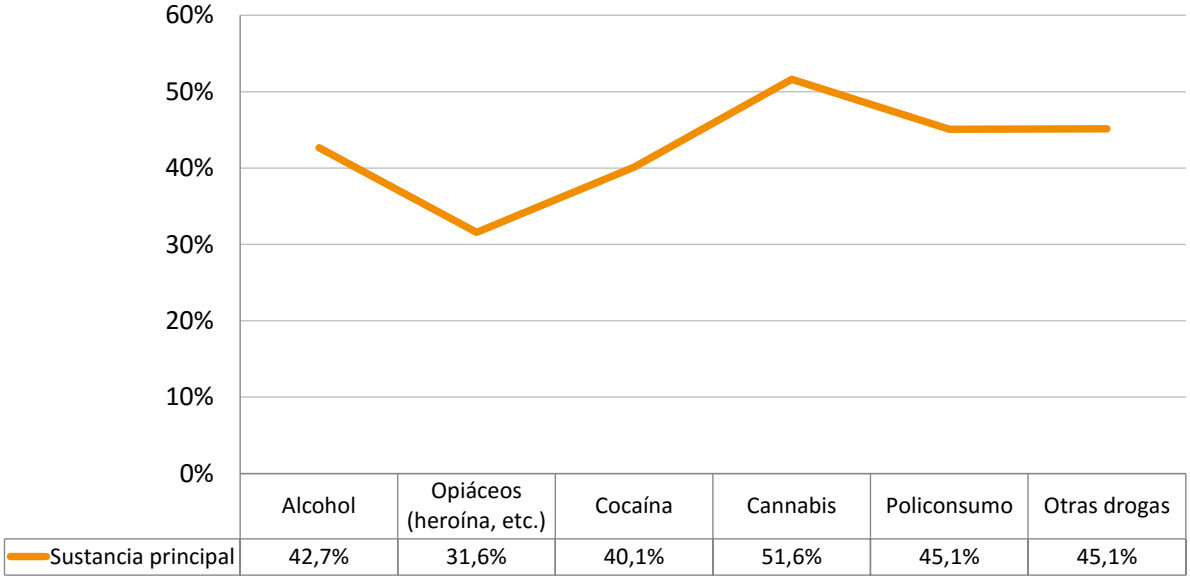
48. SUSTANCIA PRINCIPAL CONSUMIDA POR TIPO DE TRATAMIENTO*

Tipo de tratamiento		Sustancia principal consumida						Total
		Alcohol	Opiáceos (heroína, etc)	Cocaína	Cannabis	Policonsumo	Otras drogas	
Tratamiento libre de drogas ambulatorio	N	338	32	324	114	61	26	**895**
	%	37,8%	3,6%	36,2%	12,7%	6,8%	2,9%	**100%**
Tratamiento residencial libre drogas	N	70	15	69	14	24	9	**201**
	%	34,8%	7,5%	34,3%	7,0%	11,9%	4,5%	**100%**
Centro de día	N	231	20	180	58	46	27	**562**
	%	41,1%	3,6%	32,0%	10,3%	8,2%	4,8%	**100%**
Otro	N	230	23	157	68	133	14	**625**
	%	36,8%	3,7%	25,1%	10,9%	21,3%	2,2%	**100%**
Total	**N**	**869**	**90**	**730**	**254**	**264**	**76**	**2283**
	%	**38,1%**	**3,9%**	**32,0%**	**11,1%**	**11,6%**	**3,3%**	**100%**

› El programa ambulatorio libre de drogas tiene más incidencia en cocaína y cannabis, mientras que en el programa libre de drogas residencial los porcentajes más destacados se vinculan con el consumo de opiáceos.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

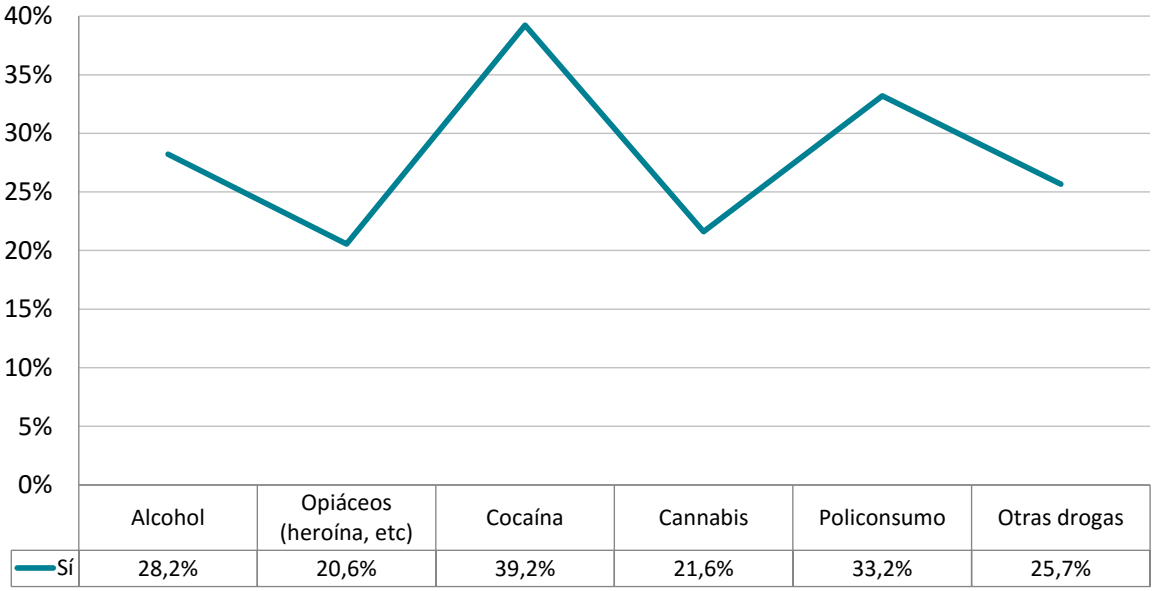
49. PROBLEMAS SERIOS FAMILIARES (EN ÚLTIMO MES), POR SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO*



› En el caso de cannabis se detecta una mayor incidencia de problemas familiares.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

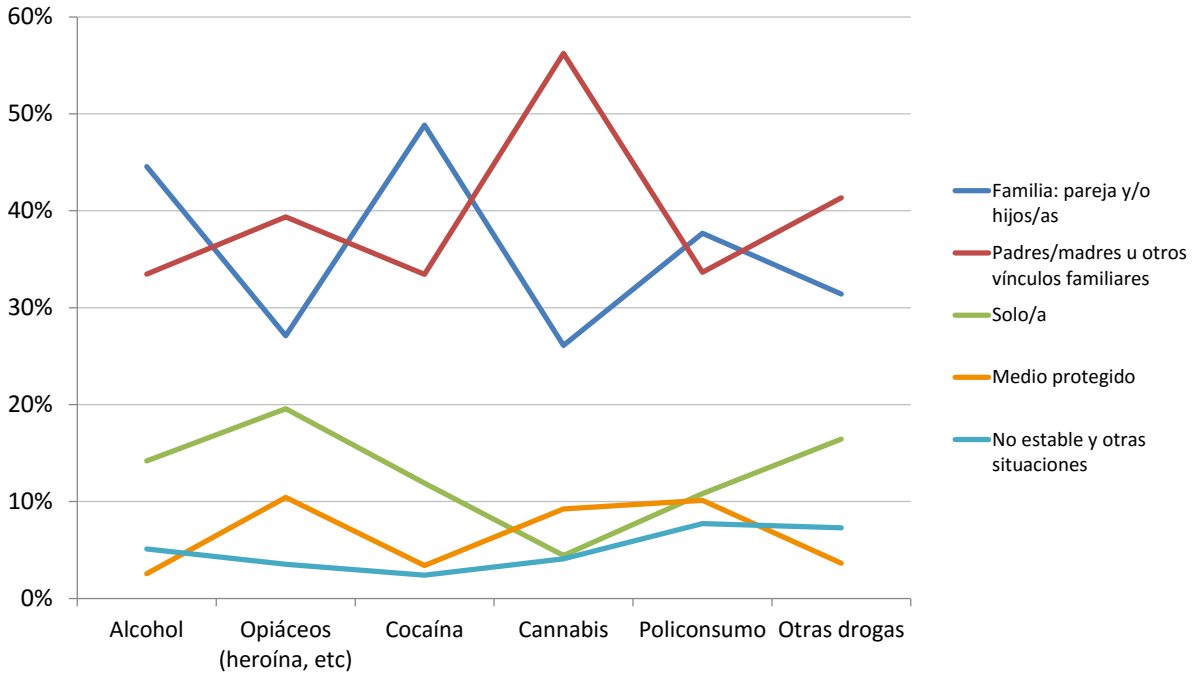
50. PROBLEMAS SERIOS DE PAREJA (EN ÚLTIMO MES) POR SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO*



› Las sustancias donde se presentan mayores problemas de pareja son la cocaína (39,2%), seguida del policonsumo (33,2%) y el alcohol (28,2%).

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

51. NÚCLEO DE CONVIVENCIA POR SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE DEMANDA TRATAMIENTO*



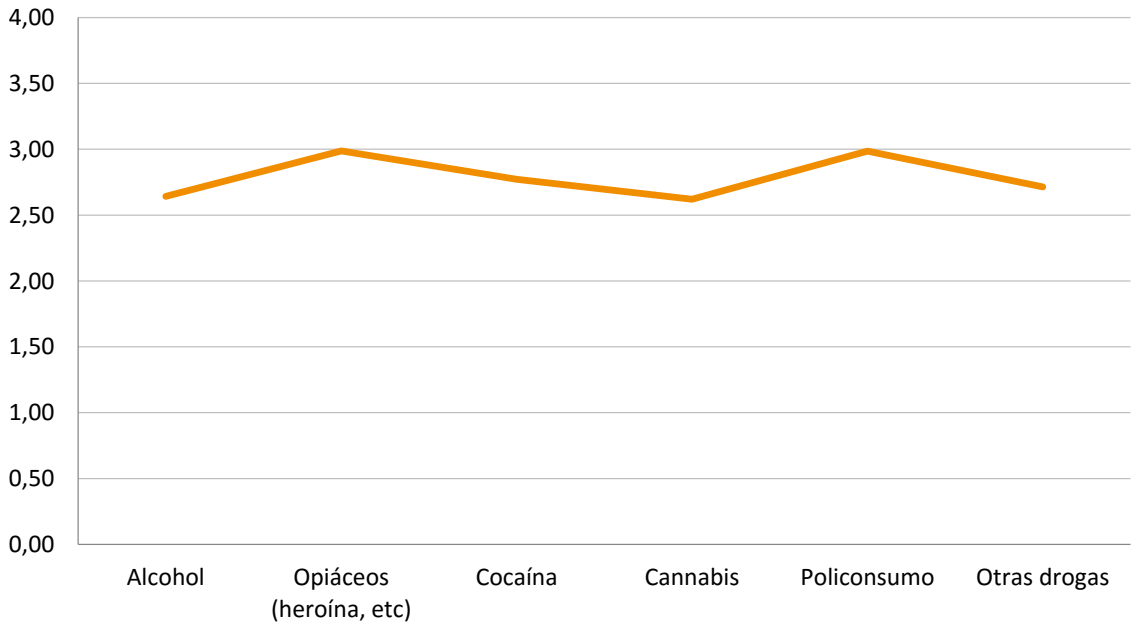
Núcleo de convivencia (en los últimos 3 años)	Sustancia principal consumida											
	Alcohol		Opiáceos (heroína, etc.)		Cocaína		Cannabis		Policonsumo		Otras drogas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familia: pareja y/o hijos/as	481	44,6	31	27,1	413	48,8	82	26,1	119	37,7	28	31,4
Padres/madres u otros vínculos familiares	361	33,5	45	39,4	283	33,5	177	56,2	107	33,7	36	41,3
Solo/a	153	14,2	22	19,6	101	11,9	14	4,4	34	10,8	14	16,4
Medio protegido	28	2,6	12	10,4	29	3,4	29	9,2	32	10,1	3	3,6
No estable y otras situaciones	56	5,1	4	3,5	20	2,4	12	4,1	24	7,7	6	7,3
TOTAL	**1.080**	**100**	**114**	**100**	**846**	**100**	**315**	**100**	**316**	**100**	**88**	**100**

- Aquellos que solicitan tratamiento por problemas con el **cannabis** conviven en mayor porcentaje con sus padres y madres.
- Las personas que acuden a tratamiento por problemas con la **cocaína** tienden en mayor medida a convivir con su pareja y/o hijos/as.
- Entre las personas que viven solos/as el mayor porcentaje esta entre los que consumen **opiáceos**.

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

52. NÚMERO DE PROBLEMAS POR TIPO DE SUSTANCIA*

Tipo de sustancia por nº de problemas (pareja, familia, salud, deudas y justicia)	**N**	**Media**
Alcohol	692	2,64
Opiáceos (heroína, etc)	117	2,99
Cocaína	865	2,77
Cannabis	319	2,62
Policonsumo	726	2,99
Otras drogas	92	2,71
Total	**2.811**	**2,79**



- Se contabilizan más áreas con problemas en opiáceos y policonsumo.
- Se observa un menor porcentaje de personas con problemas en el grupo de cannabis

(*) Las diferencias son significativas estadísticamente.

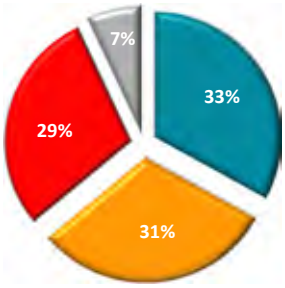
3

Una mirada global

3.1. INDICADORES DE SOCIALIZACIÓN

Edad media: 37 años

Fuente de ingresos

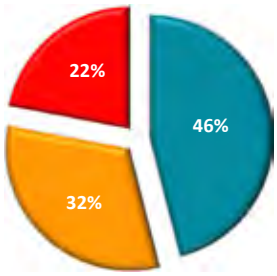


- Un 62% tiene ingresos propios
- Un 69% ha trabajado en los últimos 3 años
- Un 77% de quienes trabajan lo hacen a tiempo completo

Trabajo
Familia, amigos/as
Prestación por desempleo, pensión, ayuda social
Otras fuentes de ingreso

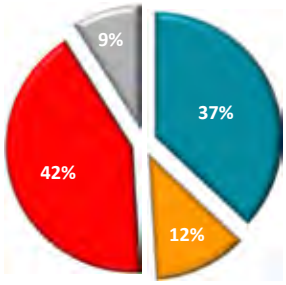
Sexo
Hombres: 85%
Mujeres: 15%

Tamaño de hábitat



Ciudad grande
Ciudad mediana
Ciudad pequeña

Núcleo de convivencia



Familia ascendente (padres y madres)
Solo/a
Familia propia (pareja e hijos/as)
Otros

Estado Civil

Casados/as: 19%

Separados/as: 20%

Solteros/as: 60%

3.2. PRINCIPALES RASGOS DE LOS USUARIOS/AS SEGÚN SUSTANCIAS PRINCIPALES POR LA QUE DEMANDAN TRATAMIENTO

Alcohol:

38,9%

- Media de edad de inicio en el consumo: 15 años
- Media de edad al inicio de tratamiento: 44 años
- Porcentajes mayores de convivencia en familia propia
- Frente a otras sustancias se encuentran más personas en desempleo
- Menos problemas que el resto de sustancias (2,6)
- Un 15,7% ha padecido delirium tremens

Opiáceos:

4,2%

- Media de edad de inicio en el consumo: 25 años
- Media de edad al inicio de tratamiento: 40 años
- Destaca un porcentaje mayor de lo esperado de personas sin estudios que consumen opiáceos
- La vía de consumo es principalmente oral y fumada
- Hay más personas que viven solos/as y más personas que viven en recursos o medios protegidos que con el resto de sustancias (19,6%)
- Tienen más problemas sociales y de salud que el resto de los perfiles

En total, el 15% ha padecido sobredosis

Cannabis:

11,4%

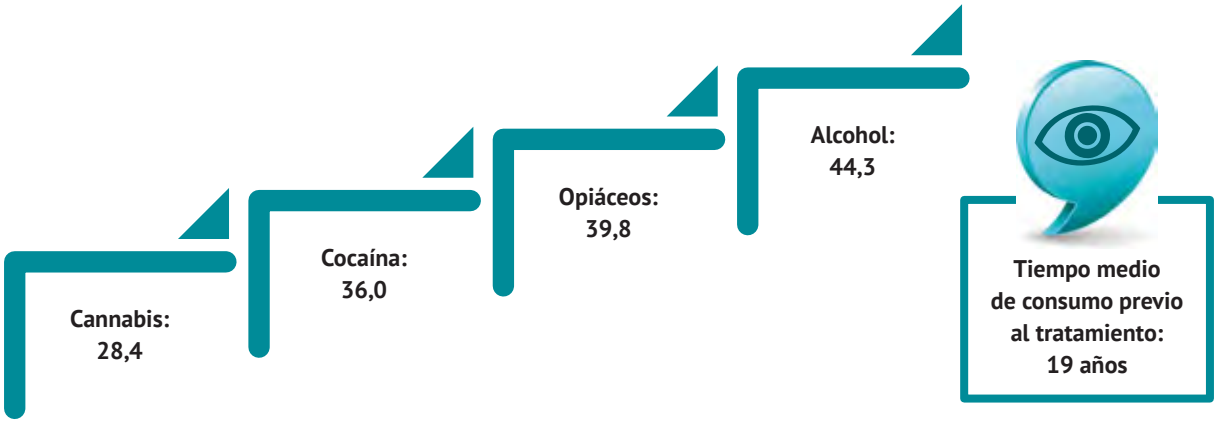
- Media de edad de inicio en el consumo: 16 años
- Media de edad al inicio de tratamiento: 28 años
- Se encuentra el mayor porcentaje de personas con estudios superiores: 18,8%
- La vía de consumo mayoritaria es fumada (95%). El consumo oral es anecdótico (3,3%)
- Viven destacadamente con familia ascendente (padres y madres)
- Fuente de ingresos principales: familia y amigos/as
- Es el perfil con mayores problemas con la familia (51,6%)
- Por el contrario, son los que menos problemas sociales y de salud presentan

Cocaína:

30,8%

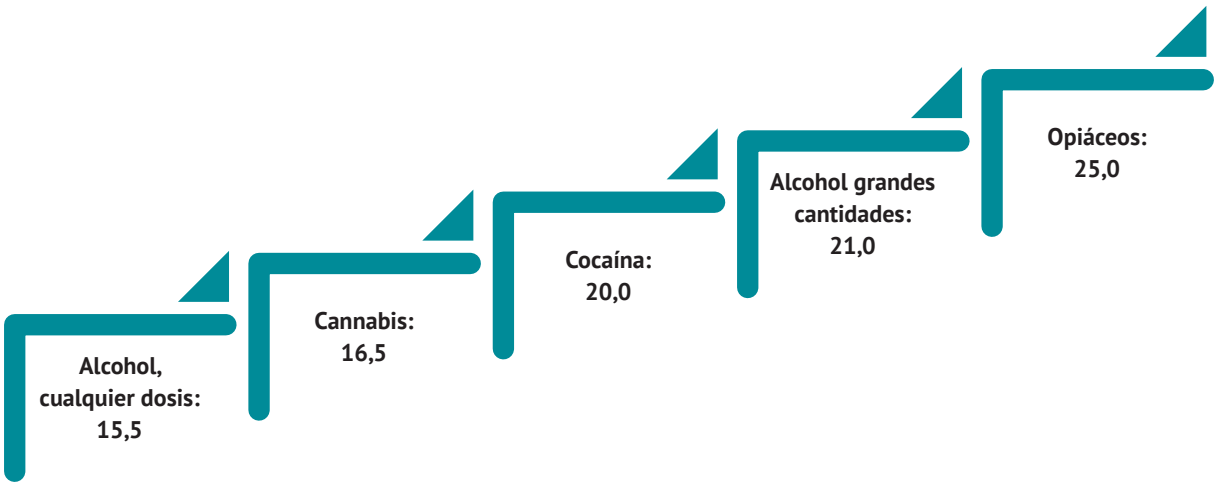
- Media de edad de inicio en el consumo: 20 años
- Media de edad al inicio de tratamiento: 36 años
- Las vías de consumo son, además de la nasal (64,2%), intravenosa (20,8%) y fumada (13,3%)
- El 39,2% tiene problemas de pareja
- Destacan por vivir en familia propia (48,88%)
- Son los que más acceden a un empleo (30%)
- Presentan mayores deudas económicas

3.3. EDAD MEDIA DE INICIO DE TRATAMIENTO



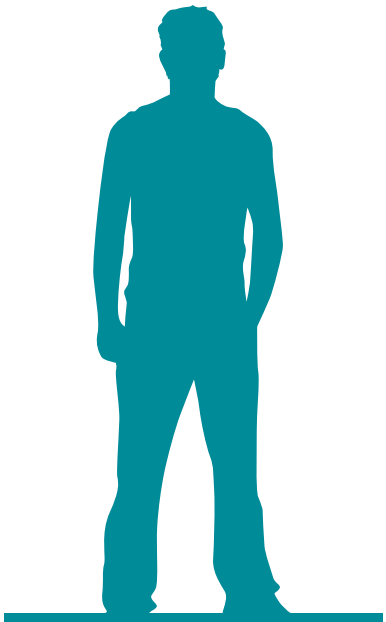
› ¿El retraso de la edad de inicio de consumo retrasa el comienzo del tratamiento?

3.4. EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO

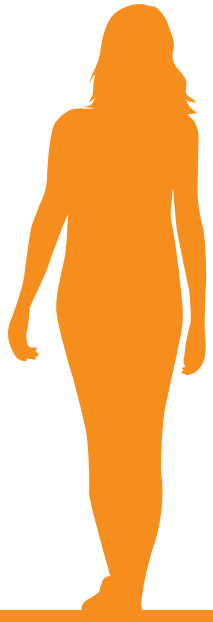


3.5. MIRADA DE GÉNERO

- Media de edad: 37 años
- Solteros en mayor proporción que las mujeres (14,1% más)
- Conviven en mayor porcentaje con familia de origen, padres/madres (9,5% más)
- Sus ingresos son más estables que en el caso de las mujeres (9,8% más)
- Tienen más deudas que las mujeres (6% más)
- El consumo de cocaína es mayor que las mujeres (10,4% más)
- Edad de inicio de consumo más temprano en todas las drogas
- Tienen o han tenido más problemas con la justicia (24% más), y han ingresado en prisión en mayor grado que las mujeres (13% más)



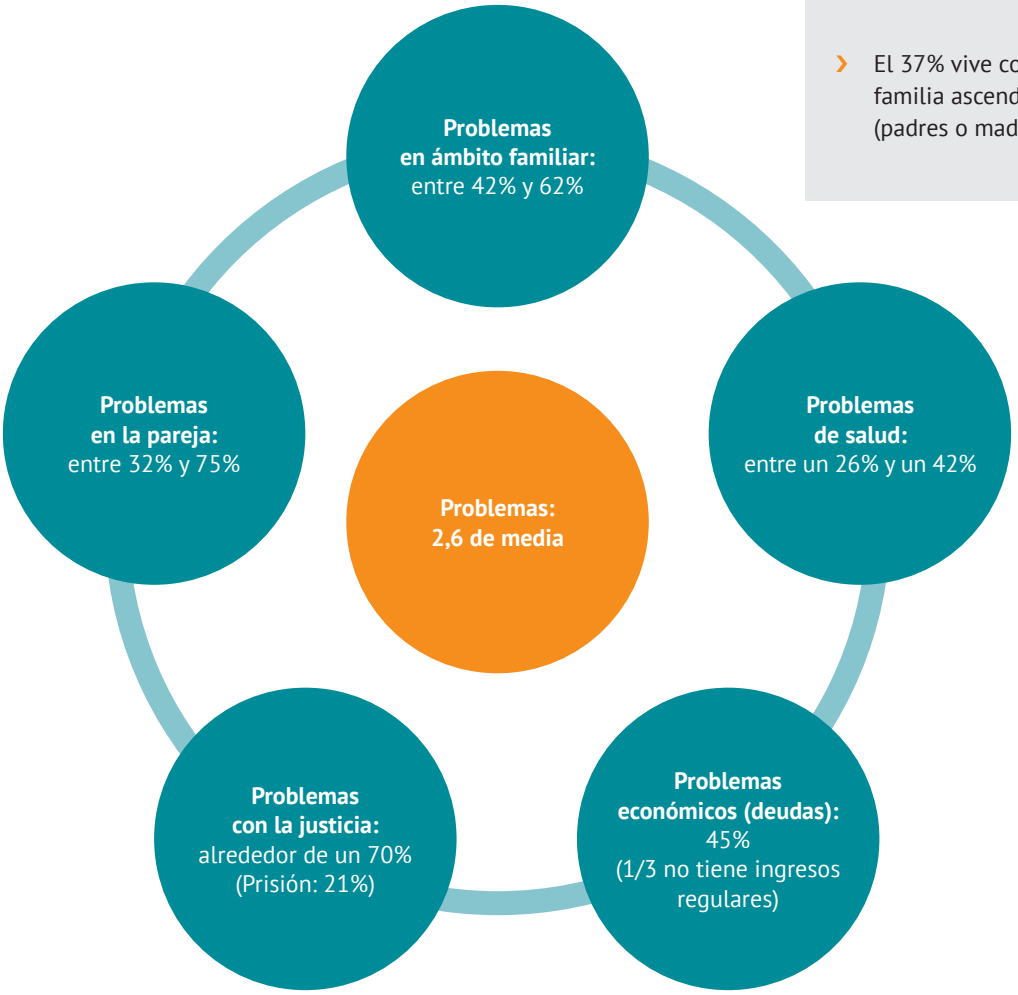
Hombres: 85,3%



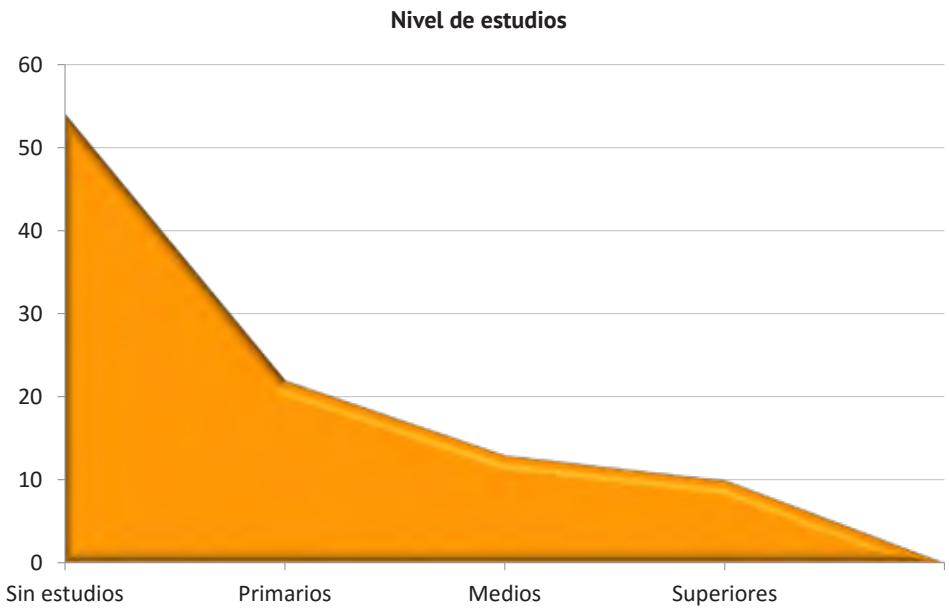
Mujeres: 14,7%

- Media de edad: 39,6 años
- Separadas/divorciadas en mayor medida que los hombres (13,2% más)
- Conviven más con familia nuclear propia: pareja , hijos/as (7,3% más)
- Mayor porcentaje de problemas de pareja (11% más)
- Mayor porcentaje de problemas con familia (10% más)
- Más dependencia económica de redes familiares o amigos/as (9,4% más)
- El consumo de alcohol es mayor que el de los hombres (10,3% más); este incremento en las mujeres se observa a partir de los 38 años
- Inician el consumo más tarde en todas las sustancias

3.6. FACTORES DE DEPENDENCIA Y VULNERABILIDAD

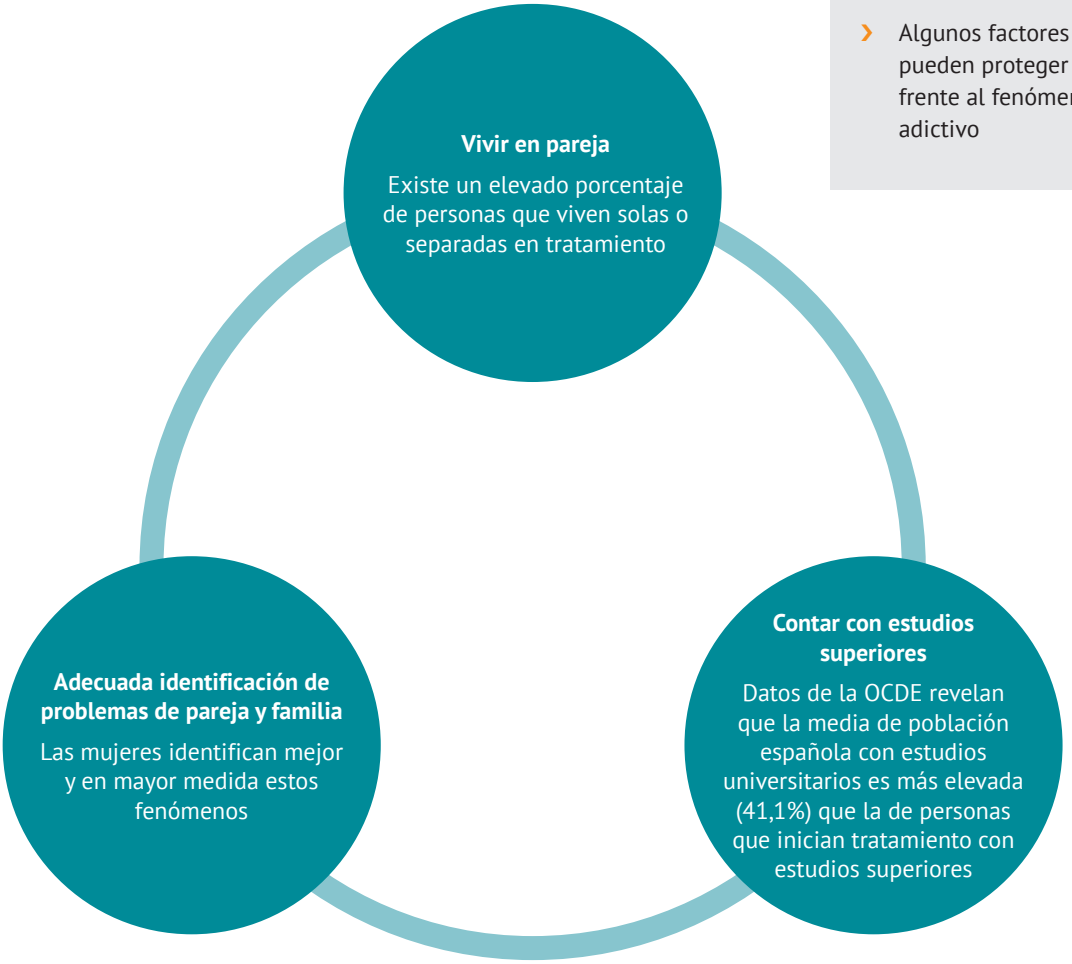


› El 37% vive con la familia ascendente (padres o madres).



3.7. FACTORES DE PROTECCIÓN

- Algunos factores pueden proteger frente al fenómeno adictivo



3.8. PROGRAMAS REALIZADOS CON ANTELACIÓN AL INGRESO ACTUAL

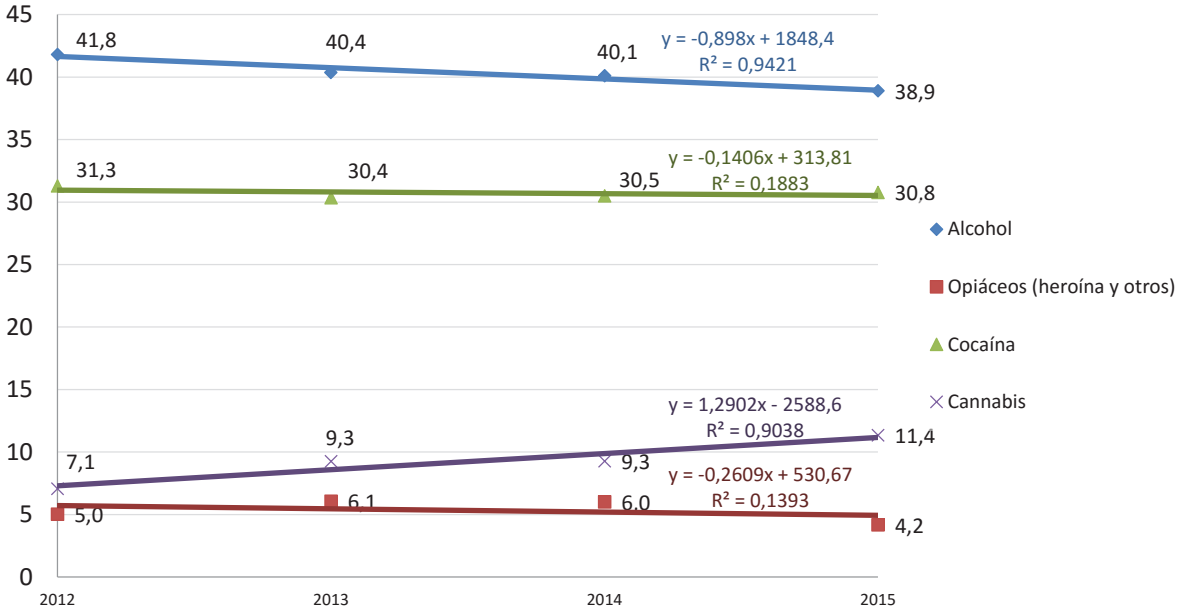
- Programa ambulatorio libre de drogas: las sustancias principales que se trabajan en este tipo de intervenciones son la cocaína y el cannabis
- Programas residenciales libre de drogas: se destacan más la intervención con personas usuarias con problemas de adicción a los opiáceos

4

Comparativa 2012- 2015

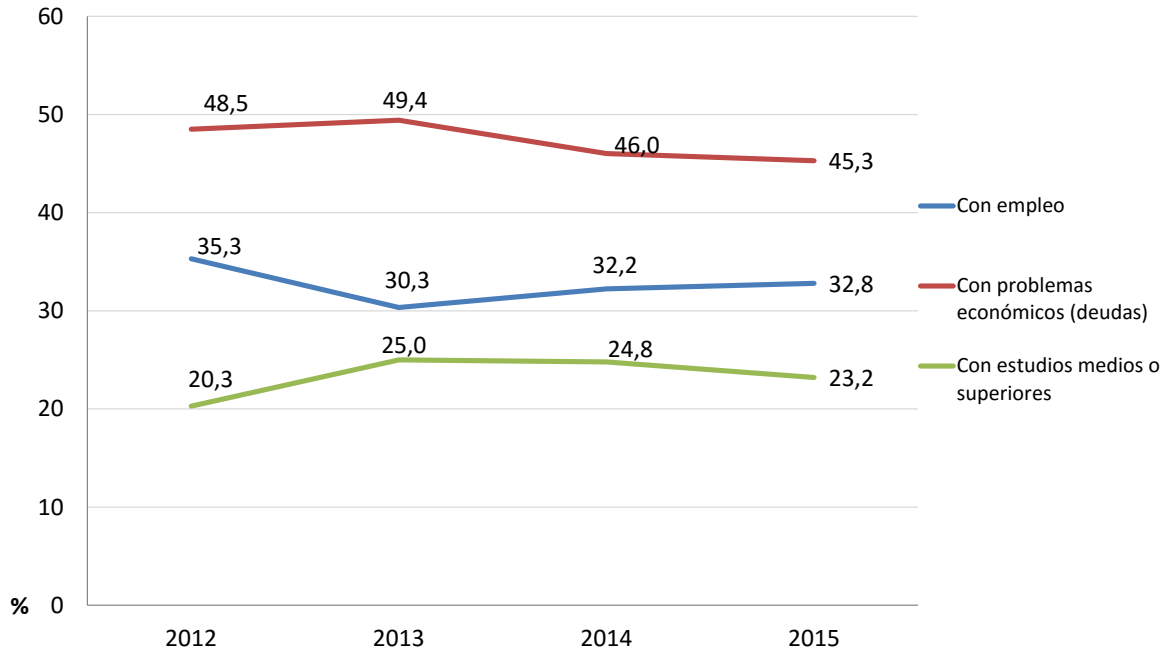
Análisis series temporales

4.1. LÍNEAS DE TENDENCIA (REGRESIÓN): SUSTANCIA PRINCIPAL DE CONSUMO



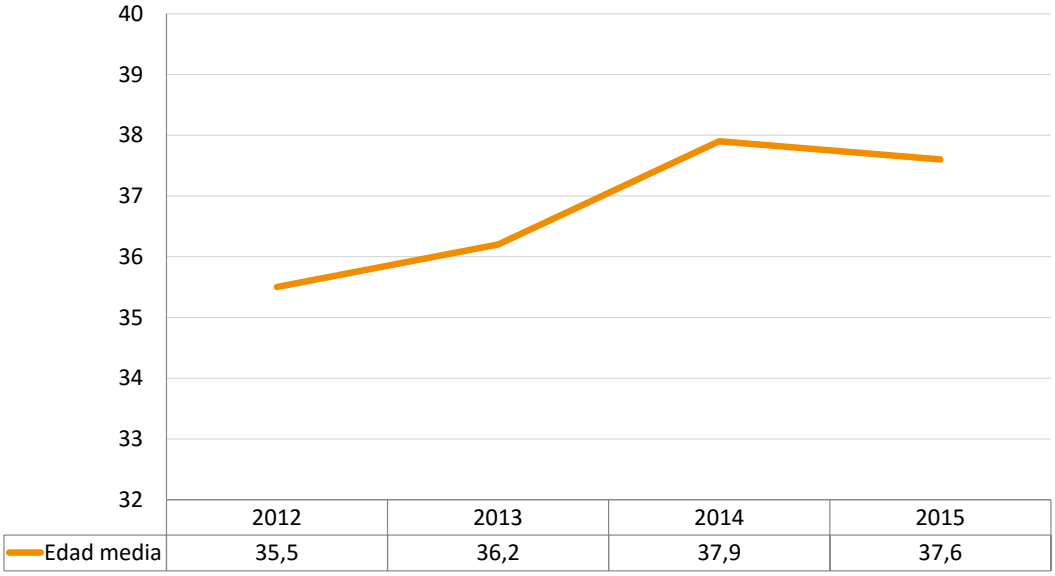
- Aunque las diferencias son mínimas, se aprecia una tendencia de reducción del consumo de alcohol desde 2012 (3%).
- A la inversa, durante los cuatro últimos años se puede apreciar cierta tendencia a un incremento en el consumo de cannabis de las personas que acceden a los programas (4%).

4.2. LÍNEAS DE TENDENCIA COYUNTURA ECONÓMICA Y ESTUDIOS: TENER EMPLEO, PROBLEMAS ECONÓMICOS Y ESTUDIOS



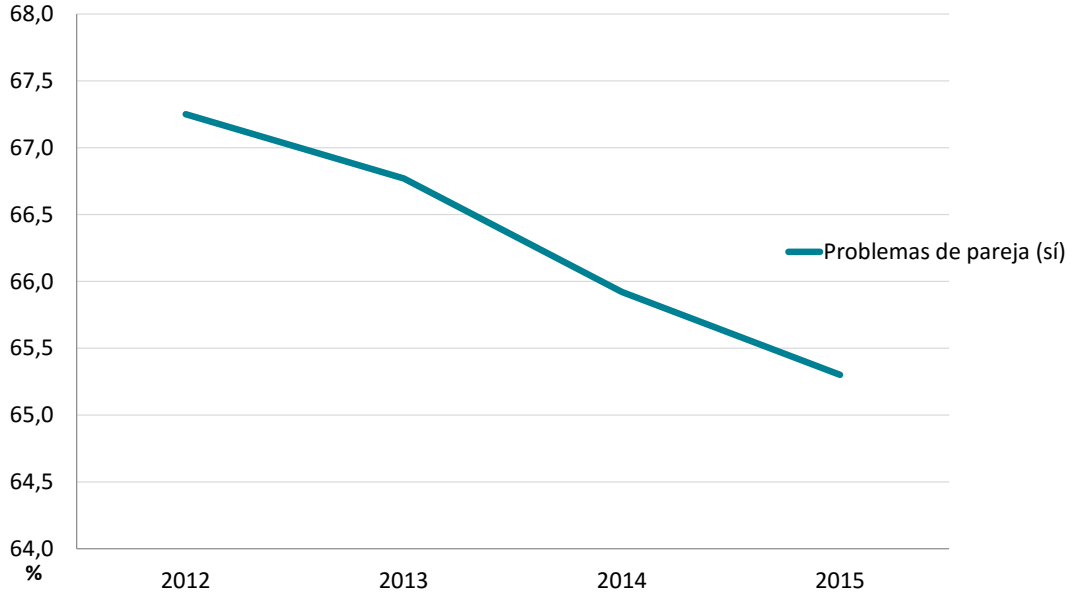
- En relación a las personas que tienen un empleo, en 2013 se detectan las puntuaciones más bajas, apreciándose un cierto repunte en los dos últimos años.
- Los problemas económicos (tener deudas) tiene un comportamiento prácticamente inverso al nivel de estudios.
- El nivel de estudios se incrementó en el año 2013 y 2014.

4.3. EDAD MEDIA DE INICIO DE TRATAMIENTO (AÑOS)



› Se detecta una tendencia a retrasar el inicio de tratamiento.

4.4. PROBLEMAS CON LA PAREJA (ALGUNA VEZ EN LA VIDA)



› Hay una disminución de los problemas con la pareja según informan las personas en tratamiento.

4.5. PORCENTAJES DE MUJERES EN TRATAMIENTO

	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de mujeres en tratamiento	9,10	15,73	15,30	14,70

› Se estabiliza la tendencia desde 2013, que sitúa el porcentaje en torno a un 15%.

5

Territorios

DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS POR TERRITORIOS

		- MENOS	VALORES TOTALES	+ MÁS
SUSTANCIA PRINCIPAL	**Alcohol**	14,5%: Extremadura 25,5%: Canarias 30,2%: Madrid 33,9%: Andalucía	**38,9%**	68,3%: Cantabria 54,2%: Asturias 48,6%: Cataluña 47,1%: Baleares
	Opiáceos (heroína, etc.)	0%: Madrid 1,2%: Comunidad Valenciana	**4,2%**	16,7%: Canarias 9,4%: Cataluña 9,0%: Galicia
	Cocaína	13,9%: Asturias 21,8%: Castilla-La Mancha 25,3%: Baleares	**30,7%**	43,7%: Madrid 36,4%: Comunidad Valenciana 34,3%: Andalucía
	Cannabis	1,6%: Cantabria 2,6%: Cataluña 3,5%: Comunidad Valenciana	**11,4%**	21,8%: Extremadura 18,3%: Andalucía 16,2%: Castilla y León
	Policonsumo	3,1%: La Rioja 5,8%: Murcia 7,3%: Andalucía	**11,5%**	25,5%: Extremadura 20,9%: Castilla-La Mancha 16,3%: Asturias 14,9%: Comunidad Valenciana
	Otras drogas	0,4%: Baleares 1,2%: Castilla y León	**3,2%**	28,1%: La Rioja 7,8%: Canarias 4,7%: Comunidad Valenciana

		- MENOS	VALORES TOTALES	+ MÁS
SEXO	**Hombre**	76,2%: Baleares	**85,3%**	95,5%: Castilla-La Mancha 91,6%: Madrid
	Mujer	4,5%: Castilla-La Mancha 8,4%: Madrid	**14,7%**	23,8%: Baleares
PROBLEMAS CON LA JUSTICIA	**Sin problemas con la justicia**	7,8%: Canarias 17,1%: Asturias 17,3%: Castilla y León 19,6%: Castilla-La Mancha	**30,2%**	51,9%: Galicia 47,7%: Murcia 44,6%: Cantabria 43,4%: Extremadura 42,1%: Madrid 40,2%: Baleares
	Al menos un problema con la justicia	48,1%: Galicia 52,3%: Murcia 55,4%: Cantabria 56,6%: Extremadura 57,9%: Madrid 59,8%: Baleares	**69,8%**	92,2%: Canarias 82,9%: Asturias 82,7%: Castilla y León 80,4%: Castilla-La Mancha

		- MENOS	VALORES TOTALES	+ MÁS
HABER TENIDO SOBREDOSIS (alguna vez)	**Nunca**	77,1%:Cataluña 78,4%: Castilla-La Mancha 78,7%: Comunidad Valenciana 80,6%: Baleares	**85,2%**	93,8%: Cantabria 92%: Murcia 89,1%: Andalucía
	Al menos una vez	6,2%:Cantabria 8%: Murcia 10,9%: Andalucía	**14,8%**	22,9%: Cataluña 21,6%: Castilla-La Mancha 21,3%: Comunidad Valenciana 19,4 %: Baleares
HABER TENIDO DELIRIUM TREMENS (alguna vez)	**Nunca**	81,1%:Cataluña	**90,1%**	100%: Cantabria
	Al menos una vez	0%: Cantabria	**9,9%**	18,9%: Cataluña

		- MENOS	VALORES TOTALES	+ MÁS
FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS	**Trabajo**	16,6%: Asturias 17,2%: Castilla y León 19,0%: Castilla-La Mancha 23,3%: Galicia 28,3%: Comunidad Valenciana	**32,7%**	51,0%: Murcia 50,0%; Madrid 42,6%: Andalucía 42,3%: Cataluña
	Prestación por desempleo, pensión, ayuda social	12,9%: Madrid 15,9%: Andalucía	**28,7%**	47,2%: Castilla y León 41,1%: Asturias 35,8%: Cataluña 34,9%: Comunidad Valenciana
	Compañeros/as, familiares, amigos/as	15,3%: Cataluña 20,2%: Murcia 23,6%: Castilla y León	**30,8%**	43,8%: Castilla-La Mancha 34,3%: Andalucía
	Actividades ilegales	--------	**3,2%**	5,2%: Baleares
	Otras fuentes de ingresos	--------	**4,6%**	8,3%: Castilla y León

		- MENOS	VALORES TOTALES	+ MÁS
NÚCLEO DE CONVIVENCIA	**Familia: pareja y/o hijos**	30,8%: Galicia 35,3%: Castilla y León 37,4%: Comunidad Valenciana	**41,8%**	47,9%: Andalucía
	Padres, madres u otros vínculos familiares	23,1%: Cantabria 23,2%: Asturias	**36,7%**	41,8%: Castilla y León 41,3%: Comunidad Valenciana
	Solo/a	7,2%: Andalucía 7,9%: Castilla y León	**12,2%**	23,1%: Cantabria 17,6%: Madrid 17,4%: Comunidad Valenciana
	Medio Protegido	0,9%: Comunidad Valenciana 1,3%: Madrid 3,3%: Andalucía	**4,8%**	14,4%: Galicia 14,3%: Asturias 10,3%: Castilla-La Mancha 8,8%: Castilla y León
	No estable y otras situaciones	0,9%: Murcia	**4,5%**	7,2%: Baleares

6

Conclusiones finales

A continuación se presentan algunas conclusiones respecto a los datos que nos ofrece el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento en Proyecto Hombre.

Destacamos algunas informaciones generales con relación a las variables sociodemográficas

La primera gran conclusión es que, aunque el fenómeno adictivo no es exclusivamente masculino, las personas que ingresan para su tratamiento en Proyecto Hombre son mayoritariamente hombres (85%).

Respecto a los núcleos de población, las personas acuden a los centros de Proyecto Hombre desde diferentes hábitats (ciudad pequeña, mediana y grande).

La media de edad de quienes inician tratamiento es de 37 años, siendo preciso prestar especial atención al repunte en la franja de 41-44 años ya que, mayor número de años de consumo puede conllevar un mayor deterioro personal y social y, por tanto, sería necesario tenerlo en cuenta en los diferentes programas de intervención.

El 54% viven solos o con su pareja/hijos, y un 33% tiene empleo (de los cuales el 77% está contratado a tiempo completo). Los que tienen empleo junto con los que tienen ingresos procedentes de prestaciones hace que el 62% de la población cuente con ingresos propios. Esta cifra es cercana al 69% de personas en tratamiento que declaran trabajar o haber trabajado en los últimos tres años. Por tanto, nos encontramos ante una población principalmente activa.

FACTORES DE DEPENDENCIA Y VULNERABILIDAD

Las personas en tratamiento declaran tener problemas en diferentes ámbitos: económicos, con la familia, pareja, salud o la justicia. De promedio tienen 2,6 problemas, entre los diferentes ámbitos descritos.

A pesar de que 7 de cada 10 personas se encuentran insertadas, o lo han estado hace poco, en el ámbito laboral, tienen peor cualificación que la mayoría de la población. Un tercio no recibe ingresos propios y casi la mitad (45%) tiene deudas pendientes.

Un alto porcentaje (37%) vive con su familia de origen (padres y/o madres).

SUSTANCIAS

Alcohol: hay un perfil mayoritario que cuenta con una media alta de edad (44 años), viven con la pareja y/o hijos, se encuentran en desempleo y presentan menos problemas que el resto de los perfiles de otras sustancias.

Opiáceos: en este perfil se encuentra el porcentaje más elevado de personas sin estudios, con más ingresos procedentes de fuentes ilegales, viven más solos que el resto y presentan mayor número de problemas (que los perfiles de otras sustancias). Es importante destacar que la segunda vía de consumo es la fumada.

Cannabis: quienes demandan tratamiento por esta sustancia destacan por ser los que más estudios superiores tienen. Así mismo, es significativo que viven en un porcentaje más elevado que el resto de los perfiles con su familia de origen (padres y/o madres) y presentan más problemas familiares con menor incidencia de otros problemas. La edad media es la más joven de todas las personas en tratamiento.

Cocaína: destaca por tener el mayor el porcentaje de personas con estudios medios. Es el perfil donde encontramos a más gente que trabaja. En paralelo, también son los que más deudas económicas refieren. Viven con la pareja y/o hijos, resultando significativo que presenten más problemas con la pareja respecto al resto de sustancias. La vía inyectada gana peso frente a la fumada.

TENDENCIAS DE LA DEMANDA A TRATAMIENTO POR TIPO DE SUSTANCIAS

En términos generales, en los últimos años parece existir una tendencia de reducción del alcohol e incremento de consumo de cannabis.

En cannabis la población en tratamiento es más joven y, por el contrario, hay más porcentaje de personas mayores que entran en los programas de tratamiento refiriendo problemas con el alcohol. En todas las sustancias se aprecia cierta concordancia entre la edad de inicio de consumo y la edad de tratamiento, lo que nos permite sospechar que un mayor retraso en la edad de inicio implica un retraso en la edad de tratamiento.

Las personas consumidoras de cannabis y cocaína demandan antes tratamiento que otros consumidores, dato que nos despierta dos reflexiones: por un lado pueden existir elementos asociados al consumo de sustancias que provocan una mayor distorsión social y personal, razones por la cual demandarían iniciar antes el tratamiento o, por otro lado, las personas que demandan tratamiento por consumo de cannabis, al convivir en mayor porcentaje con su familia de origen, reciben una presión mayor para el inicio de un programa de intervención.

En cualquier caso, con estas sustancias se da un menor periodo de consumo. Por el contrario, con los opiáceos y alcohol los problemas pueden permanecer más tiempo latentes (no emergen), retrasando el momento de demanda de inicio de tratamiento.

MIRADA DE GÉNERO

Las mujeres viven con la familia propia y en una mayor proporción que los hombres están separadas. A la vez, se detecta mayor incidencia de problemas con la pareja y la familia. Es preciso destacar que sus ingresos provienen de familia o amigos/as en mayor medida que los hombres. En todas las sustancias se inician más tarde en el consumo y, en el caso del alcohol, aunque también inician el consumo más tarde, presentan una mayor incidencia de demanda de tratamiento a partir de los 38 años de edad.

Por el contrario, hay mayor porcentaje de hombres solteros y viven más con sus familias de origen (padres/madres). Sus ingresos son más estables. Se inician en el consumo antes en todas las sustancias y destacan claramente por un mayor porcentaje de consumo de cocaína. Tienen o han tenido más problemas con la justicia y han estado más veces en prisión que las mujeres.

En resumen, las mujeres viven más con la familia propia, se observa una mayor dependencia de otras personas en los ingresos y, en términos generales, tienen un consumo de sustancias menos problemático y, aparentemente, más socializado (normalizado). Por el contrario los hombres, con mejores recursos e ingresos, viven en entornos más dependientes y presentan un consumo más problemático, con un inicio más temprano que las mujeres.

¿HA AFECTADO LA CRISIS?

Durante el periodo de crisis, con un punto de inflexión en 2013, parece que han incrementado los problemas económicos y de desempleo, retrasándose también la edad de inicio de tratamiento. Este hecho está probablemente relacionado con la situación económica, es decir, las personas priorizan la actividad laboral al tratamiento, a pesar de que es difícil mantener el empleo cuando se consume de manera activa y mantenida en el tiempo. Al mismo tiempo, se ha incrementado el número de personas en tratamiento con estudios más elevados. Por último, también se recoge una reducción de los problemas con la pareja (dato que podría tener relación con el contexto social y económico vivido en el periodo de crisis).

CONCLUSIÓN FINAL

Los consumidores de alcohol y cocaína son los que más demandan tratamiento. También son los que presentan mayor problemática en un mayor número de áreas (personal, laboral...). No obstante, se detecta una ligera tendencia a la reducción del inicio en tratamiento por consumo de alcohol.

Claramente el hecho de demandar tratamiento es un fenómeno masculino. No obstante, la comparación entre hombres y mujeres muestra datos similares en casi todos los indicadores, aunque se observan algunas diferencias significativas: el hombre tiene una relación más dependiente del entorno familiar y presenta consumos y conductas más problemáticos. La mujer es más independiente, aunque presenta algún rasgo de mayor vulnerabilidad y tiene un consumo más socializado (normalizado).

En general, las personas en tratamiento presentan rasgos socializados, como el trabajo y la convivencia en núcleos familiares. Pero, al mismo tiempo, cuentan con mayor número de factores de riesgo para la exclusión: bajo nivel de estudios, escasos ingresos, problemas económicos, problemas de relaciones sociales, problemas de salud o problemas con la justicia.

Así mismo, la crisis económica parece mostrar cierto impacto agravando los problemas económicos, lo que puedes estar provocando un retraso en la edad de inicio del tratamiento y un incremento del nivel de estudios.

7

Interpretaciones

7.1. OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS

EL PERFIL DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN EN TRATAMIENTO EN PROYECTO HOMBRE EN 2015. COMPARATIVA CON DATOS EUROPEOS

Linda Montanari
Coordinator of the EMCDDA Treatment Demand indicator and data collection and analysis on drugs and prison in Europe

El análisis de los datos realizado por Proyecto Hombre ofrece una imagen relevante del perfil de las personas en tratamiento por problemas de adicción en España, lo que permite identificar las necesidades de la población y sus cambios en el tiempo.

El perfil europeo de las personas que inician un tratamiento en Europa (en los 28 Estados miembros, Noruega y Turquía) presenta muchas similitudes con la muestra española. Sin embargo deben ser consideradas algunas diferencias metodológicas. Si bien los datos de la Asociación Proyecto Hombre se refieren a personas que están en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas (prevalencia), los datos del OEDT se refieren a las personas que entran en tratamiento durante un año (incidencia), de acuerdo con la definición que figura en el Protocolo de demanda de tratamiento (TDI). El indicador ahora se ha ampliado para recoger datos sobre las personas que están activamente en tratamiento, pero los datos de prevalencia estarán disponibles a partir de 2017. Además, el alcohol está excluido de los datos europeos como droga principal que conduce a tratamiento, lo que influye en la descripción del perfil de las personas en tratamiento. Finalmente, los datos europeos incluyen también datos de España, que representan una parte considerable del total de la muestra analizada en el observatorio europeo.

En 2015, la muestra de alrededor de 3.000 personas en tratamiento analizada por el Observatorio Proyecto Hombre, contiene grandes variaciones entre diferentes ubicaciones geográficas. Al igual que se da en varios países europeos, la mayoría de los problemas de adicción surgen principalmente en zonas urbanas, pero el problema de las drogas aparece cada vez más también en las pequeñas ciudades y en las zonas rurales, lo que podría reflejar una mayor disponibilidad y accesibilidad a las diferentes sustancias. Sería necesario analizar si la provisión de tratamiento es suficiente y adecuada en esas zonas más rurales.

Al igual que en el resto de Europa, la mayoría de las personas tratadas por Proyecto Hombre son hombres (85%). Este cuadro refleja la distribución por sexo de la población total de usuarios/as en tratamiento por consumo de drogas. Sin embargo, todavía no está claro en qué medida el mismo "ratio" (alrededor de 4 hombres por cada mujer de media en Europa) se refleja entre los consumidores totales de sustancias y si las mujeres no están sub-representadas o sobre-representadas en los datos del tratamiento. El tratamiento se organiza principalmente en torno a las necesidades masculinas. Las mujeres consumidoras de sustancias representan un grupo menor de la población, pero son extremadamente vulnerables, motivo por el que el tratamiento debe considerar especialmente esas debilidades, así como cuidar que el acceso y la calidad de la atención están garantizados para ambos sexos con las mismas garantías. Además, hay que tener en cuenta que los datos proporcionados por las últimas encuestas de población general muestran una reducción de las diferencias entre los dos sexos en las nuevas generaciones en los niveles de prevalencia del uso experimental de drogas. Esta tendencia se debe supervisar con atención.

La mayoría de personas en tratamiento en la muestra de Proyecto Hombre son de 35 a 44 años, con una edad media de 38 y un análisis de tendencias que muestra un aumento de la edad. Esto podría indicar un envejecimiento de la población de usuarios, lo que representa un reto para los servicios de tratamiento de drogas. En Europa, la media de edad al inicio del tratamiento es menor (31 años),

debido a la diferente definición de casos (incidencia en lugar de prevalencia) y a la influencia de los países con personas en tratamiento más jóvenes.

El perfil social de las personas drogodependientes en la muestra española, al igual que en los datos europeos, muestra una condición de desventaja: bajo nivel educativo, alta proporción de desempleo, antecedentes penales, incluida la experiencia en la cárcel. Alrededor del 20% de las personas con problemas de adicción en tratamiento de Proyecto Hombre ha estado en prisión en alguna ocasión. En los datos europeos, se encontró que hasta un 80% de los consumidores problemáticos en Europa han estado en la cárcel al menos una vez en su vida. Las intervenciones de tratamiento y prevención deben abordar los problemas sociales, ya que son bien conocidos como importantes factores de riesgo por problemas relacionados con las drogas.

El alcohol es la sustancia más frecuente para el tratamiento de la muestra analizada por el Observatorio Proyecto Hombre, seguida por la cocaína, cannabis y los opiáceos, en menor medida. En los últimos cuatro años, se ha detectado una tendencia decreciente en el tratamiento por alcohol y los opiáceos, así como una tendencia creciente para los consumidores de cannabis, mientras que el número de usuarios consumidores/as de cocaína se han mantenido bastante estables. La tendencia decreciente en el consumo de opiáceos debe ser controlada regularmente ya que se ha reportado un reciente aumento en algunos países europeos. Además, recientemente también se ha detectado en Europa un aumento de tratamiento por problemas relacionados con el uso de nuevas sustancias psicoactivas (NPS), menos conocidas por los profesionales, representando nuevos desafíos para el tratamiento. Al no recogerse casos de usuarios/as en tratamiento por NPS en el análisis de Proyecto Hombre, sería importante entender las razones: ¿no se consumen en España esas nuevas sustancias?, ¿no conducen a problemáticas adictivas que lleven a tratamiento? o quizá ¿el tratamiento no está adaptado para aceptar consumidores de NPS?

Los casos de problemas de salud son significativos. En la muestra de Proyecto Hombre, entre el 20% y el 40% de las personas tratadas han tenido uno o más problemas de salud, ya sea recientemente o a lo largo de su vida. Esos trastornos no incluyen problemas de salud mental, un aspecto relevante en los usuarios/as con problemas de adicción en tratamiento. Un análisis reciente realizado en Europa sobre la comorbilidad psiquiátrica, informó que hasta el 80% de las personas con problemas de adicción tiene también un trastorno de salud mental y los expertos recomiendan facilitar el acceso al tratamiento considerando los dos trastornos (mental y adictivo) al mismo tiempo.

En conclusión, la identificación de necesidades a través del análisis de los datos de las personas en tratamiento por problemas de adicción es un paso fundamental para la organización de los servicios y una mejor planificación del tratamiento.

Referencias bibliográficas

- EMCDDA (2016), European Drug Report 2016, Luxembourg, 2016, http://www.emcdda.europa.eu/edr2016
- EMCDDA (2016), Statistical Bulletin, (http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016)
- EMCDDA (2015) Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, EMCDDA, Lisbon, November 2015 (http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe)
- EMCDDA (2012), Treatment demand indicator (TDI). Standard protocol 3.0 (http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0)
- EMCDDA (2012), Prisons and drugs in Europe: the problem and responses (http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison), EMCDDA, Lisbon, November 2012

7.2. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. PNSD

COMENTARIOS DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS AL INFORME DEL OBSERVATORIO DE PROYECTO HOMBRE (PH) SOBRE EL PERFIL DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN AL TRATAMIENTO DEL AÑO 2015

Francisco de Asís Babín Vich
Delegado del Gobierno

La **carga de enfermedad** es un término que representa a un conjunto de estimaciones de morbilidad y mortalidad en las poblaciones. Su medida, permite cuantificar de forma comparativa la pérdida del estado de salud debido a distintas patologías, lesiones y factores de riesgo, según variables de persona, tiempo y lugar. Las mejores estimaciones sólo se pueden generar a partir del análisis de todas las fuentes de información disponibles y la corrección de los errores o sesgos de los datos de cada una de ellas.

No obstante, en los sistemas de servicios de salud, sigue siendo poco frecuente acometer la ardua tarea de recoger, de manera pormenorizada y sistemática, la información básica necesaria para avanzar en este análisis y con él, en el conocimiento del balance coste/beneficio de los programas, algo absolutamente necesario cuando se financian desde el erario público y en todo caso conveniente en todas las actuaciones.

Dos de las mayores complejidades que tiene el análisis de la eficiencia y la efectividad de las actuaciones que se oponen a los efectos indeseables que las drogas causan en la sociedad son, por un lado, la dificultad de evaluar el impacto de la prevención (supeditado a múltiples variables que operan a favor o en contra, de difícil control en el análisis) y por otro, la interpretación fenomenológica del problema a partir de una escasa cantidad de datos que, muchas veces, miden las características de la demanda hacia los centros asistenciales, pero que lógicamente, no aportan información sobre la dimensión total del problema en el conjunto de la población, dado que en parte permanece oculto en el seno de la comunidad, por no haberse concretado en una demanda asistencial.

Y sin embargo, en ambos casos, en nuestro país se están realizando avances importantes, como lo demuestra el hecho de que cada vez son más las estrategias preventivas que han sido evaluadas en términos de impacto o el hecho de que el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 también incluya la evaluación de impacto de sus acciones, dentro de su propia dinámica.

Es lógico por tanto que desde esta Delegación del Gobierno, prestemos especial atención al Observatorio de Proyecto Hombre y, en este caso, a su informe sobre el perfil de las personas con problemas de adicción atendidos en 2015. Observatorio que desde su creación cuenta con nuestro apoyo y complementa la función que en el plano de la estadística pública sobre drogas, desarrolla el Observatorio Español como parte intrínseca de nuestra estructura como Delegación y de nuestro trabajo.

El informe, constituye y da continuidad, a una fuente más de análisis con que mejorar la aproximación al conocimiento del fenómeno de las adicciones, permite incrementar el número de fuentes disponibles y aporta información sobre los sesgos que, sin duda, se producen en la formalización de la demanda, partiendo de la premisa de que, al menos una parte de la misma, se concreta en función de factores no protocolizados como es la mayor o menor afinidad del demandante con una u otra organización, el prestigio de ésta, o la tipología de su oferta en términos de cartera de servicios entre otras.

No obstante es necesario tener en cuenta a la hora de cualquier análisis pormenorizado, que ambos observatorios parten de metodologías y poblaciones distintas, lo que dificulta la comparabilidad directa de los datos obtenidos, aunque en aquellas coincidencias más consistentes, se puede aventurar que, efectivamente, se constata un determinado fenómeno, más allá de los factores relacionados con la influencia del azar u otros sesgos.

El informe es rico en variables sometidas a análisis, incluyendo algunas muy interesantes por no estar disponibles en otras fuentes y, sin pretender suplantar con estas palabras al propio contenido, lo que sería imposible en un espacio breve y además inútil, sí queremos destacar algunos datos, por entender que son de especial trascendencia, siempre teniendo en cuenta que puede haber diversas interpretaciones en función de la influencia de la metodología seguida en su elaboración, pero siendo conscientes de que estamos en el camino de preparación de la próxima Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2017-2024:

En primer lugar, la importancia de seguir trabajando la especificidad del género en el contexto asistencial de las adicciones. Los datos revelados por este informe ponen de manifiesto que la proporción de mujeres en la muestra analizada es del 14,7% y que las mujeres han sufrido "problemas serios con sus parejas", al menos una vez en la vida, en el 74,6% de los casos. Otro dato relevante, a nuestro entender, es la constatación de que la mujer tarda más que el varón en formalizar una demanda de tratamiento relacionada con el consumo de alcohol

Otra conclusión relevante se desprende de los datos de evolución de la demanda, según la sustancia principal por la que se solicita el acceso a tratamiento. En este sentido, la relevancia del alcohol y, entre las drogas ilícitas, de los opiáceos, la cocaína y el cannabis, son congruentes con otras fuentes y suponen por tanto un fiel dibujo del peso de las distintas drogas en el sistema asistencial. No obstante, cuando hablamos de las admisiones a tratamiento, hay que indicar que, referido solo a demanda nueva (no reingresos), esta relación se ha invertido para el total de personas atendidas en nuestro país desde hace tres años y el cannabis es ya la primera sustancia ilegal en generar demanda entre las personas que acuden a los centros de tratamiento por primera vez (quizá esto tenga que ver con que la información del Observatorio proviene de la base de datos interna de Proyecto Hombre que recoge información relacionada con las personas atendidas en los programas de tratamiento procedente de la administración de EuropASI y éste solo se aplica a personas mayores de 18 años).

En sentido contrario, llama poderosamente la atención la distribución de la población atendida en función del nivel máximo de acreditación de estudios alcanzado, o de su situación laboral, lo que revela a nuestro juicio, junto con el análisis de otras variables, posibles diferencias significativas en el perfil de las personas atendidas en los dispositivos de PH respecto de lo que muestra el indicador de asistencia del Observatorio Nacional.

Otro dato importante en cuanto a las discrepancias, lo revela la edad de inicio en el consumo problemático de alcohol, mucho más baja en los pacientes de PH que en el conjunto de la población atendida en España (15,48 v.s. 18,4), mientras que es similar para el resto de sustancias analizadas, lo que quizá haya que interpretar como un mayor atractivo de la oferta de PH para las personas más jóvenes, ya sea por decisión propia, por decisión de sus padres o tutores, o en otro orden de cosas, deberse a diferencias en el objetivo terapéutico.

Tanto similitudes como diferencias, habrán de ser objeto de un análisis pormenorizado con el tiempo. Retos como todos los que atañen al problema de "las drogas", complejos pero estimulantes desde una perspectiva analítica y que en cualquier caso, señalamos desde la premisa del público reconocimiento al esfuerzo realizado por todos los que han contribuido desde dentro y fuera de PH a la elaboración de este informe 2015.

7.3. OBSERVATORIO PROYECTO HOMBRE

Félix Rueda
Xavier Bonet
Equipo interno del Observatorio Proyecto Hombre

La evaluación de los factores bio-psicosocio-laborales vinculados a los fenómenos adictivos es una cuestión imprescindible para mejorar la oferta y la calidad de los Programas de prevención, tratamiento e incorporación sociolaboral. En este sentido, el Observatorio Proyecto Hombre representa un intento consolidado de estudiar sistemáticamente dichos factores.

Las políticas nacionales, a través de la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2013-2016, consideran clave "instaurar la cultura de la evaluación y el fomento de la investigación, a fin de transferir los resultados a la práctica".

Del mismo modo, la Estrategia pretende en sus objetivos generales "incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento".

En este marco, y desde una óptica biopsicosocial, el Observatorio de Proyecto Hombre publica en esta edición, el análisis de 25 factores y establece posibles relaciones significativas, al agrupar y estudiar las variables en función del sexo o del tipo de sustancia que suscita el inicio de tratamiento.

Una de las novedades del Informe 2015 del Observatorio es que presenta un formato más visual, con menos texto, ofreciendo la posibilidad a quienes lo consultan de poder extraer sus propias conclusiones. Por otra parte, los comentarios junto a cada figura dan pistas de cuál es la tendencia y, en las conclusiones finales, se concretan aspectos relacionados con el análisis. Destacar también la introducción del análisis de significación estadística, mediante el estadístico X^2, que incrementa, en nuestra opinión, la fiabilidad de extrapolación de los resultados observados a un universo mayor de población.

Especialmente reseñable es que este año el Observatorio ha incrementado el tamaño de la muestra global de modo significativo. La razón es que ha trabajado con un universo poblacional, y dentro de este universo se ha realizado un análisis ítem a ítem de cada variable, incorporando al estudio todos los EuropASI. Por ello, el número de sujetos para cada ítem varía, lo que se ha corregido con la ponderación de la muestra y el incremento del tamaño global de la misma.

Del mismo modo, cabe destacar el estudio de tendencia de una serie de variables que nos advierte de cuestiones tan importantes como: que la demanda de tratamiento por consumo de cannabis mantiene una tendencia ascendente progresiva, que las deudas económicas de quienes demandan tratamiento disminuyen, a la vez que se incrementa el número de quienes demandan

tratamiento y cuentan con empleo, dato que podría estar suponiendo una mejoría leve de la situación económico-laboral de quienes solicitan ser atendidos/as en nuestros Centros.

También resulta interesante atender al incremento de la edad promedio de la muestra, lo que podría suponer, dentro de unos años y si continúa la tendencia, el agravamiento de algunos problemas, no solo de salud, sino también de deterioro social, familiar y laboral, de las personas que solicitan tratamiento.

En cuanto a las sustancias, el alcohol sigue siendo la sustancia que mayor porcentaje de demandas de atención genera. Este hecho es significativo ya que, tradicionalmente, Proyecto Hombre era vinculado a la imagen de un recurso para personas que consumían sustancias ilegales y, en muchas ocasiones, con cierto nivel de marginalidad. El hecho de que el grupo de alcohol suponga más de 1/3 de las personas atendidas implica que ese perfil ha cambiado y que se debe pensar más en Proyecto Hombre como un recurso especializado en adicciones en general, abarcando un espectro de población de todas las clases y situaciones sociales.

Respecto al resto de situaciones, parece que la tendencia se mantiene estable: continúa habiendo mayor porcentaje de hombres que de mujeres; la sustancia principal por la que demandan tratamiento los hombres es la cocaína, mientras que para las mujeres es el alcohol, las mujeres se encuentran en una situación más desfavorecida que los hombres, con menores ingresos, hijos a su cargo y mayor dependencia de la pareja, etc.

Respecto a las relaciones familiares, las personas con las que se interactúa y otras variables de la red primaria de apoyo, es esencial ahondar en su estudio, ya que sabemos que juegan un papel esencial como red de apoyo primario en los procesos de tratamiento.

Aún quedan muchas variables por incorporar y análisis estadísticos en los que profundizar que, en la línea del trabajo de los cuatro años de vida del Observatorio, serán los nuevos retos en las ediciones futuras.

Observatorio Proyecto Hombre
sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento

LISTADO DE CENTROS
DIRECCIONES DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE
C/ Sánchez Díaz, 2
28027 Madrid
Tel.: 91 357 1684
asociacion@proyectohombre.es
www.proyectohombre.es

ALICANTE
Partida de Aguamarga, s/n
03008 Alicante
Tel.: 965 11 21 25
Fax: 965 11 27 24
info@proyectohombrealicante.org
www.proyectohombrealicante.org

ALMERÍA
Calle de la Almedina, 32
04002 Almería
Tel.: 950 26 61 58
Fax: 950 27 43 07
proyectohombrealmeria@proyectohombrealmeria.es
www.proyectohombrealmeria.blogspot.com

ASTURIAS
Pza. del Humedal, 5 - Entlo. 2ª
33207 Gijón
Tel.: 98 429 36 98
Fax: 98 429 36 71
phastur@proyectohombreastur.org
www.projectohombreastur.org

BALEARES
C/ Projecte Home, 6
07007 Palma de Mallorca (Polígono son Morro)
Tel.: 971 79 37 50
Fax: 971 79 37 46
info@projectehome.com
www.projectehome.com

BURGOS
Pedro Poveda Castroverde, 3
09007 Burgos
Tel.: 947 48 10 77
Fax: 947 48 10 78
proyectohombreburgos@sarenet.es
www.proyectohombreburgos.com

CÁDIZ
C/ Corredera, 25
11402 Jerez
Tel.: 956 18 32 74
Fax: 956 18 32 76
sede@proyectohombreprovinciacadiz.org
www.proyectohombreprovinciacadiz.org

CANARIAS

TENERIFE
Pedro Doblado Claverie, 34
38010 Ofra · Tenerife
Tel.: 922 66 10 20
Fax: 922 66 15 68
administración.tfe@proyectohombrecanarias.com

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
C/ Eufemiano Jurado, 5 – Esquina C/ Córdoba
35016 Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 330 140
Fax: 928 330 148
administracion.gc@proyectohombrecanarias.com

CANTABRIA
Isabel La Católica, 8
39007 Santander · Cantabria
Tel.: 942 23 61 06
Fax: 942 23 61 17
phcantabria@proyectohombrecantabria.org
www.proyectohombrecantabria.org

CASTELLÓN
Avda. Enrique Gimeno, 44
12006 Castellón
Tel.: 964 20 52 55
Fax: 964 25 00 46
fundación@proyectoamigo.org
www.proyectoamigo.org

CASTILLA-LA MANCHA
Bolarque, 3
19005 Guadalajara
Tel.: 949 25 35 73
Fax: 949 25 35 66
info@phcastillalamancha.es
www.phcastillalamancha.es

CATALUÑA
Gran Via de les Corts Catalanes, 204 bis, local 7. 08004 Barcelona
Tel.: 93 469 32 25
Fax: 93 469 35 28
info@projectehome.org
www.projectehome.org

CÓRDOBA
Abderramán III, 10
14006 Córdoba
Tel.: 957 40 19 09
Fax: 957 40 19 26
phcordoba@phcordoba.com
www.phcordoba.com

EXTREMADURA
Coria, 25 Bajo
10600 Plasencia · Cáceres
Tel.: 927 42 25 99
Fax: 927 42 25 99
phextrem@hotmail.com
www.conectatealavida.com

GALICIA
Rúa Cottolengo, 2
15702 Santiago de Compostela · A Coruña
Tel.: 981 57 25 24
Fax: 981 57 36 06
fmg@proxectohome.org
www.proxectohome.org

GRANADA
Santa Paula, 20
18001 Granada
Tel.: 958 29 60 27
Fax: 958 80 51 91
ph@proyectohombregranada.org
www.proyectohombregranada.org

HUELVA
Pabellón de las Acacias. Ctra de Sevilla Km. 636
21007 Huelva
Tel.: 959 23 48 56
Fax: 959 22 77 31
info@proyectohombrehuelva.es
www.proyectohombrehuelva.es

JAÉN
Calle Montero Moya, 4
23002 Jaén
Tels.: 953 24 07 66
info@proyectohombrejaen.org
www.proyectohombrejaen.org

LA RIOJA
Paseo del Prior, 6 (Edif. Salvatorianos)
26004 Logroño · La Rioja
Tel.: 941 24 88 77
Fax: 941 24 86 40
phrioja@proyectohombrelarioja.es
www.proyectohombrelarioja.es

LEÓN
Médicos sin Fronteras, 8
24411 Fuentes Nuevas. Ponferrada · León
Tel.: 987 45 51 20
Fax: 987 45 51 55
comunicacion@proyectohombreleon.org
www.proyectohombreleon.org

MADRID
Martín de los Heros, 68
28008 Madrid
Tel.: 91 542 02 71
Fax: 91 542 46 93
informacion@proyectohombremadrid.org
www.proyectohombremadrid.org

MÁLAGA
Eduardo Carvajal, 4
29006 Málaga
Tel.: 952 35 31 20
Fax: 952 35 32 25
central@proyectohombremalaga.com
www.proyectohombremalaga.com

MURCIA
San Martín de Porres, 7
30001 Murcia
Tel.: 968 28 00 34
Fax: 968 23 23 31
general@proyectohombremurcia.es
www.proyectohombremurcia.es

NAVARRA
Avda. Zaragoza, 23
31005 Pamplona · Navarra
Tel.: 948 29 18 65
Fax: 948 29 17 40
info@proyectohombrenavarra.org
www.proyectohombrenavarra.org

SALAMANCA
Huertas de la Trinidad, 2
37008 Salamanca
Tel.: 923 20 24 12
Fax: 923 21 99 80
phsalamanca@proyectohombresalamanca.es
www.proyectohombresalamanca.es

SEVILLA
Virgen del Patrocinio, 2
41010 Sevilla
Tel.: 95 434 74 10
Fax: 95 434 74 11
ces@phsevilla.org
www.proyectohombresevilla.com

VALENCIA
Padre Esteban Pernet, 1
46014 Valencia
Tel.: 96 359 77 77
Fax: 96 379 92 51
www.proyectohombrevalencia.org

VALLADOLID
Linares, 15
47010 Valladolid
Tel.: 983 25 90 30
Fax: 983 25 73 59
proyectohombre@proyectohombreva.org
www.proyectohombreva.org

Observatorio Proyecto Hombre
sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento

PROYECTO ASOCIACIÓN HOMBRE

www.proyectohombre.es

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Con la colaboración de:

Obra Social "la Caixa"