



Observatorio Proyecto Hombre

sobre el perfil
de las personas
con problemas
de adicción
en tratamiento



INFORME
2013

PROYECTO **H**ASOCIACIÓN
HOMBRE

Financiado por:



Con el asesoramiento de:



Con la colaboración de:



ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Director General:

Francisco Recio Martín

Secretaría de la Asociación:

Elena Presencio Serrano

Comunicación:

Olatz González Ibáñez

Tel.: 91 357 0928

Fax: 91 307 0038

E-mails: direcciongeneral@proyectohombre.es
comunicacion@proyectohombre.es

OBSERVATORIO PROYECTO HOMBRE (*)

Responsable del programa:

Francisco Recio Martín

Equipo Técnico:

Xavier Bonet Felipe

Fernando Pérez del Río

Félix Rueda López

I+D:

Unai Trecet Acarreta

ASESORAMIENTO TÉCNICO

Antonio Jesús Molina Fernández

*Investigador Social. Profesor asociado Departamento Psicología Social,
Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid*

M^a José Fernández Serrano

Profesora Univ. Jaén

TRADUCCIÓN: Coro Acarreta Cruz

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Doblehache Comunicación

IMPRIME: Afanías



Fotografías cedidas por: imagenaccion.org

AGRADECIMIENTOS

A los Centros de Proyecto Hombre por colaborar.

A todas las personas en tratamiento y sus familias por su confianza.

Al Plan Nacional sobre Drogas y a la Obra Social la Caixa por el apoyo.

Y a todas aquellas personas que manifiestan interés por este Informe y nos animan a continuar con la investigación y la publicación de futuras ediciones.

A todos gracias.

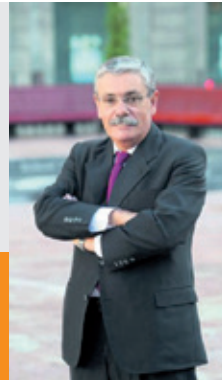
ÍNDICE





Presentación	04
1. Introducción	06
1.1. El Observatorio Proyecto Hombre	09
1.2. Contexto de evaluación: Red Proyecto Hombre	10
1.3. Implantación territorial de la atención a la drogodependencia en los centros de la Asociación Proyecto Hombre.....	12
2. La herramienta de recogida de información: el EuropASI	14
2.1. Resultados de los programas	17
3. Metodología Informe 2013	28
3.1. Objetivo	30
3.1. Diseño muestral	31
3.3. Proceso de elaboración	32
4. Análisis de los datos	34
4.1. Datos sociodemográficos generales	37
4.2. Datos sociodemográficos por sexo	45
4.3. Datos sociodemográficos por sustancias	53
4.4. Datos por CCAA	66
5. Conclusiones y recomendaciones	86
5.1. Conclusiones	88
5.1.1. Datos sociodemográficos generales	88
5.1.2. Incremento del riesgo de exclusión	91
5.1.3. Relaciones familiares	92
5.1.4. Abusos físicos psíquicos y sexuales	93
5.2. Recomendaciones	94
6. Referencias	96

PRESENTACIÓN



Luis Manuel Flórez García

Presidente de la Asociación Proyecto Hombre

La Asociación Proyecto Hombre, que este año celebra su 25 aniversario, está integrada por 27 centros en un total de 15 comunidades autónomas, que atienden cada año a más de 19.000 personas con problemas de adicción y a sus familias. Cada centro se gestiona de manera autónoma y comparte con los demás el método terapéutico y la misma filosofía de trabajo, formando una red compuesta por más de 200 dispositivos de atención, 1.200 empleados (terapeutas, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, monitores, etc.) y 2.500 voluntarios. La variedad de programas que se han ido incorporando, para dar respuesta a las necesidades de la población detectada por cada centro, muestra el esfuerzo de la organización por adaptarse a las necesidades sociales y a los cambios en la realidad del fenómeno adictivo.

Es largo el camino recorrido en estos 25 años de servicio y cercanía a las personas que demandan nuestra ayuda. Cada año hemos ido dando un paso más, quizá porque, como dijo el poeta, “se hace camino al andar”. Por eso, el pasado año nace el **“Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente. Informe 2012”**, donde reflejábamos el perfil de las personas que tenemos en tratamiento por un problema de adicciones. Un trabajo de investigación de primer orden que esperamos pueda servir como herramienta de trabajo, no sólo a profesionales de nuestro sector, sino también a cualquier persona que esté interesada en la labor que desarrollamos. Es para nosotros un modo de devolver a la sociedad lo que tan generosamente nos ha dado, cariño y fuerza para seguir trabajando en pro de las personas con problemas de adicciones y sus familias.

Hoy, querido lector, tienes en tus manos el segundo Informe del Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas adictivos en tratamiento, correspondiente al año 2013. Siendo fieles a nuestra idea inicial, hemos continuado con el compromiso de analizar la realidad de las adicciones desde nuestra perspectiva, procurando además convertirlo en una herramienta aplicada, eficaz y visible sobre las drogodependencias y adicciones en España.

Además de los datos del Perfil General y los diferentes perfiles **por Género y por Sustancia Principal**, hemos incluido varias consideraciones que esperamos aumenten el valor e interés que este proyecto ha generado en el ámbito de las adicciones: hemos prestado especial

atención a las **diferencias de Género** en aspectos que no están directamente relacionados con el consumo de sustancias pero que forman parte del problema multifactorial de las adicciones, especialmente con la Etiopatogénesis del trastorno adictivo.

Singularmente significativas e importantes nos han parecido las diferencias en los **diferentes tipos de abusos** (físicos, emocionales, sexuales) entre hombres y mujeres en tratamiento por problemas de adicciones. Sin ser un estudio pionero en estas consideraciones, debemos reconocer la dificultad que estas variables conllevan y la importancia de su consideración y abordaje en los programas de intervención y reinserción sociolaboral.

Otra mejora de este Informe 2013 es la basada en el estudio de las **variables socioeconómicas** de los atendidos, especialmente aquellas que pueden tener más relación con la grave crisis socioeconómica que llevamos arrastrando desde 2009. Podemos observar las consecuencias en las deudas, el nivel de ingresos, los porcentajes de trabajadores y desempleados...

También tenemos que mencionar como valor añadido los **estudios por comunidades autónomas**. Sin entrar en los intereses más o menos políticos que este análisis pueda suscitar, debemos reconocer que es una mejora considerable el poder acercar los datos estadísticos a realidades concretas como las locales y regionales. Especialmente importantes deben ser estos análisis en el diseño e implementación de programas, tanto para los posibles nuevos dispositivos que se puedan integrar en la Red Proyecto Hombre como para los programas ya existentes. No es en vano recordar, siempre que se habla de este circuito de mejora que integra la Investigación Aplicada, la Intervención integral y la Evaluación de Programas, que es especialmente importante convertir los resultados y aprendizajes en decisiones acerca de mantener, mejorar, reducir, eliminar o modificar los programas ya existentes.

Somos conscientes que aún debemos seguir mejorando contenidos, incluyendo nuevos ítems que reflejen a todas las CCAA, aumentando la representatividad de la muestra, incorporando datos de jóvenes y adolescentes y donde podamos medir el impacto. Pero eso será un reto para el próximo año.



1

Introducción

Forzosamente de un modo breve y dentro de un ejercicio de transparencia, podemos decir que el Observatorio de la Asociación Proyecto Hombre (PH) es una iniciativa que nace de la necesidad de atesorar información del conjunto nacional y regional de las personas atendidas por dicha organización asistencial.

Este trabajo, desde sus primeros pasos hace ya varios años, es el resultado sistemático y minucioso de recoger abundante información y posteriormente evaluarla con diferentes finalidades: se necesitan datos para instaurar prioridades, establecer fórmulas de organización, mejorar la gestión, poder tomar decisiones oportunas, optimizar los tratamientos, realizar propuestas e incluso poder orientar a políticos, y sobre todo, avanzar en nuestro modelo integral y comunitario, donde también participan conjuntamente los usuarios y familiares.

En sus páginas leeremos toda suerte de resultados, y quizá, lo que se echa en falta de forma más perentoria, es el ir analizando la evolución de los datos. En este sentido, y al ser un observatorio joven en cuanto a historia, todavía no se ha mostrado una evolución de los resultados obtenidos, pero sí se prevé realizar dicho análisis para el Observatorio del próximo año. En consecuencia, otro de los futuros retos será pronosticar cómo evolucionarán durante esta década los actuales perfiles de personas con problemas de adicciones que demandan ayuda. Hace años, la mayor parte de las demandas por tratamiento eran a causa de la heroína; hoy día, como bien se expone en el presente estudio, encontramos diferentes grupos de usuarios.

En buena lógica, resulta imprescindible el tener adecuada información, más aún al conocerse que España continúa formando en las filas de los países desarrollados donde las prevalencias de consumo de sustancias son más elevadas. Por otro lado, no cabe juzgar que cada día encontramos una mayor heterogeneidad de programas de drogodependencias, en parte derivado de las diferentes políticas de las comunidades autónomas y por otro lado de las diferentes necesidades locales. En estas últimas décadas se han desarrollado diferentes programas no siempre coincidentes pero, en cualquier caso, las distintas formas de organizar los programas asistenciales son conocidas y analizadas. Es muy saludable que cada programa de tratamiento para adictos parta de diferentes pre-supuestos teóricos, trabaje con poblaciones específicas, plantee sus propias técnicas terapéuticas y persiga diferentes objetivos. Pero ello no debe ser obstáculo para que los investigadores en esta área acepten criterios comunes

para medir y valorar sus resultados. Solo de esta forma será posible comparar los diferentes programas y superar las deficiencias existentes (Sánchez-Carbonell, 1991). Es decir, son los investigadores, evaluadores y epidemiólogos quienes deberían adaptarse a los dispositivos y no al revés.

Pensamos que hemos de ser respetuosos con la pluralidad, la diversidad y la riqueza que genera esta realidad y, por supuesto, estar atentos a los posibles riesgos que pueden generar la atomización y dispersión que pudiera provocar, pero siempre desde la filosofía de la inclusión y no de la exclusión. Pese a la creativa disparidad existen claros acuerdos en cuanto a nomenclaturas de dispositivos o programas, un registro de actividades común y acuerdos sobre diferentes conceptos.

Sin duda alguna, el reto en estos años de crisis es cómo integrar mejor a los pacientes sin multiplicar los servicios. Cómo rentabilizar los recursos para ahorrar dinero sin perjudicar al usuario es el *leitmotiv* de esta década. He de recordar que estos centros son muy rentables para la sociedad. Un macro-estudio realizado en Inglaterra, llamado NTORS, *National Treatment Outcome Research Study* (Gossop, Mardsen, Stewart y Kidd, 2003), evidenció lo beneficiada que sale una sociedad que invierte en programas para drogodependientes. Se estimó que por cada libra que se invierte en programas para adictos, se recuperaban y restituían tres libras. Es decir, la sociedad termina ahorrando, en médicos, abogados, policías y en las múltiples consecuencias de las actividades delictivas, juicios, cárceles, etcétera, otros recientes e importantes estudios realizados en A Coruña y Baleares han llegado a similares conclusiones.

“Es muy saludable que cada programa de tratamiento para adictos parta de diferentes pre-supuestos teóricos, trabaje con poblaciones específicas, plantee sus propias técnicas terapéuticas y persiga diferentes objetivos.”

1.1. EL OBSERVATORIO PROYECTO HOMBRE

Teniendo en cuenta los objetivos mencionados, se constituyó el Observatorio de PH en 2012. Se creó un equipo de expertos formado por miembros de diferentes programas de PH, y completado por Antonio Jesús Molina Fernández, especialista en Adicciones y Evaluación de programas de intervención social de la Universidad Complutense.

Hemos de apuntar que el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) ha apoyado la iniciativa, subvencionándola, favoreciendo su desarrollo y consolidación del proyecto. Hace ya 25 años que se creó el PNsD, aglutinando a diferentes colectivos para dar respuesta a uno de los problemas sociales más importantes. El Plan Nacional sobre Drogas fue un acicate para mejorar el sistema de atención a drogodependientes y conocer mejor la extensión del problema de las drogodependencias, pero aún hoy sigue siendo prioritario el estudio de las mismas, tanto a nivel nacional como a nivel local.

Huelga señalar que el PNsD es sensible a las problemáticas sociales y nuevamente reconoce el esfuerzo que realizan las ONG y las fundaciones que tienen por objeto tratar a personas con problemas.

Los diferentes programas de PH han facilitado a través de sus responsables la información y el asesoramiento necesario, con el objetivo de garantizar una óptima homogeneización en la recogida de los datos en todo el territorio español. Es necesario en este punto, agradecer la colaboración prestada por los programas y sus responsables de formación y administración, proporcionando los datos y la información necesaria en coordinación con el Observatorio.

Dado el gran volumen de datos generado a partir del cuestionario y la complejidad de su análisis, hemos considerado oportuno resumir los puntos más destacables y ofrecerlos forma amigable e intuitiva. Pero asimismo, al emprender el presente trabajo nos planteamos algunas novedades, que en el presente informe son la división por géneros, la incorporación de datos relacionados con la agresividad y la violencia, los abusos sexuales, y finalmente también se añadirán algunos datos por regiones. La Asociación ha apostado por esta acción y facilitado el acceso a los datos, tanto física como digitalmente, para que tanto profesionales, usuarios, familiares e investigadores accedan de una manera rápida a la información que año tras año será actualizada.

“Nadie por sí mismo tiene fuerzas para salir a flote -escribió Séneca-. Precisa de alguien que le alargue la mano, que le empuje hacia afuera”. Nuestro cometido consiste en tenderle la mano e indicarle la buena dirección adonde dirigir sus esfuerzos (Álvarez, 2011).

“
Cómo rentabilizar los recursos para ahorrar dinero sin perjudicar al usuario es el *leitmotiv* de esta década.
”



1.2. CONTEXTO DE EVALUACIÓN: RED PROYECTO HOMBRE

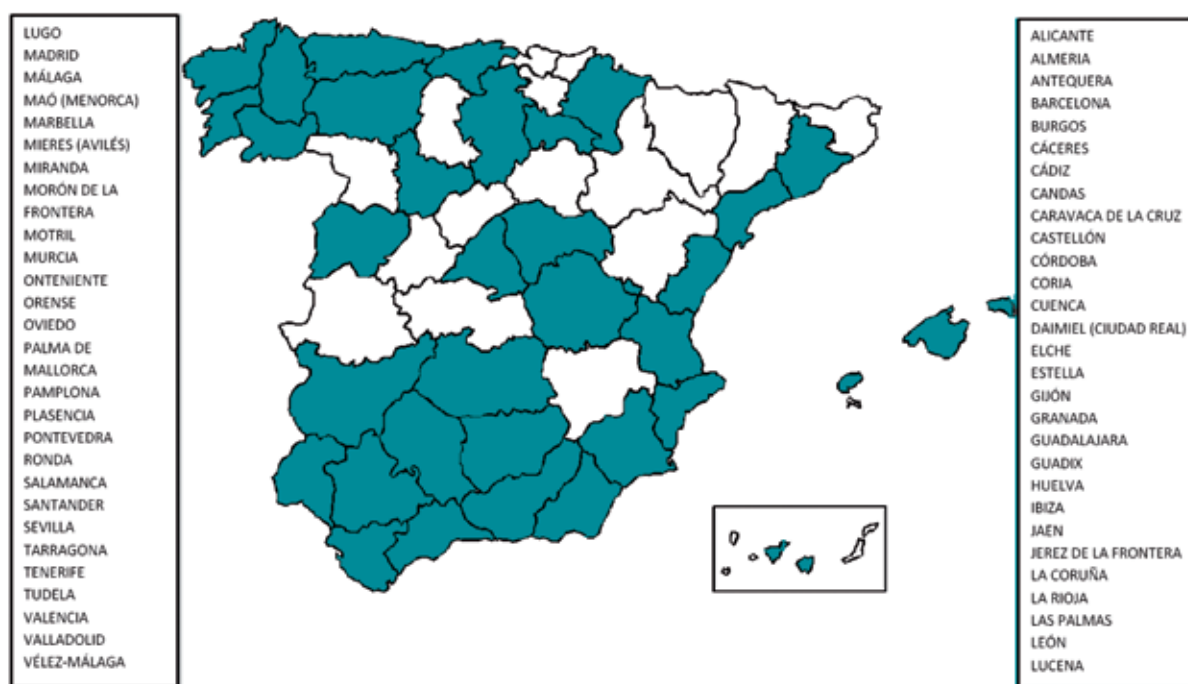
Proyecto Hombre es un programa educativo-terapéutico que se implementa en España en 1984, dirigido a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones.

La Asociación Proyecto Hombre está integrada por 27 Fundaciones, con presencia en más de 58 ciudades de la geografía española, en un total de 15 comunidades autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 18.500 personas con trastornos adictivos, así como a sus familias y otras personas integrantes de la red primaria de apoyo, estimando un total de beneficiarios/as indirectos/as de más de 35.000 personas.

En cuanto a la colaboración con otros recursos de la red especializada en drogodependencias, se establecen vías eficaces de colaboración, de manera que permita mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de las intervenciones en el ámbito de las adicciones.

Respecto a los recursos humanos, la Red Proyecto Hombre está compuesta por más de 200 centros, 1.200 empleados (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, monitores, terapeutas...) y 2.500 voluntarios. La variedad de programas que se han ido incorporando, para dar respuesta a las necesidades de la población diana detectada por cada centro, muestra el esfuerzo de la organización por adaptarse a las necesidades sociales y a los cambios en la realidad del fenómeno adictivo, generando año tras año nuevas intervenciones que incrementen la oferta existente en programas y servicios.

FIGURA 1
MAPA DE CENTROS DE PROYECTO HOMBRE



Cada centro se gestiona de manera autónoma, compartiendo con los demás la filosofía en la que se basa la intervención, así como el método de tratamiento educativo-terapéutico. El aprovechamiento de las sinergias que surgen de los diferentes centros, de su experiencia recíproca, desde una perspectiva de apoyo y cooperación mutua, compartiendo formación e investigación, mediante una escuela de formación centralizada, y una serie de comisiones de trabajo (integradas por especialistas de Proyecto Hombre y asesores externos) específicas, centradas en la Investigación, la Innovación y el Desarrollo.

La Asociación Proyecto Hombre es el nodo central de esta estructura de Red, que representa a los centros a nivel nacional e internacional, y ofrece un trabajo permanente desde sus departamentos (Formación, Administración, Proyectos nacionales e internacionales, Comunicación, I+D...). La Asociación entiende los diferentes centros como un punto de observación privilegiado respecto a la realidad social de quienes demandan tratamiento.

Tal y como se muestra en la siguiente figura, la Asociación pretende unos fines comunes.

FIGURA 2
FUNCIONES DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



Desde sus inicios en España en 1984, Proyecto Hombre ha desarrollado su trabajo en el terreno de la asistencia y la rehabilitación de drogodependientes. La experiencia acumulada en este terreno, a lo largo de los últimos 30 años, ha permitido a la Asociación Proyecto Hombre optimizar su respuesta a las necesidades planteadas por la evolución de la realidad social de las drogodependencias y adicciones. Así, los diferentes centros integrantes tratan de hacer suyas la afirmación del Dr. José Luís Cañas:

“Los modelos teóricos y los programas prácticos de una auténtica prevención son los que ayudan a la persona a descubrir el sentido del respeto de sí misma y de los demás, el sentido de su libertad y de su responsabilidad, el valor de la vida ética (veracidad, honestidad, etc.), la comunicación y el encuentro con los demás, el auténtico placer y el auténtico sufrimiento, etc. De lo contrario, la prevención será insuficiente no sólo para afrontar los problemas adictivos, sino también el resto de problemas.” (Cañas, 2004).

Respecto a los recursos humanos, la Red Proyecto Hombre está compuesta por más de 200 centros, 1.200 empleados (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, monitores, terapeutas...) y 2.500 voluntarios.

Este estilo globalizador y flexible ha permitido, en una constante búsqueda de la excelencia en sus servicios, implementar y desarrollar sistemas para una Gestión de Calidad, un sistema de auditorías y supervisión externa (por parte de entidades acreditadas, universidades, y otras), tratando de obtener mejores resultados en el área de inserción social de quienes se benefician de los programas de tratamiento, así como una clara apuesta por la Prevención de los fenómenos adictivos, tanto en el ámbito Comunitario, como en el Escolar y Laboral.

1.3. IMPLANTACIÓN TERRITORIAL DE LA ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA EN LOS CENTROS DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Anualmente, las diferentes organizaciones que forman parte de la Asociación Proyecto Hombre atienden a cerca de 19.000 usuarios y usuarias en sus programas y dispositivos de atención a la drogodependencia. Esto supondría aproximadamente un volumen equivalente a una tercera parte de las 53.000 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas que se vienen registrando cada año en España.¹

Sin embargo, la distribución de esta atención no es homogénea en todo el territorio nacional, ya que ésta viene determinada por diversos factores que operan de manera distinta entre sí. En este sentido, la implantación de cada organización territorial (que puede ser provincial o autonómica) depende entre otras cuestiones de su propia evolución histórica (más antigua o reciente) del número de centros y programas de los que dispone, de su capacidad de financiación, etc.

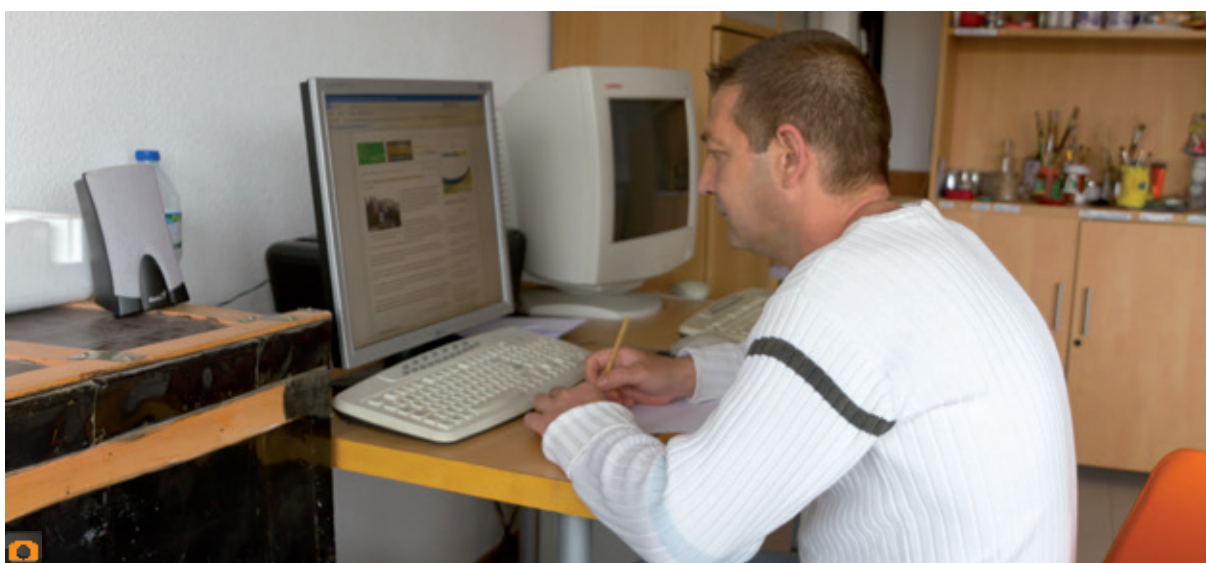
Al mismo tiempo, la dimensión alcanzada por cada organización territorial también depende del volumen de población de cada provincia y CCAA y de la diferente incidencia y concentración del problema de las adicciones y de la demanda de tratamiento a nivel

local y regional, sin olvidar la evolución y desarrollo experimentado por el resto de la red pública de atención a la drogodependencia en cada una de las comunidades.

Agrupando por CCAA las personas atendidas en las diferentes organizaciones territoriales que integran la Asociación Proyecto Hombre, podemos determinar el alcance de la implantación de las mismas en relación a la población de 15 a 74 años.

A partir de los datos de atención y de población correspondientes a 2012 a nivel nacional, la Asociación Proyecto Hombre habría prestado atención terapéutica a 52,7 personas por cada 100.000 habitantes de entre 15 y 74 años de edad (Tabla 1). Si se excluyen las Comunidades de Aragón y País Vasco, así como Ceuta y Melilla, donde no se dispone de centros adscritos a la Asociación PH, esta proporción se elevaría a 57,2 usuarios y usuarias atendidos anualmente en nuestros programas por cada 100.000 habitantes. Esta tasa resultaría aún mayor si el cálculo se circunscribiera a los grupos de edad comprendidos entre 20 y 50 años, que concentran el mayor volumen de demandas de tratamiento.

En proporción a su población y a las cifras de atención proporcionadas por cada organización territorial, es en las comunidades de Islas Baleares y Castilla y León donde se darían las tasas de atención comparativamente más elevadas –claramente por encima de 150 casos por cada cien mil habitantes- (ver figura 3), seguidas de Navarra y Asturias (entre 100 y 150 casos).



1 PNSD: INFORME NACIONAL 2012 (datos del 2011) AL OEDT por el Punto Focal Nacional Reitox ESPAÑA. Evolución, Tendencias y Cuestiones Particulares. En http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Informe_Nacional_REITOX2012.pdf

TABLA 1
USUARIOS Y USUARIOS ATENDIDOS EN LAS ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE. TASA DE ATENCIÓN POR CADA 100.000 HABITANTES. 2012

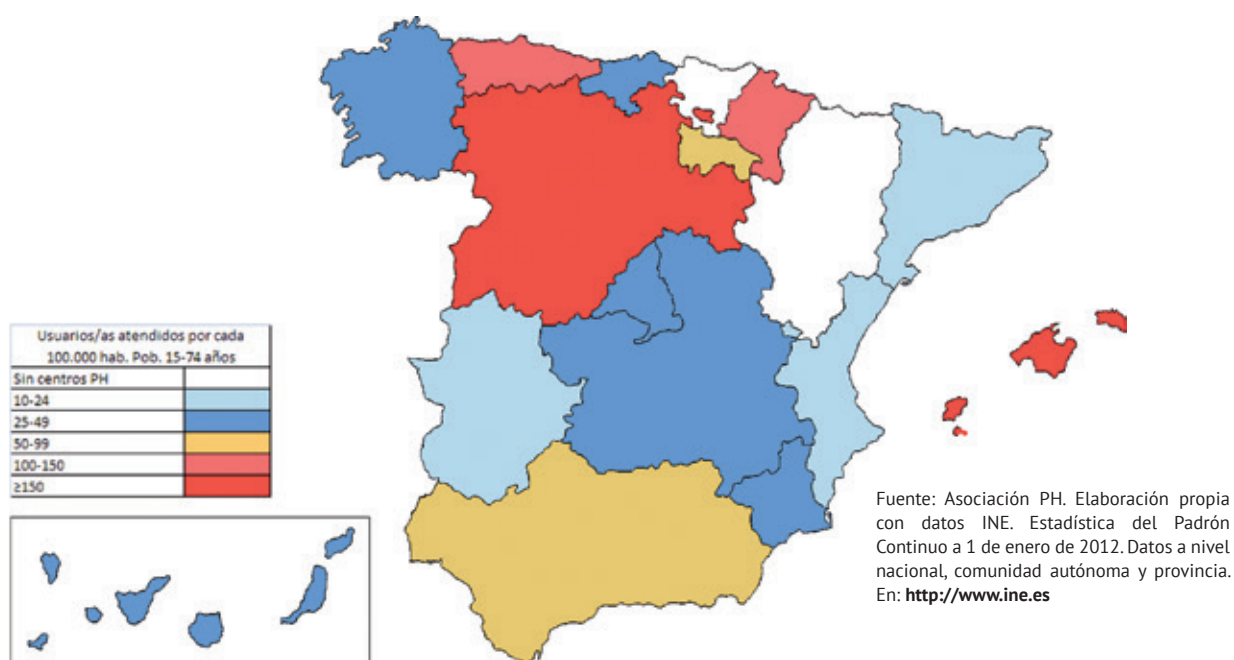
	Usuarios/as atendidos por CCAA	Población de 15-74 años	Atendidos/as por 100.000 habitantes
Andalucía	5.298	6.433.562	82,3
Aragón	(sin centros adscritos)	1.009.434	-
Asturias	954	822.885	115,9
Baleares	2.001	870.892	229,8
C. Valenciana	957	3.929.869	24,4
C. y León	3.534	1.899.285	186,1
Canarias	523	1.672.115	31,3
Cantabria (2011)	195	451.679	43,2
Cataluña	708	5.714.470	12,4
Ceuta	(sin centros adscritos)	62.496	-
Castilla-La Mancha	620	1.582.870	39,2
Extremadura	106	830.603	12,8
Galicia	692	2.106.994	32,8
La Rioja	225	242.149	92,9
Madrid	1.929	4.987.550	38,7
Melilla	(sin centros adscritos)	59.263	-
Murcia	483	1.109.901	43,5
Navarra	719	482.598	149,0
País Vasco	(sin centros adscritos)	1.664.198	-
Total	18.944	35.932.813	52,7

Fuente: Asociación PH. Elaboración propia con datos INE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. En: <http://www.ine.es>

Las organizaciones de La Rioja y de Andalucía se situarían en un nivel intermedio en relación a la población de las respectivas comunidades. De todas maneras, en ambos casos, se situarían por encima de la media nacional correspondiente al conjunto de la Asociación.

El siguiente bloque, integrado por Murcia, Cantabria, Castilla-La Mancha, Madrid, Galicia y Canarias se movería en unas tasas de 25 a 49 casos por cada 100.000 habitantes. Por debajo de estas tasas se situarían las Comunidades con una menor incidencia comparativa de casos atendidos por centros de Proyecto Hombre (entre 12 y 24 casos): Comunidad Valenciana, Extremadura y Cataluña.

FIGURA 3
USUARIOS/AS ATENDIDOS EN LAS ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE. TASAS POR CADA 100.000 HABITANTES DE 15 A 74 AÑOS DE EDAD





2

La herramienta de recogida de información: el EuropASI

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psicológica Americana han hecho grandes esfuerzos para clasificar los trastornos de uso-abuso y/o adicción a drogas. Sin embargo, muchos de los instrumentos creados con este fin no han conseguido captar adecuadamente la realidad clínica, ni la gravedad clínica de los individuos consumidores de drogas. Numerosos intentos han dado lugar a índices de gravedad carentes de propiedades psicométricas (fiabilidad y validez), de concordancia inter-evaluadores o test-retest que, como consecuencia, han dado lugar a evaluaciones parciales de la realidad del individuo consumidor. Estos instrumentos de evaluación deficitarios dejaron entrever la necesidad de adoptar medidas pragmáticas que permitieran evaluar la intensidad y gravedad clínica, así como la necesidad de cuidados y tratamientos por parte de los individuos consumidores, de una forma estandarizada.

► **EL INTENTO MÁS SÓLIDO PARA ALCANZAR ESTE FIN LO ENCONTRAMOS EN EL 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 McLlellan (1980). 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. La adopción del ASI en Europa tiene sentido en cuanto a evaluación de los programas para determinar su eficiencia y para la legitimidad científica de los tratamientos en adicciones, profesionalización, internalización y unificación de un sistema diverso. Se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada, muy utilizada en la clínica para el diagnóstico multidimensional de aquellos aspectos y áreas de la vida que han podido contribuir en alguna medida al síndrome de abuso de sustancias, permitiendo de este modo una contextualización del síndrome desde una perspectiva bio-psico-social (Mayor, 1995). Asimismo, esta entrevista permite la evaluación de la gravedad del consumo.

El EuropASI puede ser utilizado con una triple finalidad. Por un lado resulta una entrevista imprescindible en la práctica clínica. La entrevista proporciona información para que el clínico pueda realizar un diagnóstico multidimensional del problema adictivo del paciente, al mismo tiempo que lo relaciona con el contexto biológico, psicológico y social del individuo. Así, esta información será de vital importancia para la elaboración de un perfil



completo del individuo que permita la planificación de una intervención o tratamiento holístico, adaptado a la realidad del individuo. Una segunda finalidad, relacionada con la primera, es la realización de seguimientos en los individuos consumidores, a partir de la realización de la segunda entrevista con el EuropASI, que permita al terapeuta tener información sobre el progreso del paciente, conocer si algún aspecto de su contexto ha cambiado de cara a reestructurar el tratamiento, etc.

“ La entrevista proporciona información para que el clínico pueda realizar un diagnóstico multidimensional del problema adictivo del paciente, al mismo tiempo que lo relaciona con el contexto biológico, psicológico y social del individuo. ”

Finalmente, el EuropASI surge de los esfuerzos llevados a cabo por un grupo de investigación para adaptar el ASI a fin de poder utilizar este instrumento en población europea. Por tanto, la tercera finalidad de esta entrevista sería su uso en el ámbito científico, por parte de aquellos investigadores especializados en el estudio de las drogodependencias. Esta entrevista permite obtener índices de gravedad de consumo así como información socio-demográfica de los individuos de enorme relevancia de cara al desarrollo de estas investigaciones.

El EuropASI, además de explorar el consumo de drogas y alcohol del individuo (una de las áreas centrales de la entrevista), explora otras seis áreas, de cara a un mayor conocimiento de la realidad del mismo. En orden, las áreas exploradas son:

TABLA 2
ÁREAS EXPLORADAS EN EUROPASI

Salud física (16 ítems)
Empleo y recursos (26 ítems)
Drogas y Alcohol (28 ítems)
Situación legal (23 ítems)
Historial familiar (51 ítems)
Relaciones familiares y sociales (26 ítems)
Salud mental (22 ítems)

Cada una de estas áreas consta de un conjunto de ítems objetivos e ítems críticos en la evaluación de esa área, una autoevaluación a realizar por el propio paciente, una evaluación de la gravedad a realizar por el entrevistador y una puntuación de validez de la información obtenida que también realizará el entrevistador.

Cada área presenta una serie de ítems considerados objetivo del área a evaluar, dentro de los cuales hay un subgrupo de ítems denominados ítems críticos que

será en aquellos en los que el entrevistador deba fijarse de cara a realizar la estimación de la gravedad del individuo en esa área.

En cada área existen dos ítems para la autoevaluación del propio individuo en las que éste tendrá que indicar en una escala de 0 (nada) y 4 (extrema) el grado de molestias y preocupaciones que ha tenido en el último mes en esa área y el grado en que estima importante recibir tratamiento en esa área.

La gravedad en el área es estimada por el propio entrevistador una vez concluida la totalidad de la entrevista, estimando la necesidad de tratamiento o la necesidad de implementar un tratamiento nuevo para el individuo en esta área en un rango de puntuaciones que va desde 0-1 (no hay problema real, no está indicado tratamiento, ayuda o diagnóstico) hasta 8-9 (extremo, el tratamiento es absolutamente necesario).

Finalmente, el entrevistador debe estimar la validez de la información dada por el individuo, basado en las respuestas del paciente después de comprobar y preguntar cuando haya informaciones contradictorias (p.e. indica que no tenía ingresos pero indica un gasto de 600,00€ en drogas). En concreto, el entrevistador debe valorar si el individuo tiene una imagen distorsionada de sí mismo y si es incapaz de comprender las cuestiones que le han sido planteadas.

El EuropASI consta de una serie de ítems marcados con un asterisco (aquellos ítems que implican cambio) que son aquellas preguntas que deberán ser reformuladas de cara al uso del EuropASI en una segunda entrevista a modo de seguimiento del paciente. Se recomienda la segunda administración de la entrevista transcurrido un mes de la realización de la primera entrevista a fin de poder evaluar los resultados de las intervenciones llevadas a cabo hasta ese momento.

2.1. RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS

La necesidad de evaluar el proceso de recogida de información mediante la herramienta EuropASI, y como paso previo al establecimiento de un protocolo de aplicación de la misma, que permita la recogida de información de manera estandarizada, de modo que incremente la fiabilidad de dicha información, y los planes individualizados de tratamiento se ajusten en mayor medida a las necesidades detectadas, es una cuestión perentoria.



Por ello, y en el marco de elaboración del informe del observatorio 2013, se decide efectuar un análisis del momento actual de la aplicación de la herramienta EuropASI en los centros de Proyecto Hombre.

Así, se elaboró un cuestionario *ad hoc* que trata de recoger información sobre las diferentes áreas que se muestran en la figura 3.1.



FIGURA 3.1
ÁREAS CUESTIONARIO EVALUACIÓN DESPLIEGUE PROCESO CUMPLIMENTACIÓN EUROPASI



A continuación se presentan los resultados obtenidos tras la explotación y análisis de los datos recogidos.

► CENTROS PARTICIPANTES

Del total de 27 centros de Proyecto Hombre, se obtuvo respuesta de 17, esto supone el 62,96% del total de los mismos.

De estos, el 82,35% (14) cumplimentaron un único cuestionario, el 11,74% (2 centros) cumplimentó dos cuestionarios, y 5,88% (1 centro), cumplimentó 6 cuestionarios.

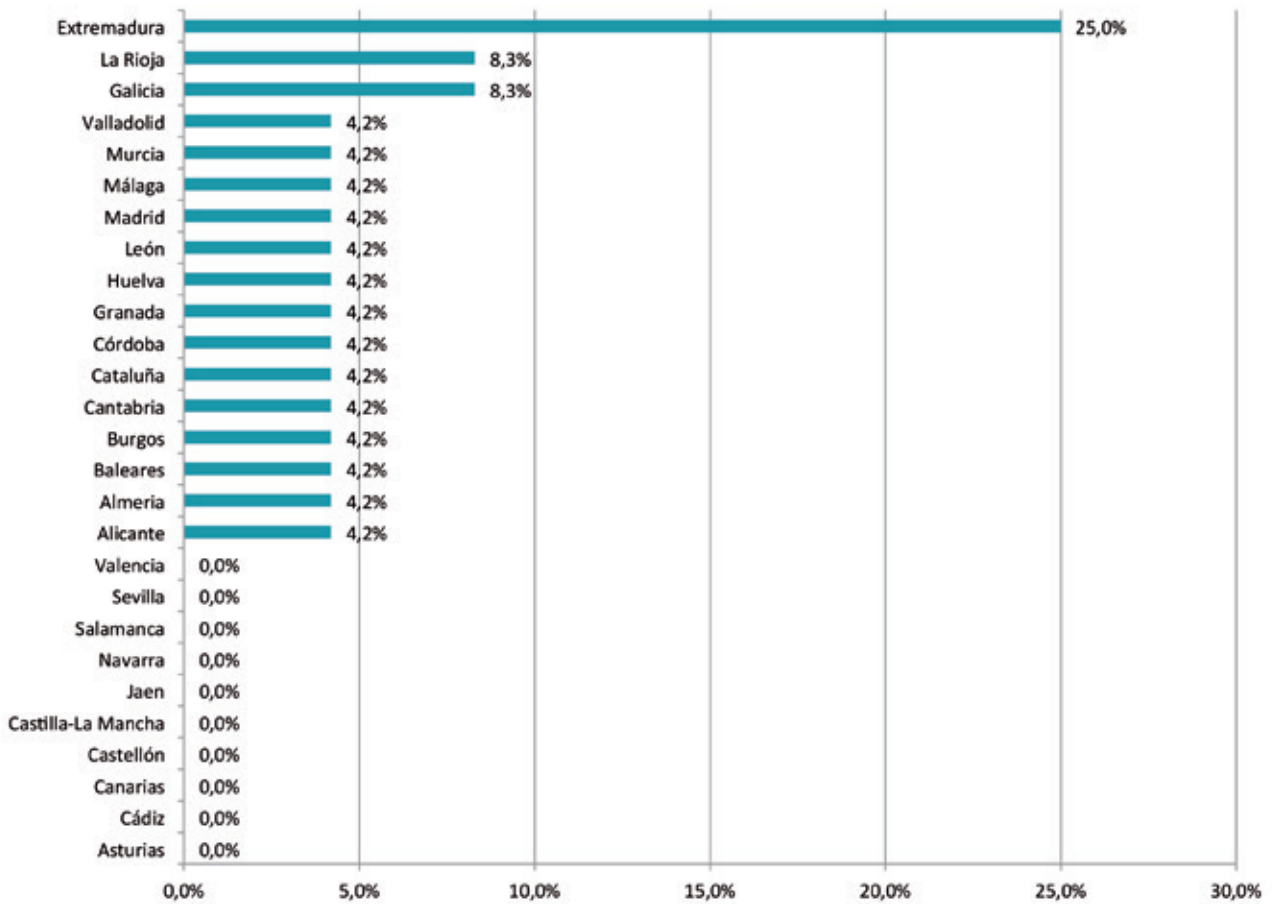
En la figura 4 se puede observar el porcentaje de cuestionarios que aporta cada uno de los centros respecto al total de recopilados.

En total se obtuvieron 24 respuestas de diferentes centros y siempre de diferentes agentes implicados, por

lo que, aunque en un inicio se planteó la posibilidad de eliminar los cuestionarios “extra” de algunos de los centros. Pero al haber sido cumplimentados por diferentes agentes (no había duplicidad de cuestionarios) y al reportar información de interés respecto al proceso, se decidió incluirlos en el presente análisis.

“ El entrevistador debe valorar si el individuo tiene una imagen distorsionada de sí mismo y si es incapaz de comprender las cuestiones que le han sido planteadas. ”

FIGURA 4
PORCENTAJE DE RESPUESTAS POR CENTROS DE PROYECTO HOMBRE QUE CONTESTAN AL CUESTIONARIO SOBRE EUROPASI

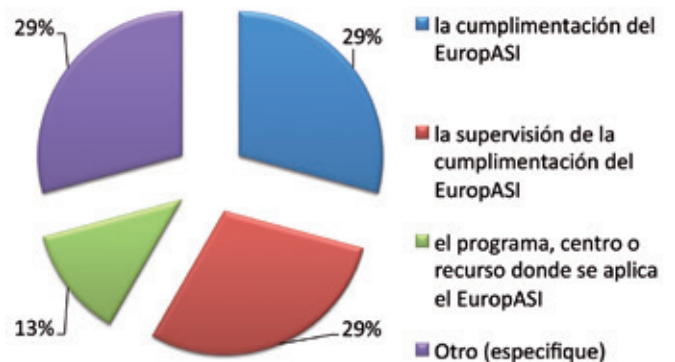


► **RECURSOS HUMANOS**

¿Quién cumplimenta el cuestionario sobre EuropASI?

En cuanto a la relación de la persona que cumplimenta el cuestionario con el proceso de aplicación del EuropASI, encontramos que los porcentajes de personas implicadas directamente en el proceso corresponden a algo más de la mitad de la muestra (29,17% para personas que directamente aplican el EuropASI y 29,17% de personas que son responsables de dicha aplicación), observando un porcentaje menor de profesionales que trabajan en el recurso donde se hace uso de la herramienta (12,50%), encuadrándose el resto (29,17%) en una categoría de otro mediante la que no podemos determinar exactamente a quiénes hace referencia.

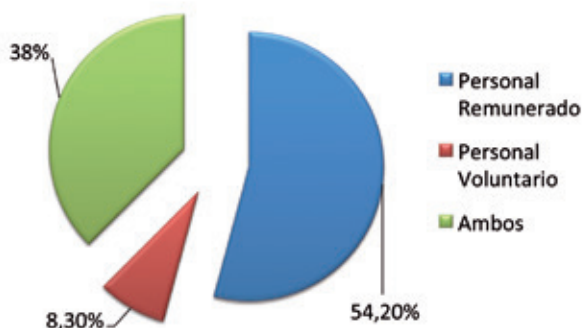
FIGURA 5
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CONTESTAN AL CUESTIONARIO SEGÚN SU VINCULACIÓN CON EL PROCESO



¿Quién es la persona responsable de la aplicación del EuropASI a las personas en tratamiento?

El mayor porcentaje de los centros (54,17%) afirma que son los profesionales remunerados quienes se responsabilizan de dicha tarea, seguido de aquellos en que la realizan profesionales no remunerados y voluntarios (37,50%), siendo menor el porcentaje de centros donde sólo la efectúa personal voluntario (8,33%).

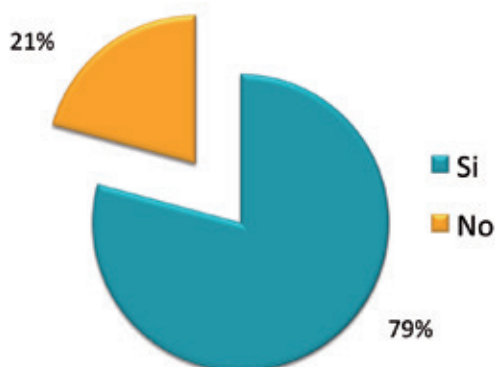
FIGURA 6
PORCENTAJE PERSONAS SEGÚN VINCULACIÓN, QUE REALIZAN CUMPLIMENTACIÓN EUROPASI



¿Se supervisa el proceso de aplicación de EuropASI? ¿Quién lo hace?

El porcentaje de centros que cuentan con una/s persona/s designadas para supervisar el proceso de cumplimentación del EuropASI es de 79,17%, frente a un 20,83 que informan de no tener designada una persona responsable para la supervisión del proceso.

FIGURA 7
PORCENTAJE CENTROS QUE INFORMAN CONTAR CON RESPONSABLES DE SUPERVISIÓN DEL PROCESO EUROPASI

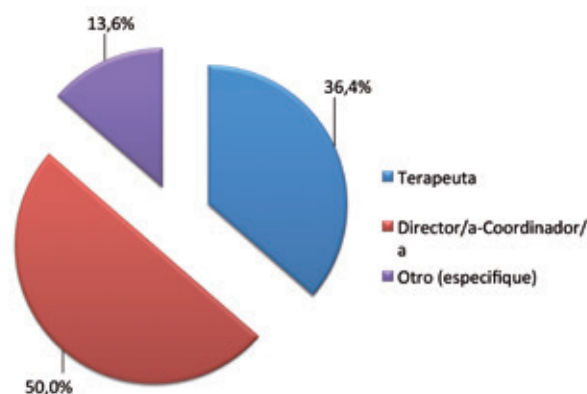


Respecto al rol profesional, el porcentaje mayor corresponde a la categoría Director/a-Coordinador/a (50%), seguido del Terapeuta (36,40%), correspondiendo el porcentaje de Otros casos (13,60%) a:

- Responsable de Metodología, Evaluación y Calidad.
- Presidente/a del Centro de Proyecto Hombre.
- Responsable de Administración.

En ningún caso el proceso es supervisado por personas que ocupen el rol de voluntario/a.

FIGURA 8
PORCENTAJE, SEGÚN ROLES ASIGNADOS, DE RESPONSABLES DE SUPERVISIÓN DEL PROCESO EUROPASI

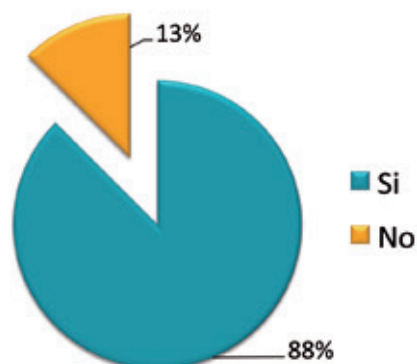


► FORMACIÓN

¿Se facilita información inicial a quienes aplican el EuropASI?

Un elevado porcentaje de centros (87,50%) afirma que sí se facilita dicha formación, aunque hay un 12,50% que informan de la no existencia de esa formación.

FIGURA 9
PORCENTAJE PERSONAS QUE RECIBE FORMACIÓN RELATIVA AL PROCESO EUROPASI



¿Qué tipo de formación específica se facilita a quienes aplican el EuropASI?

En cuanto a la formación específica que se realiza, encontramos sesiones formativas, talleres y formación supervisada. En 3 ocasiones se cuenta en exclusiva con formación o información escrita. En la tabla 3 se pueden consultar las respuestas literales facilitadas por los diferentes centros en relación al proceso formativo.



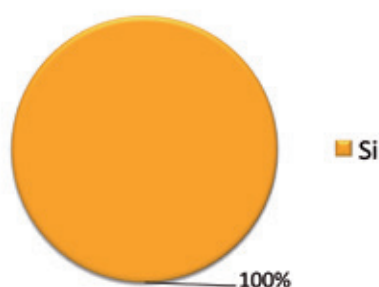
TABLA 3
RESPUESTAS LITERALES RELATIVAS A LA FORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE CUMPLIMENTACIÓN Y TRATAMIENTO DEL EUROPASI

Se entrega el manual para su cumplimentación, realizan un periodo de observación de implementación, seguido de otro periodo de supervisión mientras los cumplimentan y finalmente las personas que lo aplican lo realizan en solitario y una vez realizado se supervisa
Inicialmente, cursos para terapeutas. Posteriormente, breve formación a nuev@s entrevistador@s y se les proporciona manual.
Cursos periódicos de 8 horas sobre los contenidos y conceptos.
Información y aclaración de dudas.
Cuando se incorpora una persona nueva, se le explica punto por punto, todo el EuropASI.
Formación en escuela de Madrid y formación interna.
Se nos explicó por documentación escrita y por videoconferencia.
Conocimiento del manual.
Explicación del proceso de la toma de datos, códigos...
Se informa de qué es y de cómo se cumplimenta.
Formación básica sobre qué es un EuropASI y las preguntas que lo componen y la forma de cumplimentarlas.
Cumplimentaciones tuteladas, resolución de dudas y lectura de manual.
Se hizo una formación en power point para explicar cómo se debe de cumplimentar el EuropASI.
Explicar junto con el manual en qué consiste y posibles errores. Luego estar con la persona durante las primeras intervenciones hasta que lo necesite.
Clases teórico-prácticas.
Un técnico del equipo explica y facilita el manual al entrevistador.
Formación individual o con todo el personal.
Sesiones formativas con todo el personal y con el personal nuevo.
Explicación sobre el registro en papel y aclaración sobre las preguntas y sobre el programa informático.

¿Dispone el equipo que aplica el EuropASI del material de consulta necesario?

Todo el personal que aplica la herramienta o la interpreta tiene a su disposición el manual técnico necesario.

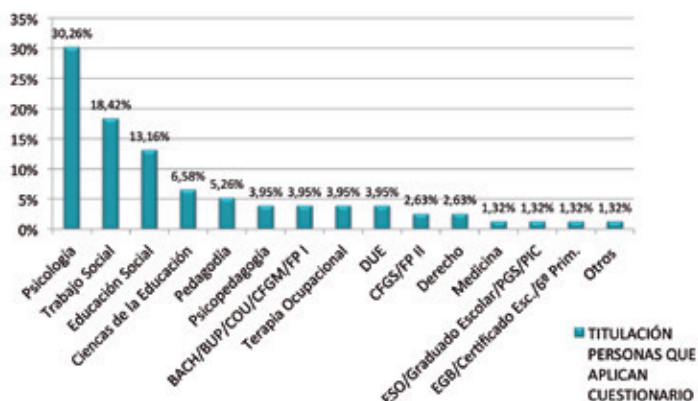
FIGURA 9.1
PORCENTAJE CENTROS QUE INFORMAN SOBRE DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTACIÓN TÉCNICA RELATIVA AL PROCESO EUROPASI



¿Qué formación académica reglada han recibido quienes aplican el EuropASI?

En cuanto a la titulación académica de quienes aplican la herramienta, del total de 76 profesionales que según la información facilitada por los centros aplican el EuropASI, el porcentaje más elevado corresponde a las personas tituladas en psicología (30,26%), seguidas de las tituladas en trabajo social (18,42%), correspondiendo el tercer grupo más numeroso a las tituladas en educación social (13,16%). El resto de profesionales presenta otras titulaciones de diversa índole, relacionadas en su mayoría con el tercer sector y el sector sanitario.

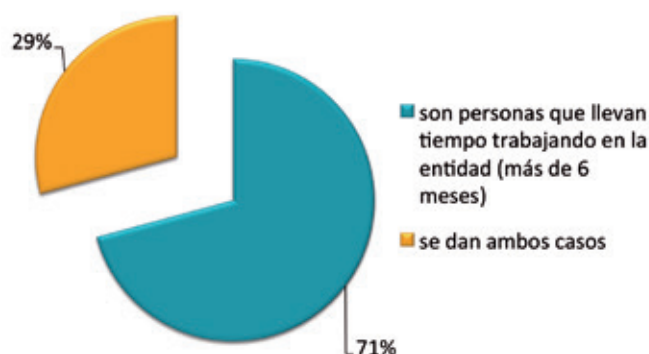
FIGURA 10
PORCENTAJE, POR TITULACIONES, DE PERSONAS QUE APLICAN EL EUROPASI



¿Qué experiencia profesional en el centro de tratamiento de Proyecto Hombre tienen quienes aplican el EuropASI?

En lo que respecta a la experiencia de quienes aplican el EuropASI, la tendencia general es que lo efectúen profesionales que llevan al menos 6 meses en la entidad (70,83%), encontrándose el resto de la muestra en la categoría donde cabe la posibilidad de que realicen personas con más de 6 meses y personas con menos de 6 meses (29,17%). No se deposita esta responsabilidad en personas de menos de 6 meses de experiencia profesional en Proyecto Hombre.

FIGURA 11
EXPERIENCIA PROFESIONAL PERSONAS IMPLICADAS EN PROCESO CUMPLIMENTACIÓN



¿Qué sucede con ciertas variables que pueden influir en la cumplimentación del instrumento?

En lo referente a las variables ambientales y del entorno relativas al método de cumplimentación del EuropASI, observamos que el formato o versión siempre es el mismo en prácticamente todos los centros (el 87,5%), se cumplimenta ininterrumpidamente en la mayoría de los casos (el 83,33%), no se efectúa siempre en la misma sala o espacio (sólo el 12,5% de centros lo realiza siempre en la misma instalación), informa de manera explícita que no se efectúa EuropASI de seguimiento en más de la mitad de los centros (54,17%), y un pequeño porcentaje (12,5%) informa que sí se realiza el EuropASI de seguimiento. En relación a esta pregunta, hay dos de los centros encuestados que en la categoría "otro" (8,33%) especifican que "...se realiza EuropASI de seguimiento, sólo si son muy antiguos los activos" y "depende del estado emocional de la persona".

Por último, el 54,17% de los centros encuestados manifiestan explícitamente que se atiende y observa a la Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal, 15/1999 de 13 de diciembre.



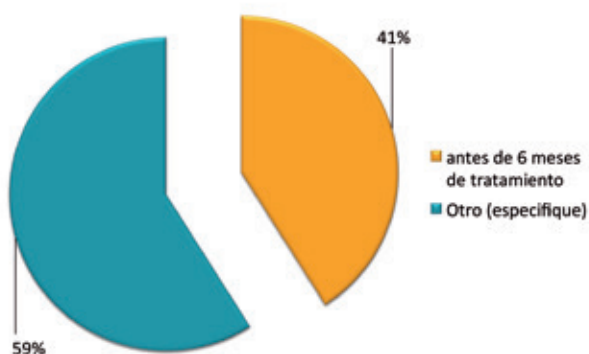
FIGURA 12
OTRAS VARIABLES RELATIVAS AL PROCESO
CUMPLIMENTACIÓN



¿Cómo se realiza el EuropASI de seguimiento?

Entre quienes realizan el EuropASI de seguimiento, el 41% de la muestra lo realiza antes de los 6 meses desde el inicio en el programa de tratamiento, mientras el resto (59%) enmarca la periodicidad en la categoría "otros", informando quienes contestan en dicha categoría de "más de 4 años de tratamiento, no se realiza EuropASI de seguimiento"; "a los 6 meses"; "cada 6 meses".

FIGURA 13
TEMPORALIDAD CUMPLIMENTACIÓN EUROPASI
DE SEGUIMIENTO.



El EuropASI de seguimiento, de realizarse se efectúa en una ocasión en más de la mitad de los casos (12,50% del total de la muestra, 62% de la muestra que lo aplica), indicando la temporalidad, tal y como se especifica en el cuestionario, en la categoría "otro", 6 meses.

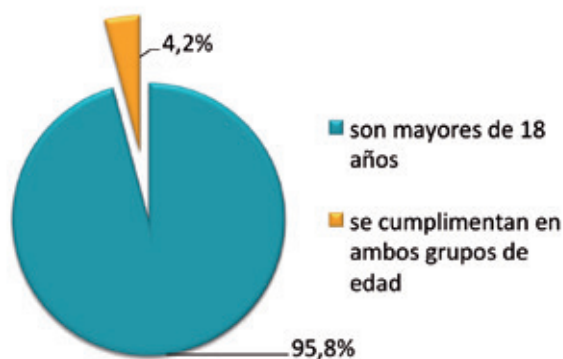
FIGURA 14
PORCENTAJE DE CENTROS SEGÚN EL N° DE VECES
QUE SE REALIZA EUROPASI DE SEGUIMIENTO



¿Qué edad tienen las personas a las que se cumplimenta el EuropASI?

Respecto a la edad de las personas a las que se aplica el EuropASI, el 95,83% de la muestra son mayores de edad, mientras el resto (4,17%) afirma hacerlo con menores y mayores de edad.

FIGURA 15
PORCENTAJE DE PERSONAS A LAS QUE SE APLICA
EL EUROPASI DISTRIBUIDAS POR EDADES

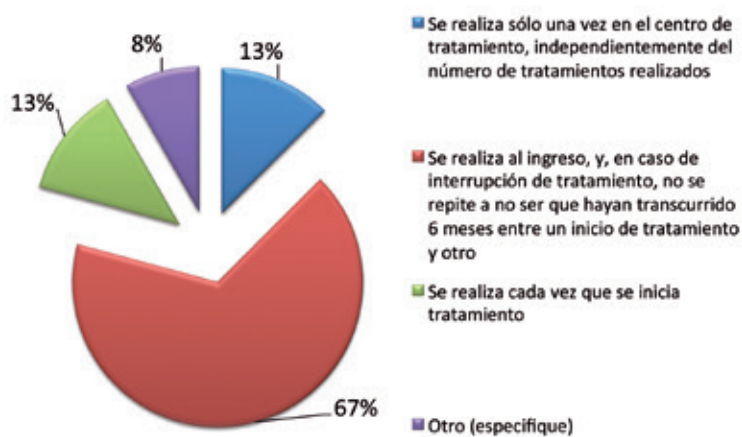


¿Cuántas veces a lo largo del proceso se cumplimenta el EuropASI?

En cuanto al número de veces que se realiza el EuropASI, en la mayoría de los casos (66,67%) la entrevista se realiza al ingreso, esperando a que trascurren 6 meses entre ingresos para repetir la entrevista, en caso de ser pertinente.

El resto de casos se reparten entre quienes realizan la entrevista cada vez que la persona ingresa, sin especificar el tiempo entre entrevistas (12,50%); aquellos recursos que la realizan en solo una ocasión, independientemente del nº de ingresos (12,50%); y, por último, en la categoría de "otro", se sitúa el 8,33% de la muestra, siendo los comentarios "los recursos se realiza al ingreso" y "en caso de interrupción de tratamiento, no se repite a no ser que hayan transcurrido 3 ó 4 años entre un inicio de tratamiento y otro", "se realiza cada vez que inicia tratamiento siempre y cuando hayan transcurrido 6 meses desde la finalización del mismo".

FIGURA 16
VECES QUE SE REALIZA EL EUROPASI



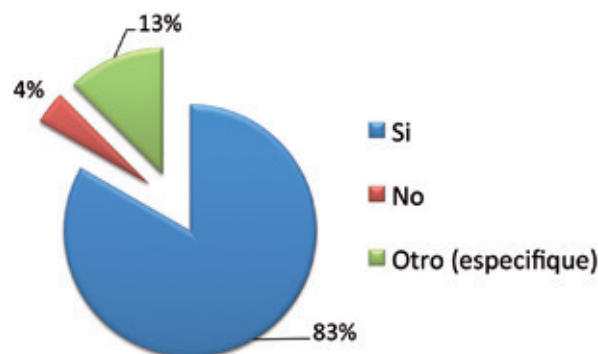
¿Se realiza el EuropASI de ingreso con todas las personas que acceden a tratamiento?

En un 83,33% de los casos se cumplimenta el EuropASI con todas aquellas personas que acceden a tratamiento, informando uno de los centros (el 4,17%) que no lo realizan a todas las personas que ingresan.

El porcentaje correspondiente a la categoría "otro" (12,5%) se debe a los comentarios que realizan quienes contestan al cuestionario, que son "Programa de adaptación al tratamiento"; "Excepto prevención indicada y adicciones sin sustancia"; "Se realiza obligatoriamente a todas las personas mayores de edad".

Por tanto, al atribuirse el porcentaje de la categoría "otro" a los comentarios, podemos afirmar que el 96% de los centros realizan el EuropASI con todas las personas que inician tratamiento.

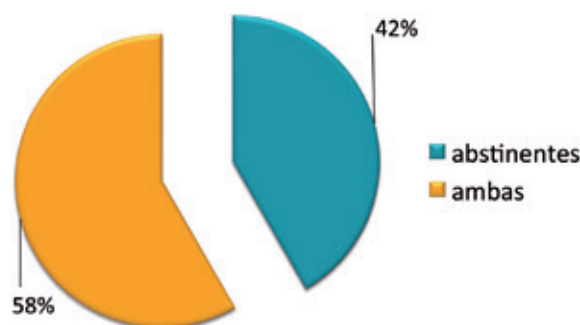
FIGURA 17
PORCENTAJE DE OBLIGATORIEDAD DE CUMPLIMENTACIÓN DE EUROPASI



¿Se realiza el EuropASI de ingreso con personas abstinentes o en consumo activo?

En un 58,33% de los casos se cumplimenta el EuropASI con personas abstinentes y en consumo activo. El resto de los centros (41,67%) informa que el EuropASI se realiza solo con personas abstinentes.

FIGURA 18
PORCENTAJE SEGÚN ESTADO DE ABSTINENCIA EN EL MOMENTO DE CUMPLIMENTACIÓN DE EUROPASI



¿Es preciso haber ingresado para que se cumplimente el EuropASI?

El 33,33% de los centros participantes informa que el instrumento se cumplimenta en las entrevistas previas al ingreso en el programa de tratamiento. El 58,33% lo efectúa una vez que se ha ingresado en el programa de destino, y el 8,33% lo hace de manera indistinta.

FIGURA 19
PORCENTAJE SEGÚN MOMENTO
DE CUMPLIMENTACIÓN DE EUROPASI

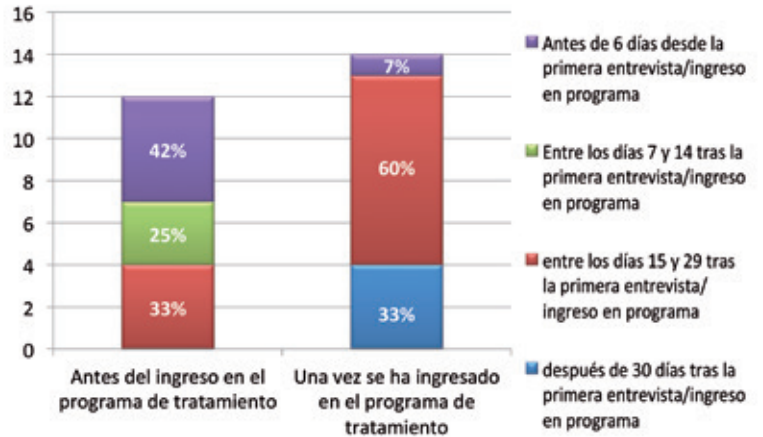


¿En qué periodo temporal se cumple el EuropASI?

En los casos en los que el EuropASI se realiza antes del ingreso en el programa de tratamiento, el porcentaje mayor (41,67%) lo efectúa en los primeros 6 días tras la entrevista, seguido de quienes lo efectúan entre los 15 y los 19 días tras la entrevista (33,33%), observándose un porcentaje algo menor entre quienes lo efectúan entre los 7 y los 14 días tras el ingreso (25%).

Por otro lado, el grupo de centros de tratamiento que informan que realizan el EuropASI una vez que se inicia el programa de tratamiento, sitúan la entrevista en un mayor porcentaje (60%) entre los 15 y los 29 días tras el inicio en el programa, seguidos de quienes la realizan transcurridos 30 días desde el ingreso en el programa de tratamiento (33,33%), resultando el porcentaje de los centros que la efectúan antes de 6 días desde el ingreso en el programa mucho menor (6,67%).

FIGURA 20
PORCENTAJE SEGÚN TIEMPO DE CUMPLIMENTACIÓN
DE EUROPASI



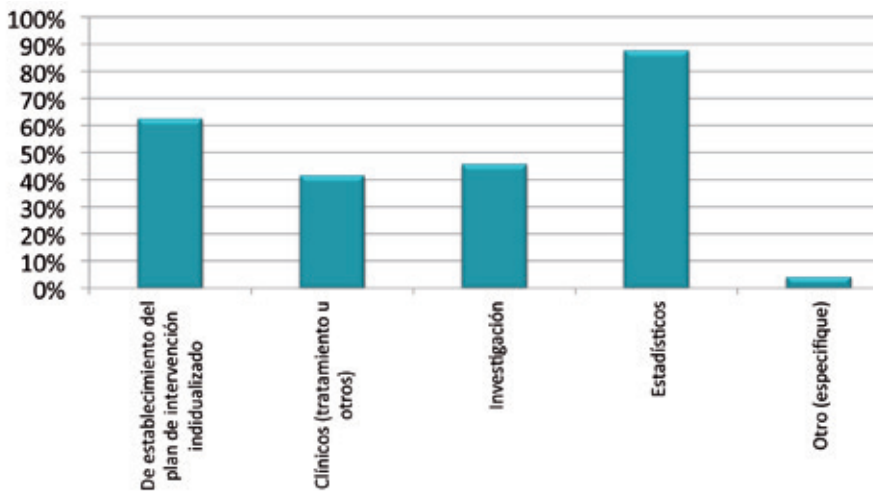
¿Con qué fines se cumple el EuropASI?

Un alto porcentaje de los centros que han contestado al cuestionario afirma emplearlo con fines estadísticos (87,5%), seguidos de un porcentaje de centros que además lo emplean para establecer el Plan de Tratamiento (62,5%), tras los que se sitúan los fines dirigidos a investigación (45,83%), encontrando en último lugar aquellos centros que lo emplean también con fines clínicos (41,7%).

En la categoría "otro", el único centro que efectúa una anotación informa que "el uso del EuropASI para establecer PIP y/o para el tratamiento depende del programa (en unos sí, en otros no)".



FIGURA 21
FINES CON LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL EUROPASI



¿Qué soporte se emplea para cumplimentar el EuropASI?

La mayoría de centros (75%) lo cumplimentan en formato papel siendo luego mecanizado para su introducción en el aplicativo PHNemos. Frente a esto, un porcentaje menor (8,33%) lo realiza introduciendo los datos directamente en PHNemos, y un pequeño porcentaje recoge los datos en soporte papel pero no mecaniza los datos (4,17%).

Nuevamente una parte de los centros (12,50%) se sitúa en la categoría "otro", siendo sus puntualizaciones:

- En formato papel y luego se introduce en una base de datos propia, que posteriormente se vuelca a PH Nemos. En el futuro, se realizará en papel y luego se introducirá en PH Nemos.
- Papel y phnet.
- Se realiza en papel y luego se introduce en phnet.

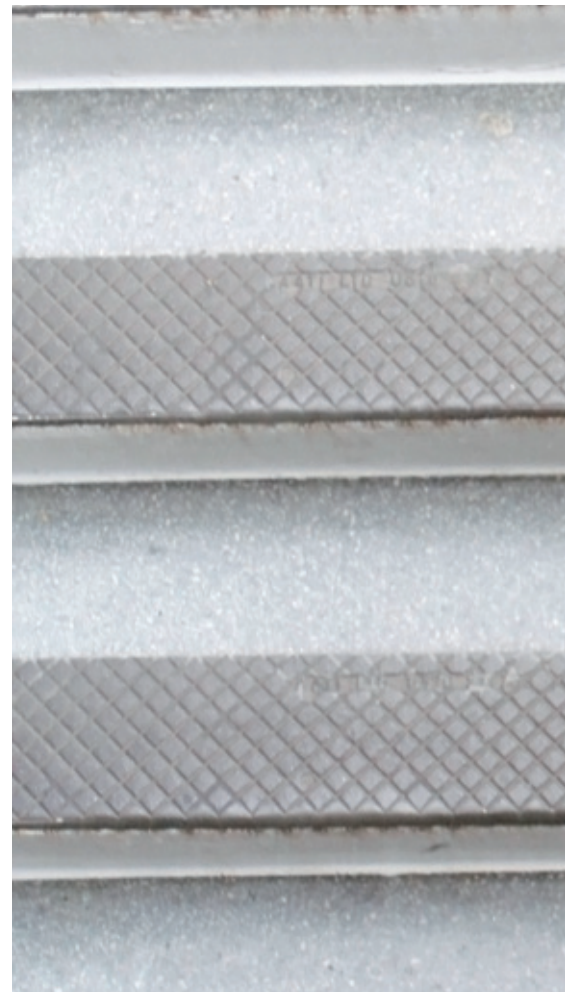
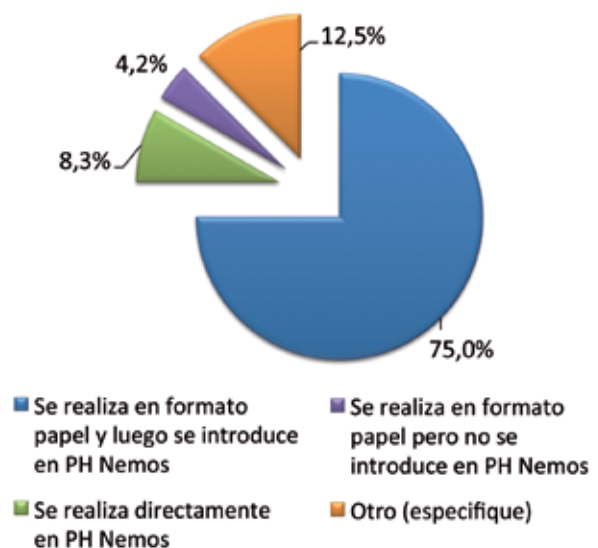


FIGURA 22
SOPORTE EN QUE SE REALIZA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL INSTRUMENTO





Comentarios abiertos

A continuación se transcriben literalmente los comentarios abiertos que han expresado algunos de los centros que han cumplimentado el cuestionario.

A destacar la necesidad de optimización del PHNemos en relación al EuropASI, así como ampliar las posibilidades de explotación del mismo.

Por otro lado, los comentarios hacen referencia a la unificación de las versiones empleadas.

TABLA 4
RESPUESTAS LITERALES EN CAMPO ABIERTO

Que PHNemos recoja todas las opciones y formatos de datos que contempla el EuropASI. Que se puedan obtener a través de informes/consultas en el PHNemos toda la información introducida en el EuropASI y en formato numérico y no alfa-numérico (como sucede ahora)

Habría que ver el modo de usar un solo baremo, de 1 a 5 ó de 1 a 10, para evitar confusiones a la hora de rellenarlo (en formato papel)

Una herramienta muy válida si se consensara por parte de todos su utilización, ya que me consta que no todos los Centros lo utilizamos de la misma manera.



3

Metodología Informe 2013

“¿Cambian las adicciones o cambian las personas con problemas de adicción? En mi opinión, cambian las conductas adictivas pero se mantienen las insatisfacciones, los conflictos, las inseguridades, las decisiones, los problemas familiares y de pareja...Cambian las conductas adictivas pero se mantienen los motivos y consecuencias que tienen para las personas y su contexto familiar y social”

Manuel Muñíos, presidente de PH Salamanca, en las Jornadas sobre Adicciones de la Diputación de Salamanca, 17/12/2013.

3.1. OBJETIVO

El principal objetivo del presente estudio, y el motivo por el que se inició el Observatorio Proyecto Hombre en 2012, es el de mejorar el conocimiento sobre el perfil del consumidor y la actual situación de las drogodependencias en España, sensibilizando a toda la sociedad sobre la realidad de este fenómeno. Para conseguirlo vamos a analizar los diferentes perfiles de personas en tratamiento en PH y sus variables sociodemográficas y psicosociales más significativas, especialmente las relacionadas con las conductas adictivas. De esta manera, mostraremos la visión de la Red Proyecto Hombre sobre el actual problema social de las drogodependencias y adicciones en España.

“Al hablar de consumo de drogas se están barajando tres elementos interactuantes: la sustancia o sustancias que se consumen, la persona que consume y el contexto en el que se produce el consumo. Obviar este hecho, concediendo un peso desproporcionado o exclusivo a cualquiera de estos tres elementos, supone alterar a priori cualquier análisis riguroso que se realice del problema y cualquier solución que se pretenda aplicar” (Becoña y Martín 2004).

Este proyecto tiene compromiso de continuidad. En el año 2013 se publicó el primer “Informe del Observatorio”, en concreto el del año 2012. En años posteriores, esperamos trazar tendencias y evoluciones en el uso de drogas por parte de las personas en tratamiento de drogodependencias en España, así como en las características psicosociales y demográficas de estas personas atendidas en los tratamientos. Como novedad metodológica, en este Informe 2013 hemos añadido las siguientes hipótesis:

► HIPÓTESIS

Hipótesis Inicial: existen diferentes perfiles de personas en tratamiento, utilizando la sustancia principal de atención como característica diferenciadora. Esos perfiles varían en función del Género.

Corolario: esos perfiles presentan diferencia significativas en variables correspondientes a las diferentes áreas de evaluación: médicas, familiares/ sociales, jurídico-legales y empleo/soportes.





3.2. DISEÑO MUESTRAL

En el año 2013, la base de datos del aplicativo PH Nemos recogió 17.462 ATENDIDOS, contando recorrido y pre-recorrido. Estos atendidos son procedentes del 90% del territorio español (excepto Aragón y País Vasco).

De estos ATENDIDOS, **10.175** habrían INGRESADO dentro de alguno de los programas que la APH tiene para los diferentes perfiles de adultos.

Se administró el EuropASI a **2.242 personas** en tratamiento (22 %), teniendo en cuenta que la aplicación el EuropASI se hace a personas que están abstinentes de alcohol y otras drogas tras el primer mes dentro del tratamiento (momento en el que se producen los mayores porcentajes de abandonos y recaídas).

Se optó por eliminar la información que no resultaba fiable (ni extraer la válida, ni trabajar con indicadores sueltos, sino cuestionarios completos), estableciendo comparativas de contingencia (sin incluir inicialmente otros estadísticos de comparación), para garantizar la validez del estudio. Además, tras el análisis de los datos realizado con SQL, se repitió la misma operación (*double check*) con el programa SPSS 21.0.

Los datos extraídos del EuropASI han sido únicamente los referidos a puntuaciones directas, evitando los indicadores de opinión (tanto de los usuarios como de los encuestadores), debido a la dificultad de mantener la Fiabilidad Interjueces (por la imposibilidad de

comprobar si los encuestadores han puntuado algunos ítems de manera diferente). Ante esa duda, se opta por descartar toda esa (enorme por otra parte) cantidad de información. Para analizar dichos datos se ha empleado metodología cuantitativa, en concreto un análisis descriptivo (Corbetta, 2003).

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de validación (León y Montero, 2002; Pardo y Ruiz, 2010):

- Información fiable y objetiva: descartándose los indicadores de opinión del EuropASI, así como las encuestas no completadas o con campos vacíos.
- Mecanización correcta de todos los campos a contrastar.
- Recogida de datos rigurosa, respecto al entrenamiento de las personas responsables de la cumplimentación de los instrumentos.
- Datos actualizados (usuarios que estaban siendo atendidos en un centro PH entre el 1/01/2013 y el 31/12/2013).
- Depuración respecto a la validez de los datos y la recogida de los mismos con las fuentes de origen.
- La significación de la muestra global, eliminando el efecto de sesgo por tamaño muestral en centros de PH con muestras pequeñas (Amón, 2006).
- *Double check* de los datos, con SQL y SPSS.

Tras la aplicación de los criterios de validación del cuestionario, la muestra se compone de **2.242 personas** atendidas en los diferentes centros PH, durante el año 2013, a quienes se les ha cumplimentado el EuropASI, cumpliendo los criterios de validación anteriormente mencionado. La muestra estaba formada por 2010 hombres (89,7%) y 232 mujeres (10,3%).

Aplicando la fórmula del cálculo del error muestral para proporciones en poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95% ($1,96\sigma$).

$$e = \pm K \cdot \sqrt{\frac{N-n}{N} \cdot \frac{\sigma^2}{n}}$$

Despejando la muestra para el cálculo de la fórmula sería:

$$n = \frac{N K^2 \sigma^2}{N e^2 + K^2 \sigma^2}$$

Se había realizado la recogida de datos sobre una muestra global de 2.242 EuropASI. Con un nivel de confianza de los resultados del 95% ($p < 0,05$) y sobre un Universo estimado de 200.000 personas que actualmente se encuentran en centros de atención a problemas de adicciones (datos PNSD 2013), tenemos un Error muestral del 2,10%.

3.3. PROCESO DE ELABORACIÓN

Para la realización de este informe, al igual que en el Informe 2012, se han utilizado los datos y cuestionarios registrados en el aplicativo *PH Nemos*. *Proyecto Hombre* dispone de una herramienta que permite el procesamiento, cálculo, control de errores y contraste de los datos recogidos: PH Nemos, aplicativo informático que, a través de un formulario digitalizado, integra diferentes herramientas para la recogida y el tratamiento de la información: EuropASI, Registro Inicial de Familias /RIF& Registro Inicial de Adolescentes/RIA, Fichas de Admisión a Tratamiento, Informe Jurídico-legal y otros.

Las variables que se han estudiado directamente del PH Nemos son: edad, género, estado civil, nacionalidad, procedencia, núcleo de convivencia, problemas familiares, problemas de pareja, nivel de estudios, fuente de ingresos, deudas/problemas económicos, uso de sustancias, vía de administración, tiempo de consumo, edad de inicio de consumo, tratamientos previos, enfermedades/VIH, sobredosis/*delirium tremens*,

situación legal, antecedentes penales. Se ha analizado asimismo la información sobre Malos tratos psicológicos/emocionales, Abusos físicos/Malos tratos físicos y Abusos Sexuales. La recogida de los datos se ha hecho de forma transversal, con la información recogida en la primera pasación del EuropASI. Se puede contemplar este perfil original de datos extraídos del aplicativo PH Nemos en el anexo I.

Tras el análisis de los datos procedentes de PH Nemos realizado con SQL, se extrajo una muestra para completar el estudio con el Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) en su versión 21.0. Este análisis ha tenido un **Diseño de Investigación Cuasi-Experimental (Investigación en contextos aplicados)**, ya que “dentro del contexto cuasi-experimental, los sujetos van a parar al grupo de tratamiento y control por la propia decisión de los sujetos o por consideraciones prácticas. En consecuencia, los grupos experimental y control pueden ser diferentes y no comparables en oposición a lo que ocurre en la investigación aleatorizada” (Bono Cabré, 2012).



“

Para la realización de este informe, al igual que en el Informe 2012, se han utilizado los datos y cuestionarios registrados en el aplicativo PH Nemos.

”

Durante este análisis, se utilizaron tanto estadísticos descriptivos como tablas de contingencia (cuando se cruzaba información de dos variables diferentes) y tablas personalizadas (al cruzarse la información de más de tres variables). Los estadísticos utilizados para el análisis han sido:

- › Frecuencias: porcentajes de las diferentes categorías de respuesta en variables cualitativas.
- › Medias: valores medios de las variables cuantitativas.
- › Contraste de medias: comparación de los valores medios obtenidos en dos variables cuantitativas.
- › Coeficientes de contingencia: indicador de la asociación estadística entre las variables.
- › Anova: comparación de los valores medios obtenidos en más de dos variables cuantitativas.
- › χ^2 de Pearson: comparación de la distribución de respuestas en las diferentes categorías de dos o más variables cualitativas.
- › Prueba de muestras independientes: permiten ver diferencias en función del género (o la sustancia principal) en cada una de las variables. Se ha utilizado la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas y la T de Student: para muestras independientes.
- › Contrastes multivariados: para realizar el análisis de varias variables a la vez, se ha utilizado también estadísticos como Traza de Pillai, Lambda de Wilks, Traza de Hotelling, y la Raíz mayor de Roy.





4

Análisis de los datos

En la línea de trabajo iniciada en el último Informe del Observatorio, relativo al Ejercicio 2012, se ha tratado de analizar el perfil (o perfiles) de quienes demandan tratamiento en los centros de Proyecto Hombre, a fin de mantener, mejorar o eliminar, según proceda, un perfil general de drogodependencias.

Con este fin, se continuó ahondando en los resultados relativos a los indicadores del EuropASI, recogiendo los datos de manera transversal, aunque obviando nuevamente la posibilidad de analizar la evolución de tendencia longitudinal (Bobes, Bascarán, Bobes-Bascarán, Carballo, Mesa, Flórez, Portilla y Saiz, 2007) que seguimos deseando tratar en futuros estudios.

Nuevamente, los indicadores del EurpoASI guardaban relación con las variables: edad, género, estado civil, núcleo de convivencia, problemas familiares, problemas de pareja, nivel de estudios, fuente de ingresos, deudas/problemas económicos, uso de sustancias, vía de administración, tiempo de consumo, edad de inicio de consumo, tratamientos previos, enfermedades/VIH, sobredosis/*delirium tremens*, situación legal, antecedentes penales.

La finalidad del estudio, tal y como se ha mencionado tanto en la introducción como en el apartado metodología del presente informe, continúa siendo absolutamente pragmática, esto es, optimizar programas y servicios teniendo en cuenta las necesidades de quienes demandan tratamiento.

Tras la selección de dichos indicadores y el cierre muestral comprobamos que podíamos elaborar agrupaciones de consumidores de drogas (mediante análisis de conglomerados) utilizando las características compartidas que definen o están derivadas del consumo de sustancias (también de otros problemas adictivos, aunque en la muestra sean minoritarios). A partir de estas agrupaciones, establecemos una serie de perfiles relativamente homogéneos con patrones comunes de adicción, además de plantearnos propuestas para futuros estudios. Asimismo, a pesar de la diferencia de tamaño muestral, se ha realizado un análisis de los indicadores por género, describiendo las principales diferencias entre las personas en tratamiento en función de ser hombre o mujer.



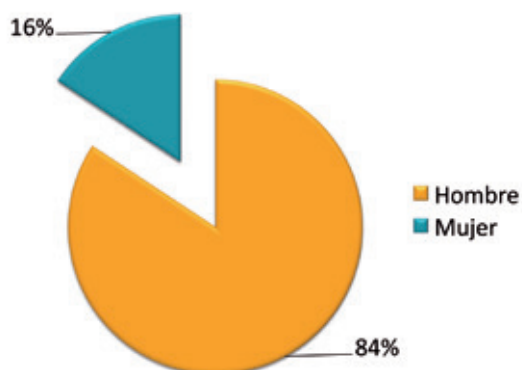
4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS GENERALES

► GENERAL

De los 2.242 EuropASI utilizados en el estudio, un 84,27% son hombres y un 15,73 % mujeres (Figura 1). Esto supone un incremento de 6 puntos en las mujeres respecto a la distribución por sexos del último informe 2012, donde un 90,9% de la muestra estaba integrada por hombres, frente a un 9,1% de mujeres.



FIGURA 23
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA MUESTRA GENERAL



La edad media se sitúa en 36,2 años (1 año superior a la muestra relativa al informe 2012), con un intervalo de edad que oscila entre los 17 y 64 años. Las frecuencias de edad se distribuyen como se describe en la tabla 5:

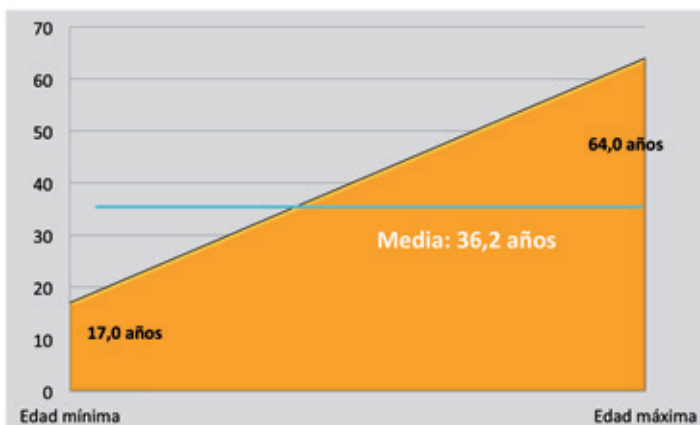
“ Se ha realizado un análisis de los indicadores por género, describiendo las principales diferencias entre las personas en tratamiento en función de ser hombre o mujer. ”



TABLA 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE EDADES AGRUPADAS DE LA MUESTRA

INTERVALO EDAD	%
18-25	13,76%
26-35	35,30%
36-45	30,71%
46-55	16,39%
56-65	3,37%
Mayor de 65	0,47%
TOTAL	100,00%

FIGURA 24
MUESTRA GENERAL-INTERVALO DE EDAD



► NACIONALIDAD

El 99% es de nacionalidad española, con porcentajes muy minoritarios de personas procedentes de otros países (sobre todo Brasil, Colombia, Portugal, Argentina y Venezuela).

► PROCEDENCIA

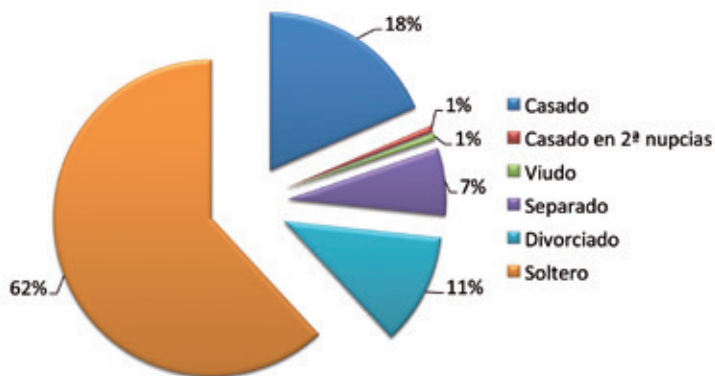
El 42,1% de las personas en tratamiento proviene de una ciudad mayor de 100.000 habitantes. El 27,7% vive en una ciudad entre 10.000-100.000 habitantes. Un 21,3% proviene del área rural.

► ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil de las personas en tratamiento estudiadas, la mayor parte está soltera en el momento de realización de la entrevista (61,88%). El resto se distribuye en casados (18,5%), divorciados (11,47%) y separados (6,86%).

A destacar el descenso en tres puntos de las personas casadas respecto al informe 2012 (que suponían el 21%), así como el incremento en 1 punto en los casos de personas separadas (que eran representadas por el 6%).

FIGURA 25
MUESTRA GENERAL ESTADO CIVIL

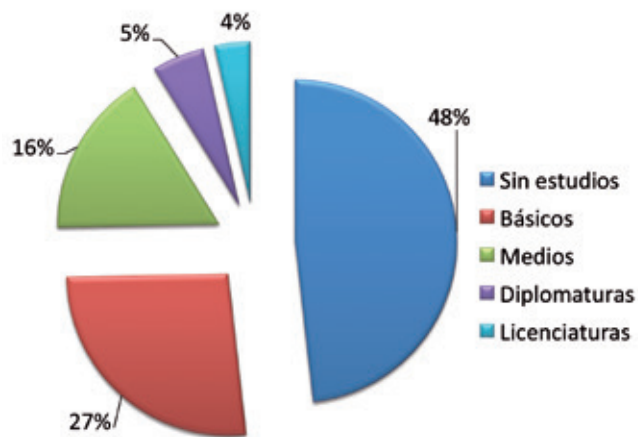


► **NIVEL DE ESTUDIOS**

El 26,49% del total de la muestra presenta únicamente estudios básicos, siendo el 48,21% las personas que no tienen estos estudios básicos, bien porque en caso de haberlos iniciado no los han finalizado o porque ni siquiera los han iniciado. La suma de estos dos supone un 74,7% de personas que no cuentan con formación básica. Las personas con estudios medios representan el 16,47%; un 5,26% son diplomados/as, y sólo un 3,57% licenciados/as universitarios/as. Estos datos suponen algunos avances respecto al informe 2012, donde las personas sin estudios suponían un 79,73%, habían alcanzado estudios medios el 14,08% y licenciaturas el 2,01%. Se observa un descenso en el caso de las diplomaturas que comporta (4,2%).



FIGURA 26
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA GENERAL SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS



► **NÚCLEO DE CONVIVENCIA**

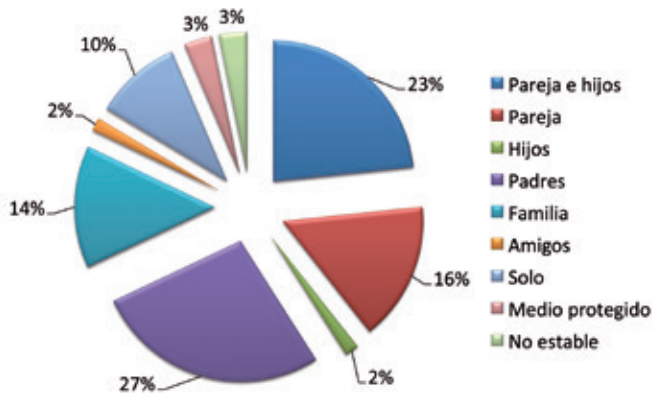
En lo referente al núcleo de convivencia de quienes demandan tratamiento, un 9,98% de ellos/as vive sólo, un 27,04% lo hace con los padres, un 23,38% con su pareja e hijos, un 16% sólo con su pareja, el 14,11% lo hace con otra familia de origen diferentes de los padres, el 3,25% lo hace en un medio protegido, el 1,59% convive sólo con los hijos y un 3,19% no mantiene un núcleo de convivencia estable.

Por tanto, ha incrementado ligeramente (0,78%, puesto que para el 2012 este valor era de 9,2%) respecto al informe 2012 el porcentaje de personas que residen solas, también han incrementado (en 2,34%, ya que en 2012 este valor era de 24,7%) el porcentaje de quienes conviven con sus padres, ha disminuido el porcentaje de quienes conviven con su pareja e hijos (23,2% para el informe 2012), y desciende ligeramente (3,3% para 2012) el número de quienes no presentaban un núcleo de convivencia estable.





FIGURA 27
MUESTRA GENERAL CONVIVENCIA DE LA PERSONA EN TRATAMIENTO

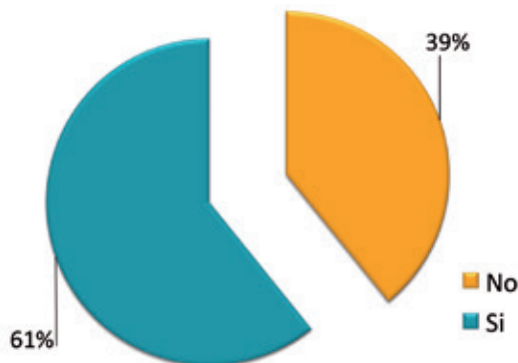


► **CONFLICTOS Y PROBLEMAS FAMILIARES**

En cuanto a la conflictividad familiar², el 60,81% manifiesta haber tenido o tener problemas serios en lo que respecta a la familia, siendo el porcentaje para los problemas con la pareja algo mayor (66,09%).

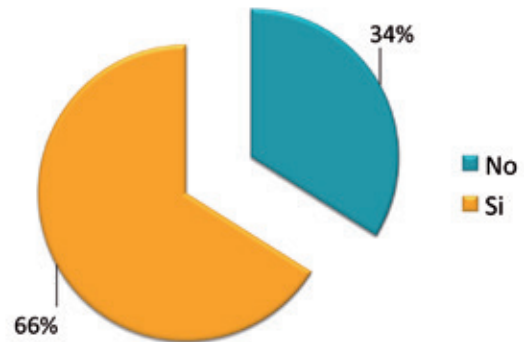
En el caso de la conflictividad con la familia de origen, el porcentaje ha disminuido respecto al informe 2012 (66,77% para dicho año).

FIGURA 28
MUESTRA GENERAL PORCENTAJE DE PERSONAS CON PROBLEMAS FAMILIARES



² Definimos "conflictos", siguiendo las indicaciones del "Manual del EuropASI" (Bobes et al., 2007) como "problemas serios de suficiente duración o intensidad como para poner en peligro la relación. Se trata de conflictos serios (disputas importantes, agresión verbal) y no simplemente diferencias de opinión. Se incluyen la falta de comunicación, falta de confianza o comprensión, hostilidad o discusiones"

FIGURA 29
MUESTRA GENERAL PORCENTAJE DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE PAREJA



► **FUENTES DE INGRESO/ PATRÓN DE EMPLEO**

El 30,34% afirma en el momento de la entrevista que su fuente de ingresos ha sido el empleo. Por su parte, el 10,66% informa de que el subsidio por desempleo ha sido su fuente de ingresos, para el 34,02% lo ha sido su familia de origen, en un 11,62% lo han sido las prestaciones sociales o sanitarias, y para el 6,20 % la Ayuda Social.

En cuanto al porcentaje de casos en que fuentes "marginales" les reportaron los principales ingresos, sólo en el 2,59% de los casos conforma la fuente de ingresos las actividades ilegales y en el 0,36% la prostitución.

Desciende, por tanto respecto a 2012, el porcentaje de quienes percibían un salario del empleo remunerado (siendo este valor para 2012 del 35,3% de la muestra con empleo remunerado), incrementando el porcentaje de quienes reciben ayuda de la red primaria de apoyo (esta valor para 2012 era de 30,7%) y las prestaciones sociales pensiones o seguridad social (siendo en este caso el 9,6% para 2012).



FIGURA 30
ANÁLISIS DE LA FUENTE DE INGRESO
MUESTRA GENERAL

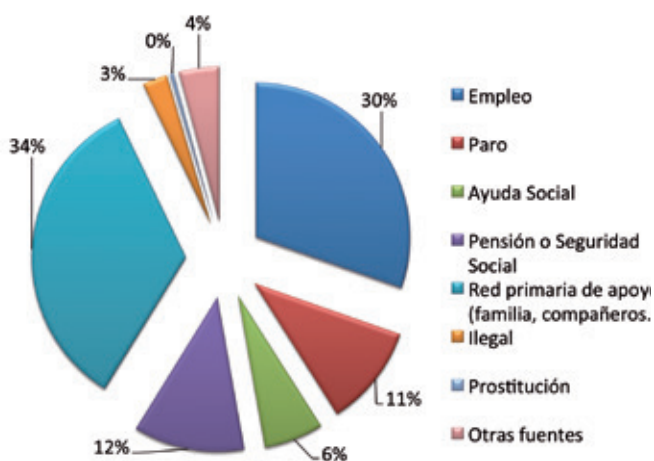
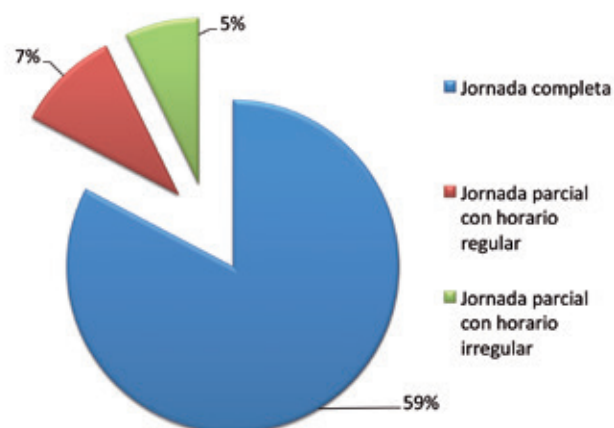


FIGURA 31
MUESTRA GENERAL PORCENTAJE RESPECTO
A JORNADA LABORAL



Sobre el Patrón de empleo, en la tabla 6 podemos observar como más de la mitad de la muestra se encuentra trabajando a tiempo completo, seguida de quienes se encuentran en situación de desempleo o ejercen tareas de “amas de casa”.

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EMPLEO/SITUACIÓN
LABORAL-ACADÉMICA

MODALIDAD	%
Tiempo completo	59,29%
Tiempo parcial (horario regular)	7,22%
Tiempo parcial (horario irregular/temporal)	5,18%
Estudiante	2,41%
Servicio militar	0,05%
Retirado/Invalidez	3,09%
Desempleo/Ama de casa	19,57%
Ambiente protegido	3,19%
TOTAL	100,00%



En cuanto a los problemas económicos la muestra se divide de manera prácticamente equitativa entre quienes manifiestan tenerlos (49,52%) y quienes afirman no encontrarse en dicha situación (50,58%).

En esta variable los datos actuales difieren en 1 punto respecto al informe 2012, donde informaba que si tenía problemas un 48,56%, frente al 51,44% que referían no tener dichos problemas.

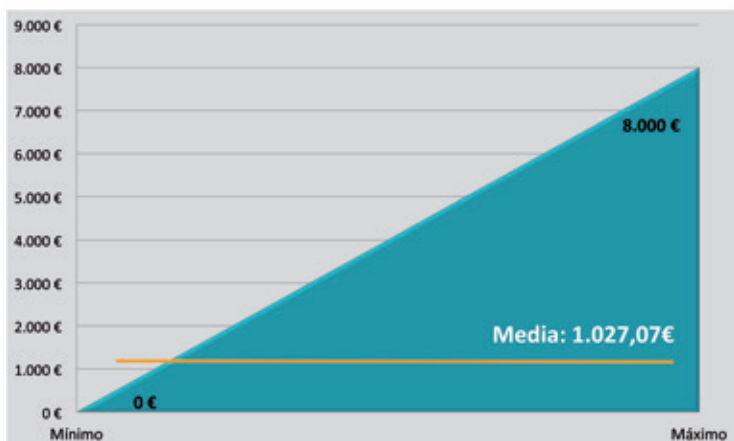
Respecto a los ingresos mensuales percibidos la variabilidad es elevada, pudiendo establecerse un promedio de 1.027,07€, lo que representa 175,77€ menos que respecto al informe 2012 (donde el promedio se situaba en 1.202,84€).



FIGURA 32
MUESTRA GENERAL PORCENTAJE DE PERSONAS CON PROBLEMAS ECONÓMICOS



FIGURA 33
MUESTRA GENERAL SALARIO



La sustancia más consumida, exclusivamente o con otras drogas, es el alcohol (40,36%).



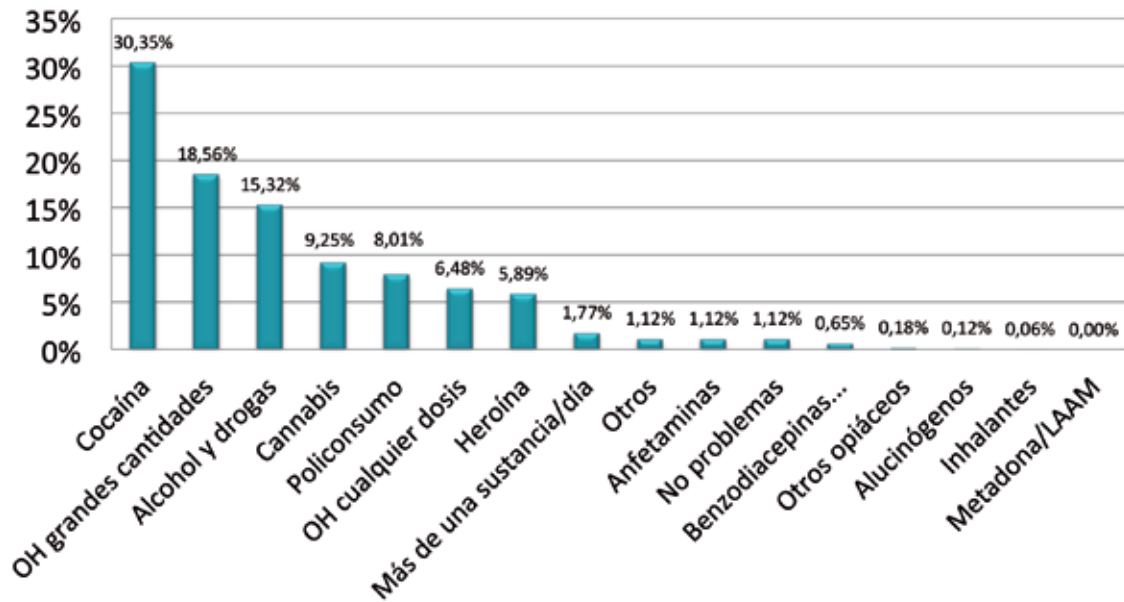
► USO DE SUSTANCIAS

En lo referente a la sustancia de consumo principal por la que se solicita tratamiento:

- La sustancia más consumida, exclusivamente o con otras drogas, es el alcohol (40,36%), tanto personas que reconocen tener un problema con el consumo de alcohol (ya sean grandes cantidades como alcohol en cualquier dosis) como los que consumen alcohol y otras drogas. En este caso el porcentaje desciende en 1,34% respecto al informe 2012 (41,7%).
- La segunda sustancia por la que las personas acuden a los programas demandan tratamiento es la cocaína (30,35%), lo que supone un ligero descenso frente al informe 2012 (donde el 31,4% afirmaban demandar tratamiento señalando la cocaína como sustancia principal).
- El tercer puesto lo ocupa el cannabis (9,25% frente al 7,06% en 2012), seguido de quienes se declaran "policonsumidores" (9,71% frente al 12,89% en 2012). Esta categoría incluye a quienes informan de "policonsumo" como problema, y a quienes afirman consumir más de una sustancia/día.
- En un menor porcentaje encontramos la heroína (5,89% frente al 5,1% en 2012), las anfetaminas (1,12 frente al 0,8% en 2012), otras sustancias sin especificar (1,12% frente al 1,01% en 2012) y las benzodiacepinas (0,65%, siendo el porcentaje en 2012 de 0,59%).
- En relación a otras sustancias encontramos una escasa incidencia (0,18 para otros opiáceos, 0,12 para los alucinógenos, 0,06% para los inhalantes).



FIGURA 34
PORCENTAJES DE USO DE SUSTANCIAS PARA LA MUESTRA GENERAL

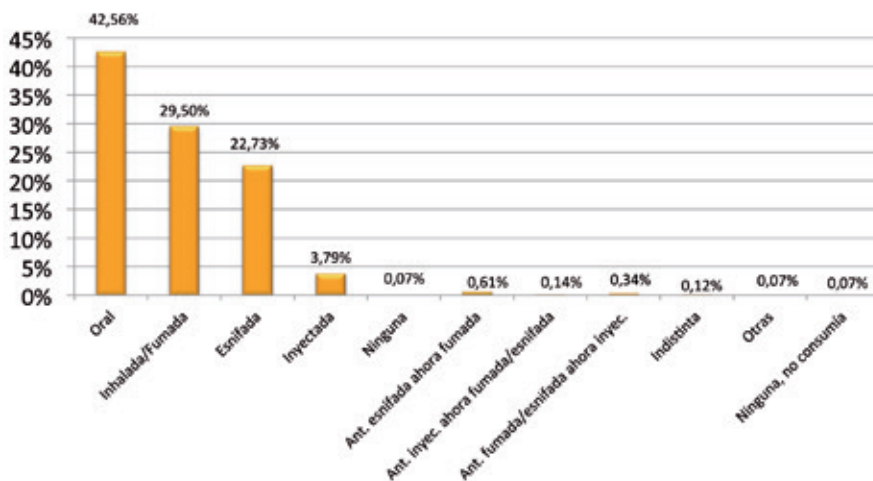


Las vías de administración más frecuentes son: oral (42,56 frente al 43,1% para 2012), inhalada/fumada (29,50 frente al 30,8% en 2012) y esnifada (22,73% frente al 19,9% en 2012). La vía parenteral (inyectada) apenas presenta una incidencia del 3,79% (frente al 4,96% de 2012).

La edad media de inicio de consumo problemático de la sustancia principal por la que se demanda tratamiento es de 19,55 años (frente a 19,82 años en 2012).

El tiempo medio de consumo antes de solicitar tratamiento, medido en años, es de 14,95 (frente a los 13,4 años que encontrábamos en la muestra 2012).

FIGURA 35
PORCENTAJES DE VÍA DE ADMINISTRACIÓN MUESTRA GENERAL



“ La edad media de inicio de consumo problemático de la sustancia principal por la que se demanda tratamiento es de 19,55 años. ”

FIGURA 36
EDAD DE INICIO EN CONSUMO MUESTRA GENERAL

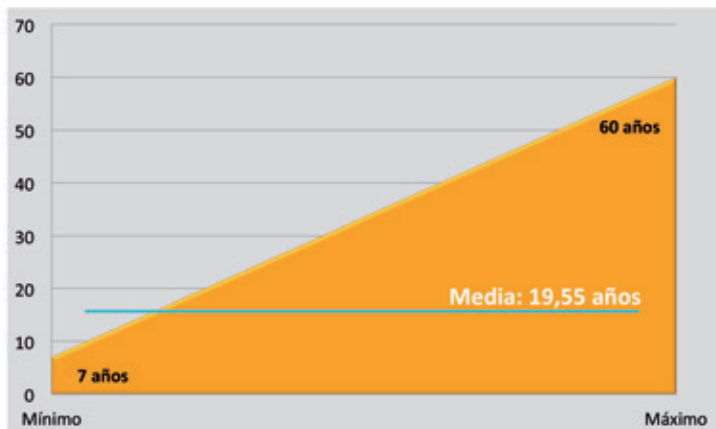
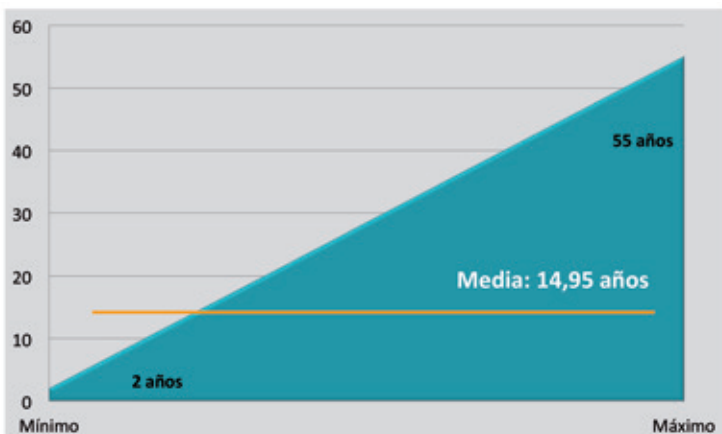


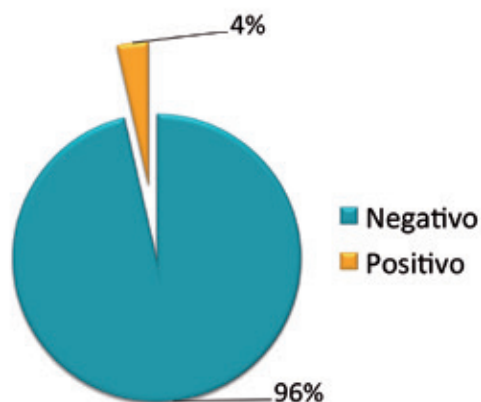
FIGURA 37
AÑOS DE CONSUMO MUESTRA GENERAL



► **SALUD**

Sobre los indicadores de salud y enfermedades, destacamos que sólo el 3,58% de quienes demandan tratamiento (frente al 4,21% de 2012) refieren presentar un resultado positivo en el análisis de VIH, teniendo una analítica realizada en los seis meses previos al inicio del tratamiento.

FIGURA 38
INCIDENCIA VIH MUESTRA GENERAL



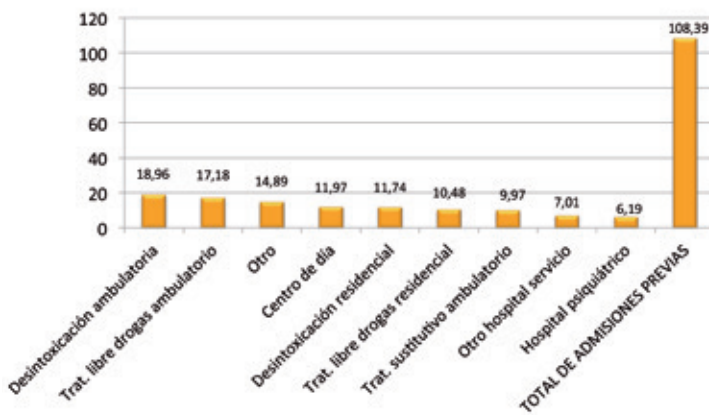
En cuanto a la frecuencia con que las personas en tratamiento han sufrido sobredosis o *delirium tremens*, para el total de la muestra, se ha obtenido una media de 0,5 episodios para cada uno de estos episodios críticos (0,47% sobredosis, en este caso el dato es prácticamente idéntico a los resultados 2012; 0,49% en el caso de *delirium tremens*, frente al 0,5% para 2012).



Respecto a las admisiones previas a tratamiento, el porcentaje de la muestra que ha recibido, o recibe en paralelo, tratamiento en otros recursos de la red es de un 4,83% (frente al 3,10% que se observaba en el informe 2012), siendo los tratamientos ambulatorios los de mayor incidencia, y el primero de estos la desintoxicación ambulatoria (al igual que en el ejercicio 2012), seguido del tratamiento libre de drogas ambulatorio, otros tratamientos (sin especificar), el centro de día y la desintoxicación residencial (que asciende un puesto respecto a 2012).

El total acumulado de admisiones previas de la muestra incrementa respecto a 2012 (108 en 2013 frente a 99 en 2012).

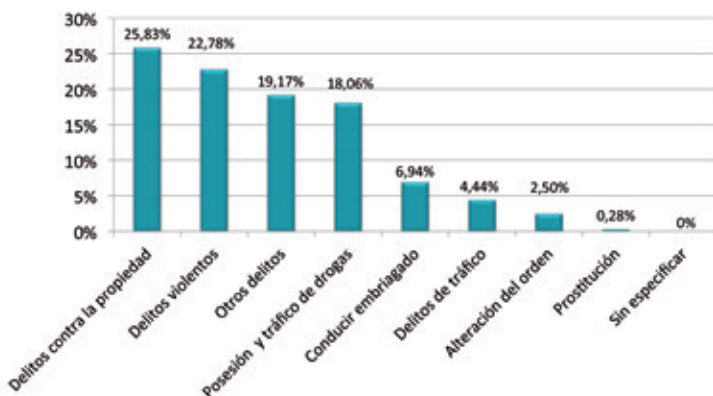
FIGURA 39
ADMISIÓN A TRATAMIENTO PREVIOS (PUNTUACIÓN DIRECTA ACUMULADA DE ASISTENCIAS A TRATAMIENTO)³



► SITUACIÓN LEGAL

El 25,78% de la muestra afirma haber cometido delitos tipificados en, al menos, una ocasión (frente al 34,5% de 2012), siendo los delitos contra la propiedad los de mayor prevalencia.

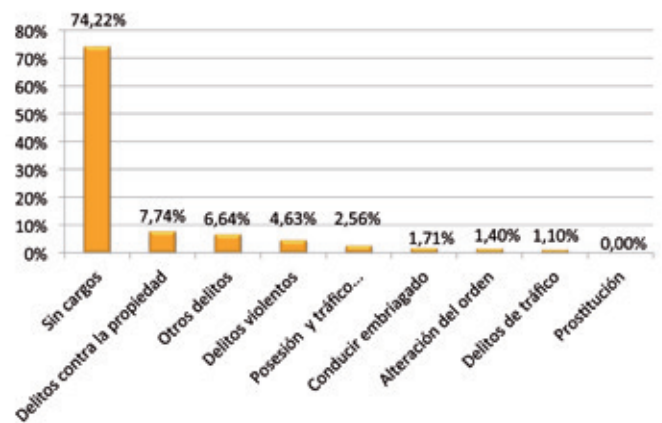
FIGURA 40
MUESTRA GENERAL MOTIVOS DE CONDENA



³ Obtenido mediante fórmula: Sumatorio nº total correspondiente al recurso/nº total EuropASI

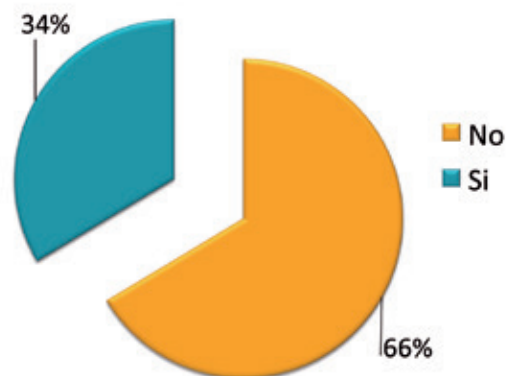
En el momento de realización del tratamiento, la mayoría de las personas atendidas (74,22 frente al 74,8% para 2012) declaraban encontrarse sin cargos. Los delitos más frecuentes por los que han sido acusados quienes sí tenían cargos son: delitos contra la propiedad (7,74% para 2013 frente al 7,63% para 2012), otros delitos (6,64% frente al 5,46% para 2012), delitos violentos (4,63% frente a 3,99% en 2012), posesión y tráfico de drogas (2,56% frente al 3,71 de 2012%). Respecto a los delitos relacionados con la conducción y el tráfico el 2,81% afirma tener cargos al respecto (frente al 2,97 de 2012).

FIGURA 41
MUESTRA GENERAL SITUACIÓN LEGAL EN MOMENTO DE ENTREVISTA



Respecto a la estancia en prisión, el porcentaje de personas que se han encontrado privadas de libertad (33,60%) desciende en 0,79% puntos frente al porcentaje observado en 2012 (34,39%).

FIGURA 42
MUESTRA GENERAL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HAN ESTADO EN PRISIÓN



4.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS POR SEXO

► GENERAL

Como ya se ha presentado en la Figura 1 del presente informe la proporción de hombres-mujeres de la muestra analizada presenta, si bien en menor medida que para la muestra de 2012 (donde la proporción de mujeres era menor en un 7%), un sesgo en cuanto a la homogeneidad de los datos correspondientes a los grupos. Por tanto, los datos desgregados en función de la variable "sexo", han de ser estudiados teniendo en cuenta esta posible limitación. No obstante, estimamos importante el análisis por sexos, teniendo en cuenta que es algo relativamente usual en el análisis de datos sociodemográficos relativos al tercer sector (Romo, 2006).

Las mujeres superan en 1 año a los hombres, siendo las edades de ambos grupos superiores a las de la muestra 2012 (donde los valores eran de una media de edad de 36,6 años para las mujeres frente a 35,4 años para los hombres).

FIGURA 43
MEDIA DE EDAD COMPARATIVA POR SEXO

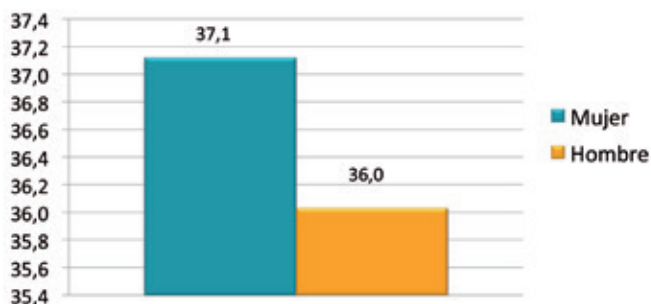
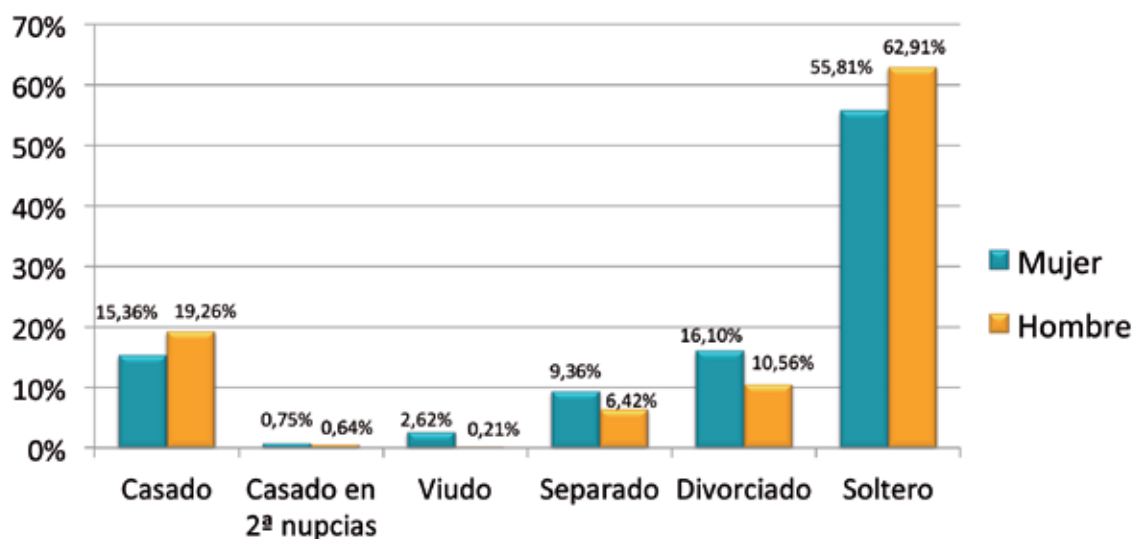


FIGURA 44
COMPARATIVA POR SEXO ESTADO CIVIL



► ESTADO CIVIL

El porcentaje relativo a mujeres casadas (15,36% frente al 19,74% en 2012) es menor que el de hombres en la misma situación (19,26%, frente al 20,83% del ejercicio 2012). Así también, los hombres solteros (62,91% frente al 61,43% del ejercicio 2012) suponen un porcentaje mayor que las mujeres en la misma condición (55,81% frente al 50,38% de 2012).

En el caso de divorcio o separación, las proporciones se invierten, siendo superior para las mujeres tanto el porcentaje de separadas (9,36% de mujeres frente al 6,42% de los hombres; manteniéndose prácticamente la distancia entre valores como en 2012 (donde las proporciones fueron de 9,92% en las mujeres frente al 6,20% en el caso de los hombres), acercándose más que en 2012 los porcentajes en el caso de personas divorciadas (16,10% en las mujeres, 10,56% en los hombres; frente al 18,70% de las mujeres en 2012, y 10,03% para los hombres en el mismo año).

A destacar que el porcentaje de viudas que demanda tratamiento (2,62% de mujeres) supone un porcentaje algo menor que en el informe 2012 (3,05% de mujeres viudas).



► NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel de estudios, podemos hablar de diferencias significativas en el caso de los estudios básicos, donde la muestra de hombres (27,24% de hombres informan haber superado los mismos), supera en 4 puntos a la muestra de mujeres (23,08%).

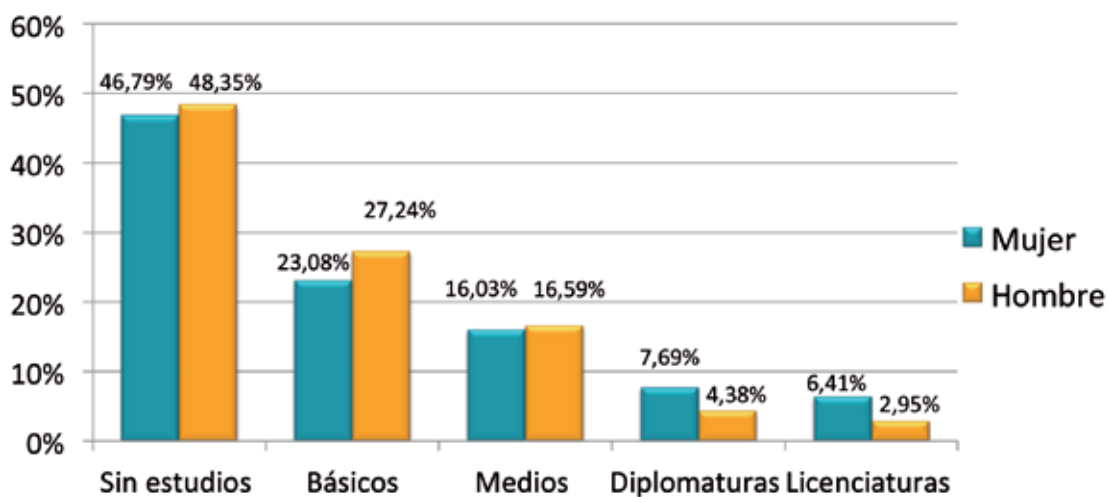
El porcentaje se invierte en lo relativo a los estudios superiores, donde las mujeres presentan porcentajes más altos en las categorías de diplomatura (un 7,69% de mujeres frente al 4,38% de hombres) y licenciatura (6,41% frente al 2,95% de hombres). En ambos casos las mujeres incrementan su presencia en ambas categorías respecto al 2012 (donde los valores fueron de 3,78% para la primera y 3,24% para la segunda). También es relevante el hecho de que en el pasado informe 2012 las mujeres no superasen a los hombres en la categoría diplomatura (3,78% de mujeres frente a 4,20% de hombres), y en 2013 incrementen su presencia en casi 4 puntos y prácticamente dupliquen a los hombres. Algo similar sucede en el caso de las mujeres licenciadas.

► NÚCLEO DE CONVIVENCIA

En cuanto al núcleo de convivencia, en la modalidad de convivencia con “pareja e hijos”, “familia (otros familiares)”, “amigos” y “solo”, no podemos hablar de diferencias significativas. Estas categorías mantienen valores relativamente similares a los del informe 2012, si bien en 2013, incrementa ligeramente respecto al mismo el porcentaje de mujeres que conviven con otros familiares (13,86% en 2013, frente a 11,49% en 2012), el de las mujeres que informan no poseer un domicilio estable (6,37% frente al 3,45% de 2012), y el de quienes informan residir solas (10,11% frente al 9,58% de 2012). Tampoco se observan diferencias en lo referente a quienes conviven en medio protegido (3,00% de mujeres frente al 3,27% de hombres), si bien hay un incremento respecto a los valores observados en 2012 para el grupo de mujeres (cuyo valor fue de 0,38%), y un descenso en el caso de los hombres (5,17% en 2012).



FIGURA 45
COMPARATIVA POR SEXO NIVEL DE ESTUDIO



Sí se observan diferencias significativas en las categorías (por orden de distancia entre los porcentajes): convivencia con “padres” (17,23% para mujeres, 28,83% para hombres; frente a los valores más próximos de 2012: 20,31% para las primeras y 25,14% para los segundos); convivencia con “hijos” (7,12% de mujeres frente al 0,57% de hombres; siendo los valores para 2012 14,94% y 1,34% respectivamente); y, por último, en los que conviven con su “pareja” (19,10% de mujeres, frente al 15,30% de hombres), invirtiéndose los porcentajes respecto al 2012 (donde los valores fueron 16,09% para mujeres y 18,41% para hombres).

Por último es destacable el incremento respecto a 2012 en el caso de las mujeres que residen en un domicilio “no estable (sin techo, residencias ocasionales)”, siendo el porcentaje de mujeres en 2013 de 6,37% (2,45% en 2012). El porcentaje de hombres desciende ligeramente (2,63% de hombres en 2013 frente al 3,21% en 2012).

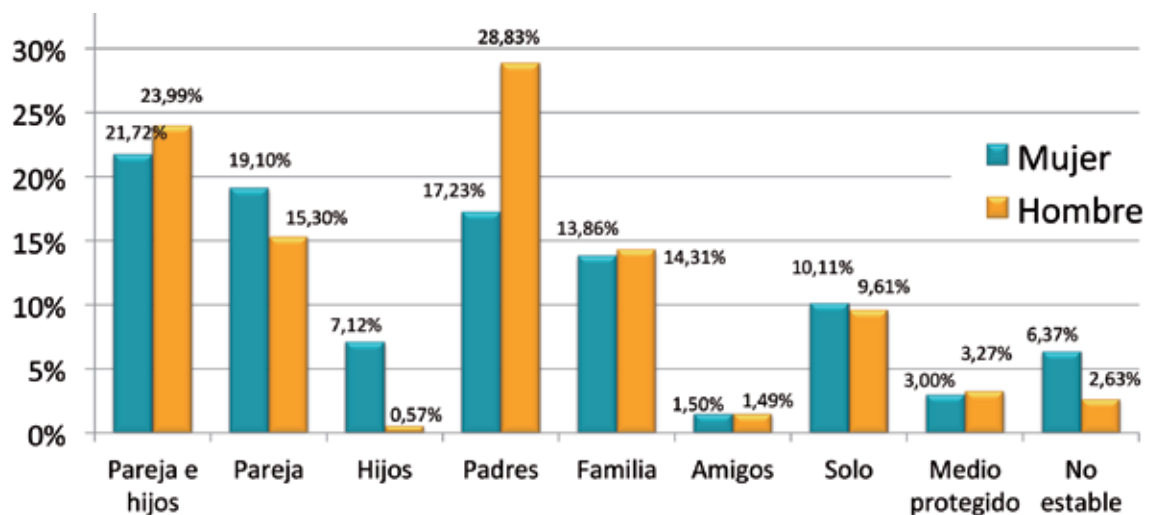
simplemente diferencias de opinión. Se incluyen la falta de comunicación, falta de confianza o comprensión, hostilidad o discusiones.” (Bobes et al., 2007).

Respecto a esta variable, podemos afirmar que encontramos diferencias significativas en el porcentaje de personas, disgregado por sexo, que afirman percibir dichos problemas.

Así, respecto a la percepción de problemas con la familia se observan diferencias entre ambos sexos, siendo el porcentaje de hombres que informa de la existencia de dichos problemas un 41,30%, frente al 28,40% de mujeres. En relación a la medición efectuada respecto a la misma variable en el ejercicio 2012, se observa un descenso y una inversión de porcentajes (ya en que en 2012 el porcentaje era del 79,4% en mujeres y el 66,3% para hombres).



FIGURA 46
COMPARATIVA POR SEXO NÚCLEO DE CONVIVENCIA

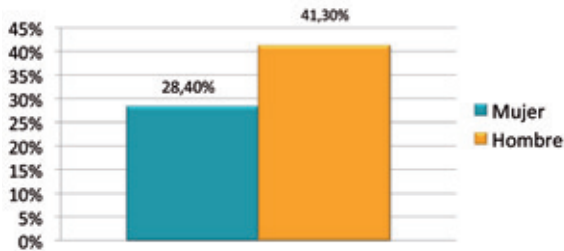


► CONVIVENCIA Y PROBLEMAS FAMILIARES

Cuando hablamos de “problemas”, siguiendo las indicaciones del Manual de aplicación del EuropASI (Bobes et al., 2007), hablamos de “Problemas serios de suficiente duración o intensidad como para poner en peligro la relación. Se trata de conflictos serios (disputas importantes, agresión verbal) y no

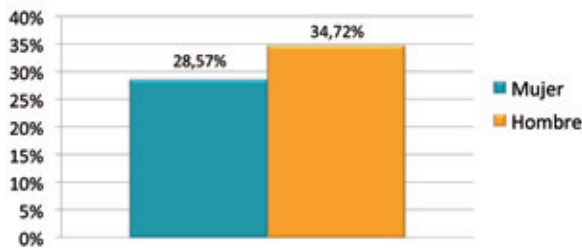
“
Es destacable el incremento respecto a 2012 en el caso de las mujeres que residen en un domicilio “no estable”.
”

FIGURA 47
COMPARATIVA POR SEXO PROBLEMAS FAMILIARES



Lo mismo sucede en el caso de la percepción de problemas de pareja, se invierten los valores y descienden los porcentajes (28,57% de mujeres informan de la existencia de dichos problemas, frente al 34,72% de hombres; siendo los valores en 2012 del 72,37% para mujeres, y el 66,92% para hombres).

FIGURA 48
COMPARATIVA POR SEXO PROBLEMAS DE PAREJA



► **FUENTE DE INGRESOS**

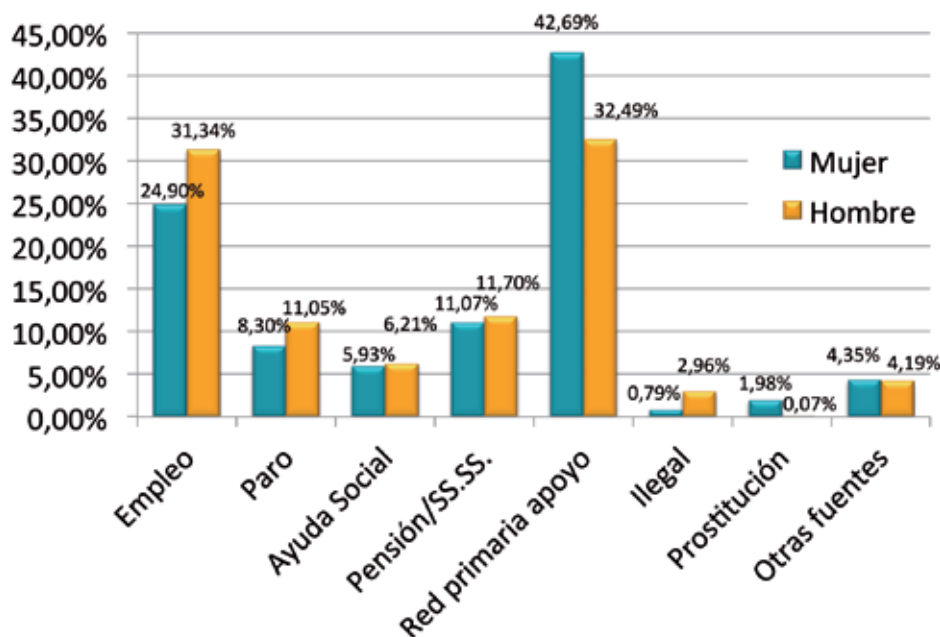
En lo que respecta a la fuente de ingresos podemos hablar de diferencias en cuanto a la red primaria de apoyo como sustento económico (42,69% de mujeres frente al 32,49% de hombres), así como en el caso del empleo (24,90% en el caso de las mujeres frente al 31,34% de hombres). En relación al 2012, parece que las mujeres precisan más del soporte de la red primaria de apoyo (en el pasado informe el porcentaje era de 31,58%), y que descienden los porcentajes de quienes perciben sus ingresos del empleo (los valores eran del 29,15% para mujeres y de 35,89% para hombres).

También se invierten en relación a 2012 los valores para los parámetros “paro”, “pensión/SS.SS.”, “ilegal” y “otras fuentes”, donde las mujeres descienden en porcentaje.

No sucede lo mismo para el campo “prostitución”, donde el porcentaje de mujeres incrementa (1,98% en 2013, frente 0,40% en 2012).



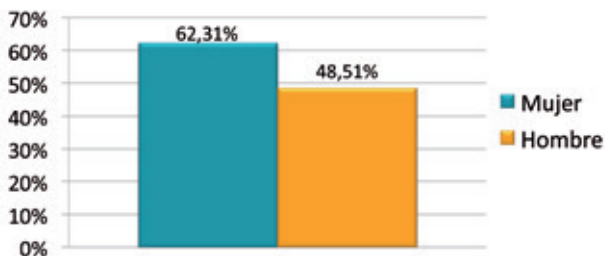
FIGURA 49
COMPARATIVA POR SEXO FUENTE DE INGRESOS



En cuanto a los problemas económicos, las mujeres informan en un porcentaje mayor de la existencia de dichos problemas (62,31% de mujeres frente al 48,51% de hombres), invirtiéndose los valores respecto a 2012 (donde las mujeres representaban el 32,26%, frente a los hombres que informaban de dichos problemas en un 49,61%).



FIGURA 50
COMPARATIVA POR SEXO PROBLEMAS ECONÓMICOS

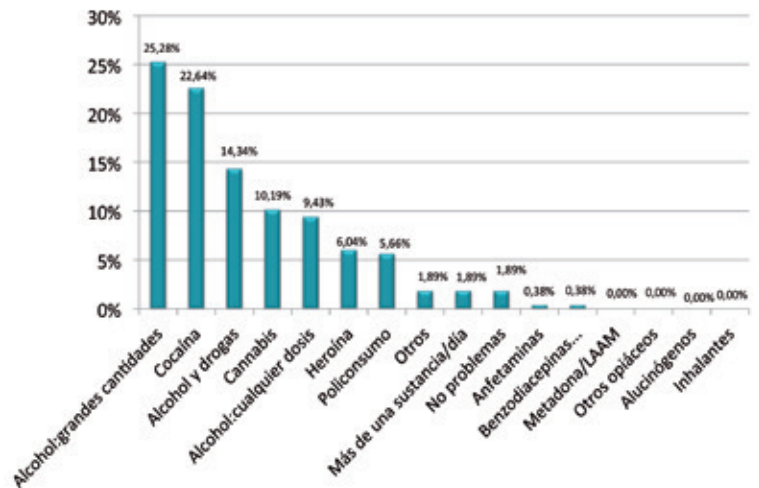


► USO DE SUSTANCIAS

Observando la muestra en función de cada categoría según la variable sexo, las mujeres demandan tratamiento en mayor medida por problemas con el alcohol (34,71%, sea ingerido en grandes cantidades o en cualquier dosis), seguido de la cocaína (22,64), el alcohol y otras drogas (14,34%), el cannabis (10,19%), el policonsumo (5,66), la heroína (6,04), más de una sustancia/día sin ser identificado como "policonsumo" (1,89%) y adicciones sin sustancia (1,89%), otros consumos (1,89%), las anfetaminas (0,38), y las benzodiacepinas (0,38%).

En relación a los datos de 2012, el consumo de alcohol como sustancia única aumenta (32,80% para 2012, sea ingerido en grandes cantidades o en cualquier dosis), el de cocaína disminuye (25,87% para 2012), el de alcohol y otras drogas disminuye (18,15% para 2012), el de cannabis aumenta (6,18% para 2012), el policonsumo aumenta (3,47% para 2012), el de heroína aumenta (3,86% para 2012), el de adicciones sin sustancia aumenta (0,77% para 2012), consumir más de una sustancia/día sin ser identificado como "policonsumo" desciende (2,70% para 2012), otros consumos disminuyen (2,70% para 2012), el consumo de anfetaminas disminuye (3,09% para 2012), y, por último, el consumo de benzodiacepinas desciende (1,54% para 2012).

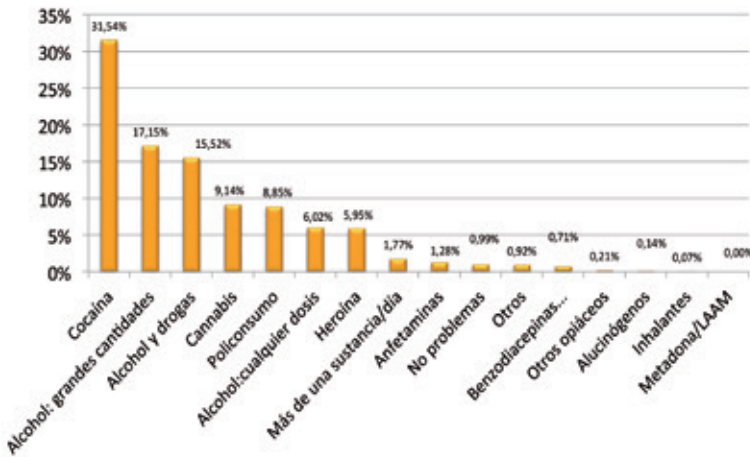
FIGURA 51
COMPARATIVA POR SEXO SUSTANCIA PRINCIPAL
MUJER



Respecto a los hombres, demandan tratamiento en mayor medida por problemas con la cocaína (31,54%), seguida del alcohol (23,17%, sea ingerido en grandes cantidades o en cualquier dosis), el alcohol y otras drogas (15,52%), el cannabis (9,14%), el policonsumo (8,85%), la heroína (5,95%), más de una sustancia/día sin ser identificado como "policonsumo" (1,77%), las anfetaminas (1,28%), adicciones sin sustancia (0,99%), otros consumos (0,92%), las benzodiacepinas (0,71%) y otros opiáceos (0,21%), los alucinógenos (0,14%), y, por último, los inhalantes (0,07%).

En relación a los datos de 2012 para hombres, el consumo de alcohol como sustancia única aumenta ligeramente (22,4% para 2012, sea ingerido en grandes cantidades o en cualquier dosis), el de cocaína prácticamente se mantiene (31,94% para 2012), el de alcohol y otras drogas disminuye (18,48% para 2012), el de cannabis aumenta (7,13% para 2012), el policonsumo disminuye (10,62% para 2012), el de heroína prácticamente se mantiene (5,18% para 2012), consumir más de una sustancia/día sin ser identificado como "policonsumo" prácticamente se mantiene (1,76% para 2012), otros consumos disminuyen ligeramente (0,48% para 2012), el consumo de anfetaminas aumenta (0,84% para 2012), adicciones sin sustancia aumenta ligeramente (0,31% para 2012), las benzodiacepinas prácticamente se mantienen (0,50% para 2012), otros consumos prácticamente se mantienen (0,84% para 2012), otros opiáceos prácticamente se mantienen (0,08% para 2012), los alucinógenos prácticamente se mantienen (0,04% para 2012), y, por último, los inhalantes tienen una ligera aparición (0,00% para 2012).

FIGURA 53
COMPARATIVA POR SEXO SUSTANCIA PRINCIPAL
HOMBRE



Si analizamos la muestra comparando la sustancia principal por la que se demanda tratamiento en función de la variable sexo, se observan diferencias significativas en lo que se refiere al consumo de cocaína (22,64% de mujeres frente al 31,54% de hombres), el alcohol en grandes cantidades (25,28% para las mujeres frente a 17,15% para los hombres), en el consumo de alcohol en cualquier dosis (9,43% para mujeres frente a 6,02% para hombres), y el policonsumo (5,66% en mujeres frente al 8,58% en hombres).

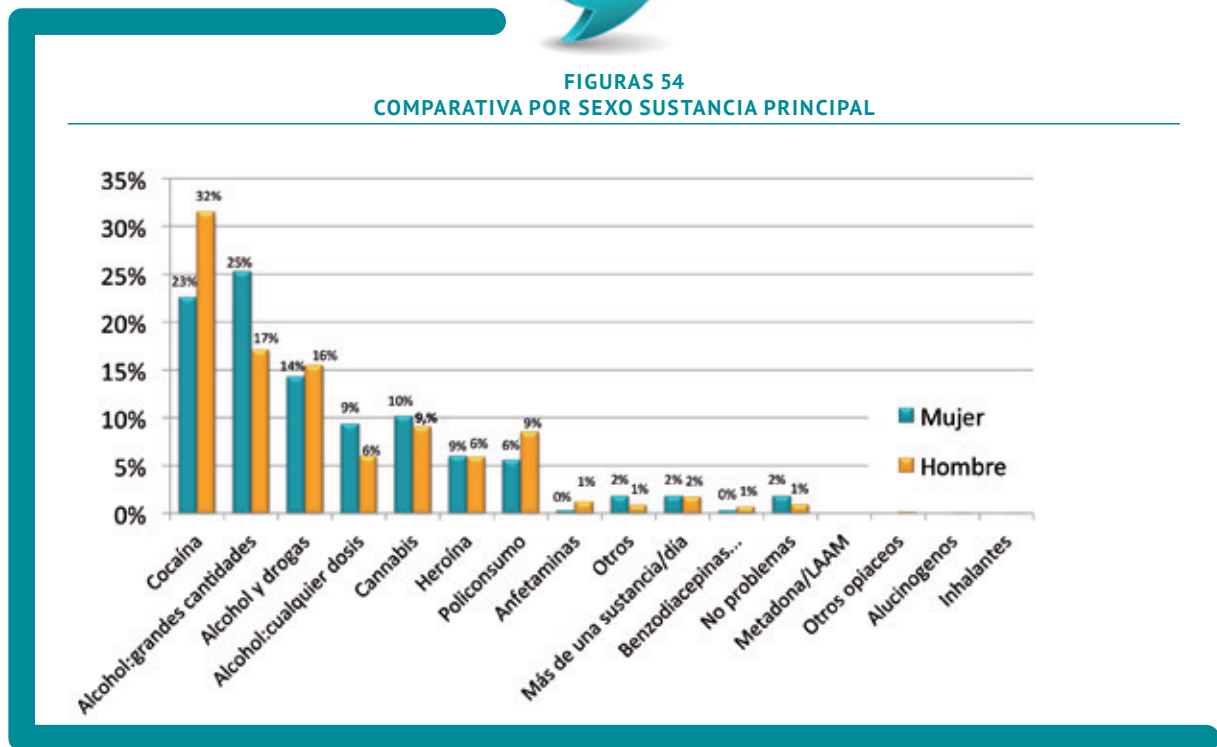
En cuanto a las vías de administración de la sustancia principal por la que se demanda tratamiento, la oral es la vía más habitual para ambos sexos (40,96% para mujeres y 50,43% para hombres), seguida de la inhalada/fumada (29,31% en el caso de las mujeres, y 29,47% en el caso de los hombres), la nasal/esnifada (16,81% para mujeres, y 23,94% para hombres), y, por último, la inyectada, con una mayor prevalencia en hombres (2,59% de mujeres y 4,07% en hombres).

En relación a los datos de 2012, los datos se repartían de manera similar en el caso de la vía en ambos casos la oral (53,78% de mujeres y 42,07% de hombres), difiriendo en la nasal/esnifada como segunda elección en ambos casos (23,11% para mujeres y 31,75% para hombres), así también para la vía inhalada/fumada (20,89% para mujeres y 19,50% para hombres), situándose igualmente en último lugar la vía inyectada (1,33% para mujeres y 5,36% para hombres).

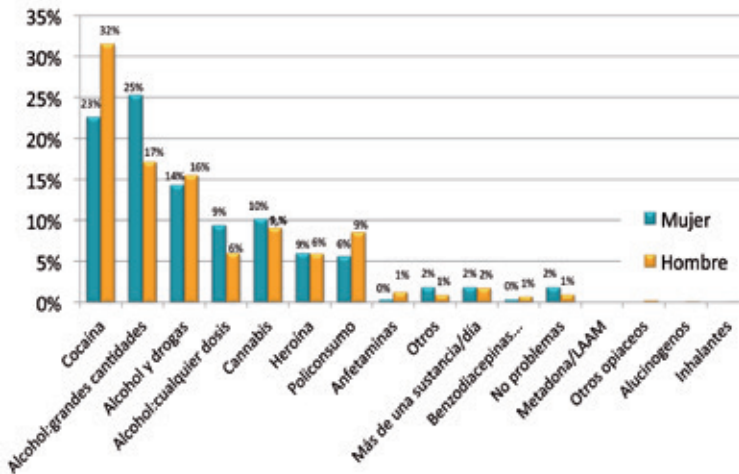
“ Las vías de administración de la sustancia principal por la que se demanda tratamiento, la oral es la vía más habitual para ambos sexos. ”



FIGURAS 54
COMPARATIVA POR SEXO SUSTANCIA PRINCIPAL



**FIGURA 55
COMPARATIVA POR SEXO VÍA ADMINISTRACIÓN**

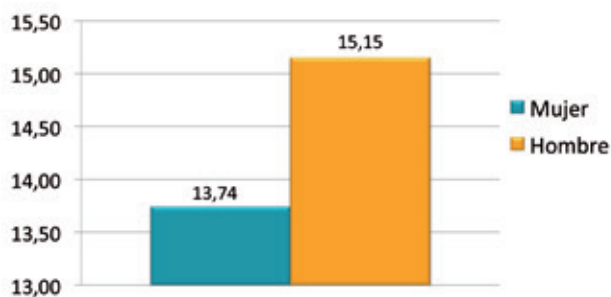


El tiempo medio de consumo⁴ en mujeres es 1,41 años menor que en el caso de los hombres.

En esta ocasión los valores se invierte, en relación a 2012 (14,15 años para mujeres y 13,63 años para hombres en el citado ejercicio).

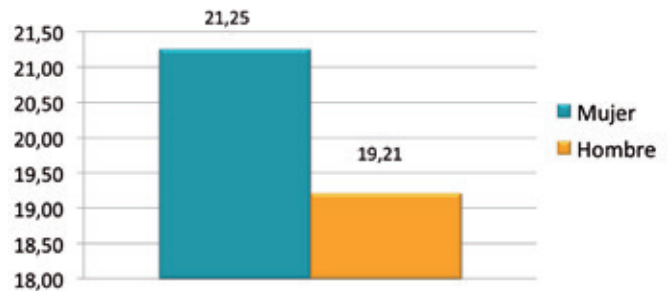
Respecto a la media de edad en el inicio del consumo de la sustancia principal continúa, al igual que en 2012, siendo mayor en las mujeres (21,25 años en 2013) respecto de los hombres (19,21 años en 2013), manteniéndose prácticamente ambos valores respecto a 2012 (donde las edades media de inicio en el consumo fueron de 21,76 años para las mujeres frente a 19,59 años en el caso de los hombres).

**FIGURA 56
COMPARATIVA POR SEXO TIEMPO MEDIO DE CONSUMO**



4 Antes de iniciar el tratamiento en los centros de Proyecto Hombre durante el año 2013.

**FIGURA 57
COMPARATIVA POR SEXO EDAD INICIO CONSUMO**

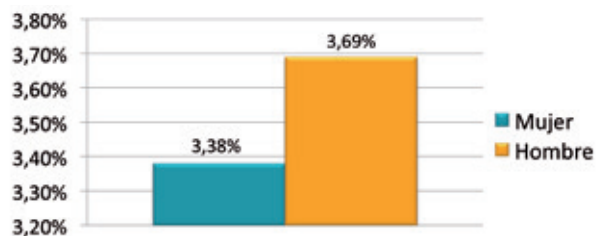


► SALUD

Dentro del porcentaje de prevalencia del VIH-SIDA entre las personas en tratamiento implicadas en el estudio (3,58%), la población femenina presenta dicha patología en un menor porcentaje (3,38%) que la población masculina (3,69%).

Comparando estos valores con 2012, se observa un incremento en el porcentaje de mujeres (1,03% para 2012), y un descenso en el de los hombres (4,55% para 2012).

**FIGURA 58
COMPARATIVA POR SEXO VIH**



No se observan diferencias significativas en lo referente a episodios de sobredosis (0,38 episodios para mujeres, 0,55 episodios para hombres) o *delirium tremens* (0,31 para mujeres, 0,51 para hombres).

**FIGURA 59
COMPARATIVA POR SEXO SOBREDOSIS**



FIGURA 60
COMPARATIVA POR SEXO EDAD DELIRIUM TREMENS



Sobre las admisiones a tratamiento previas, los hombres han accedido un mayor número de veces en relación a las mujeres, si bien la diferencia es de apenas 10 casos/ ocasiones.

El tratamiento al que en más ocasiones se ha accedido es la desintoxicación ambulatoria, seguida del tratamiento libre de drogas ambulatorio, otros tratamientos no especificados, la desintoxicación residencial, el centro de día, el tratamiento sustitutivo ambulatorio, el tratamiento libre de drogas residencial, el hospital psiquiátrico, y, por último, otros hospitales.

Respecto a los valores de 2012, encontramos un mayor número de admisiones previas a tratamiento, si bien en el caso de los hombres el valor incrementa en mayor medida (110,11 casos en 2013 frente a 99,98 casos en 2012, para hombres).

En cuanto al nº de admisiones previas en 2012 distribuidas en diferentes recursos, también la primera categoría es la desintoxicación ambulatoria, la segunda el tratamiento libre de drogas ambulatorio, y la tercera otros tratamientos no especificados, observando alteración en el orden restante respecto a 2013, siendo el orden en 2012: el tratamiento sustitutivo ambulatorio, el centro de día, la desintoxicación residencial, el tratamiento libre de drogas residencial, otro hospital/ servicio, y, por último, el hospital psiquiátrico.

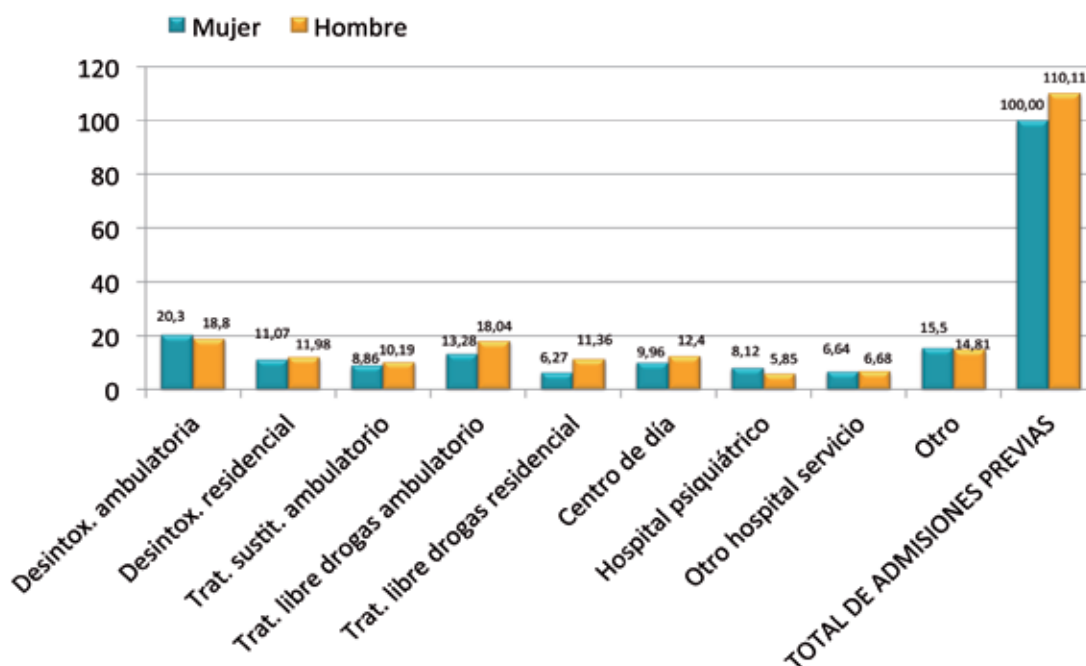
► SITUACIÓN LEGAL

En cuanto al porcentaje de población que ha cometido delitos tipificados se observa una mayor prevalencia en la población masculina que ha cometido delitos tipificados (27,37%), en relación a la femenina (18,04%). En ambos casos, los valores han incrementado ligeramente respecto al 2012 (26,17% para hombres y 15,08% para mujeres), si bien es en el caso de las mujeres donde se produce un mayor incremento.

A pesar de lo anterior, parece elevado el porcentaje de personas de ambos grupo que se encuentra sin cargos (81,96% para mujeres y 72,63% para los hombres).

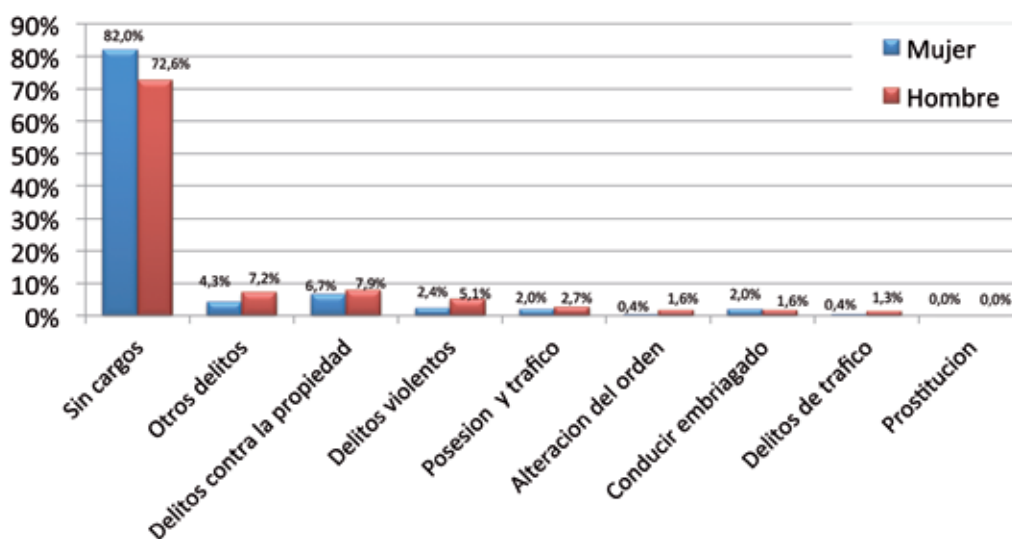
A destacar, que respecto a 2012, en las mujeres se observa mayor prevalencia de delitos relacionados con: violencia (2,35% en 2013, 1,98% en 2012), delitos contra la propiedad (6,67% en 2012, 3,97% en 2012), y conducir embriagado (1,96% en 2013, 0,40% en 2012).

FIGURA 61
COMPARATIVA POR SEXO TRATAMIENTOS PREVIOS⁵



⁵ Obtenido mediante fórmula: nº total personas (disgregadas por sexo) en el recurso correspondiente/Nº total EuropASI

FIGURA 62
COMPARATIVA POR SEXO SITUACIÓN LEGAL ACTUAL

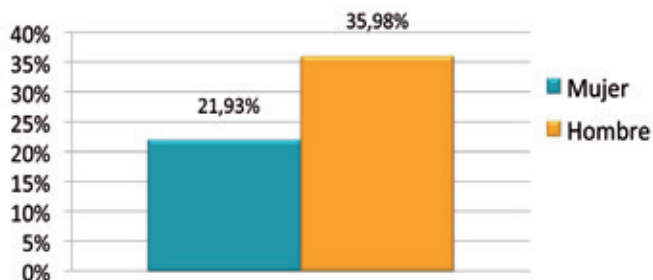


Respecto a los ingresos en medios penitenciarios, se observan diferencias significativas entre ambos grupos (21,93% en el caso de las mujeres, frente al 35,98% de hombres).

Si comparamos estos valores con 2012, el número de mujeres que ha estado en prisión incrementa significativamente (16,54% de mujeres en 2012), mientras que el de hombres desciende ligeramente (36,22% de hombres en 2013).



FIGURA 63
COMPARATIVA POR SEXO ESTANCIA EN PRISIÓN



4.3. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS POR SUSTANCIAS

Al igual que en el informe 2012, disgregar a las personas que demandan tratamiento parece una necesidad básica que puede contribuir en la mejora de la calidad asistencial.

Por tanto, a continuación se analiza la interacción entre las variables más relevantes en función de la categoría “sustancia por la que demanda tratamiento”.

► NIVEL DE ESTUDIOS

Si tenemos en cuenta el porcentaje disgregado por sustancia del nivel de estudios de las personas que demanda tratamiento, podemos afirmar que nos encontramos con una población situada en el intervalo bajo/medio-bajo.

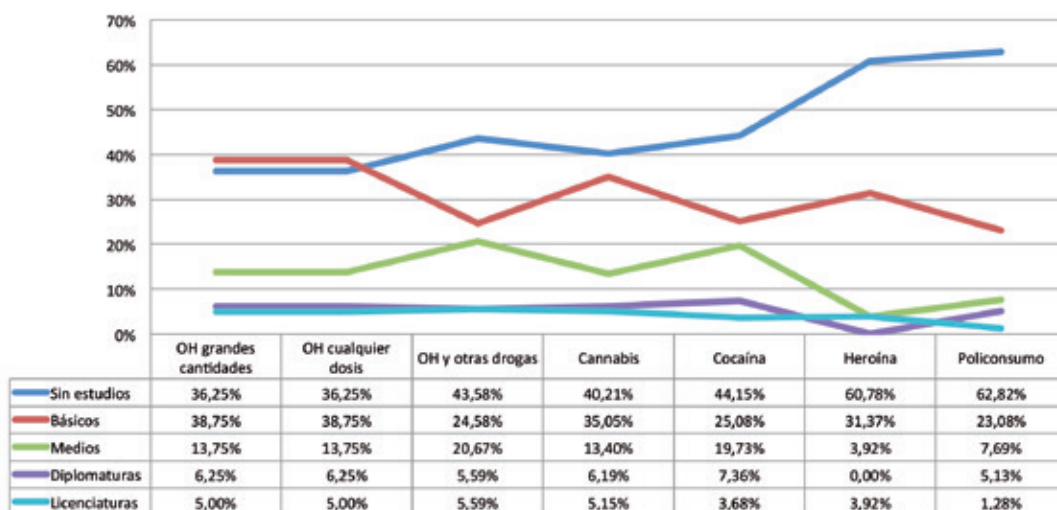
Entre otras situaciones observamos que la población que menor nivel de estudios presenta es el grupo de heroína, con un 60,78% de personas sin estudios (o sin completar los estudios básicos), un 31,37% de personas que sólo poseen los estudios básicos, apenas un 3,92% de personas que han finalizado los estudios medios, ninguna persona diplomada, y sólo un 3,92% de licenciados.

En contrapartida, el grupo que mayor porcentaje de personas con estudios superiores (diplomado/licenciado) es el de alcohol en cualquier dosis y en grandes cantidades (6,25% de diplomados para ambos, y 5,00% de licenciados).

Los mayores porcentajes de personas con estudios medios los observamos en el grupo de alcohol y otras drogas (20,67%), seguido del de usuarios de cocaína (19,73%).



FIGURA 64
COMPARATIVA POR SUSTANCIA NIVEL DE ESTUDIOS



► **FUENTE DE INGRESOS/SITUACIÓN LABORAL**

Del total de la muestra sólo aquellas personas que demandan tratamiento por alcohol y otras drogas (35,06%) y quienes lo hacen por problemas con la cocaína (41,97%), perciben sus ingresos a través del empleo como fuente principal. En este sentido, la proporción con los datos de 2012 se mantiene (48,28% para consumidores de cocaína y 35,34% para consumidores de alcohol y drogas y 34,72% para consumidores de alcohol en cualquier dosis), aunque en relación con 2013, quienes consumen alcohol en cualquier dosis han disminuido en porcentaje de ingresos por el empleo (26,92% para 2013).

Tras estas categorías encontramos el grupo de alcohol en grandes cantidades (26,92%), el cannabis (22,73%), quienes demandan tratamiento por problemas con la heroína (16,67%), y quienes se declaran “policonsumidores” (12,50%).

FIGURA 65
COMPARATIVA POR SUSTANCIA ALCOHOL Y OTRAS DROGAS FUENTE DE INGRESOS

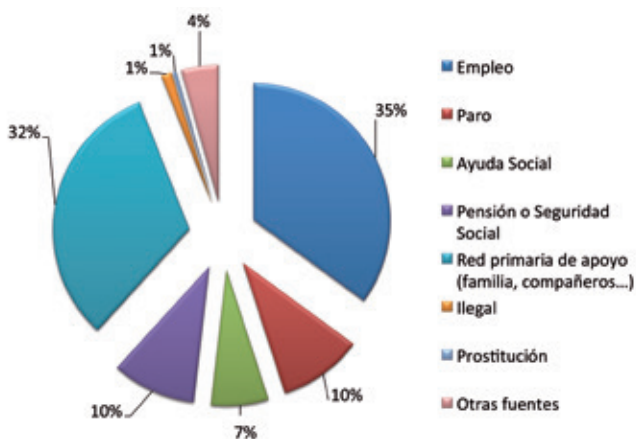


FIGURA 66
COMPARATIVA POR SUSTANCIA COCAÍNA FUENTE DE INGRESOS

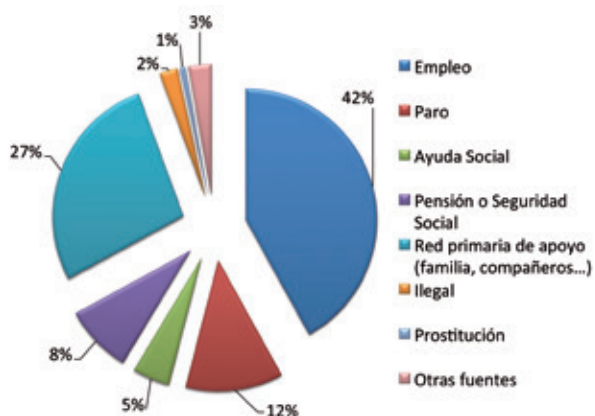


FIGURA 67
COMPARATIVA POR SUSTANCIA ALCOHOL CUALQUIER DOSIS FUENTE DE INGRESOS

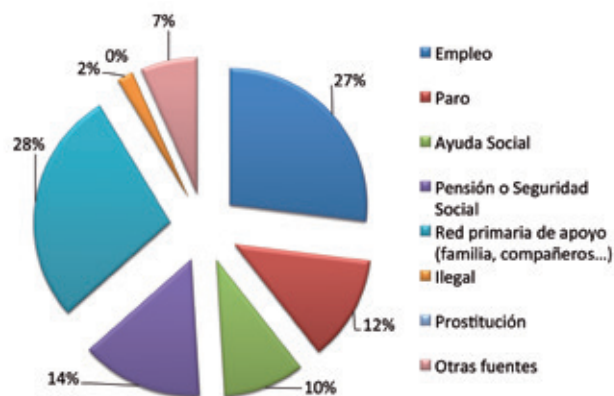


FIGURA 68
COMPARATIVA POR SUSTANCIA ALCOHOL GRANDES DOSIS FUENTE DE INGRESOS

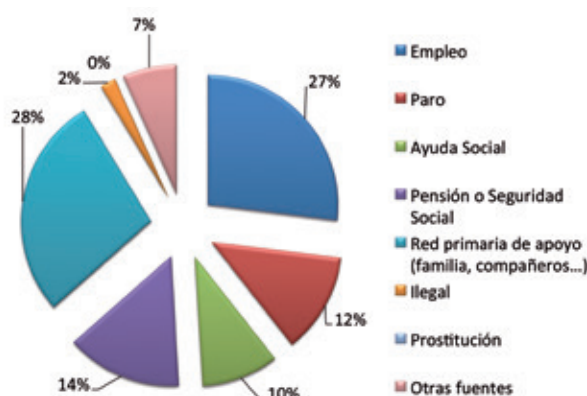


FIGURA 69
COMPARATIVA POR SUSTANCIA CANNABIS FUENTE DE INGRESOS

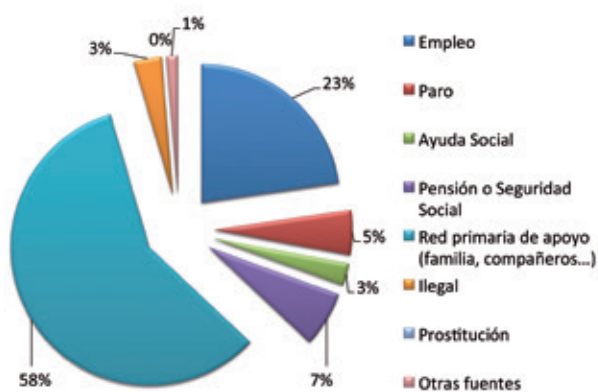


FIGURA 70
COMPARATIVA POR SUSTANCIA HEROÍNA
FUENTE DE INGRESOS

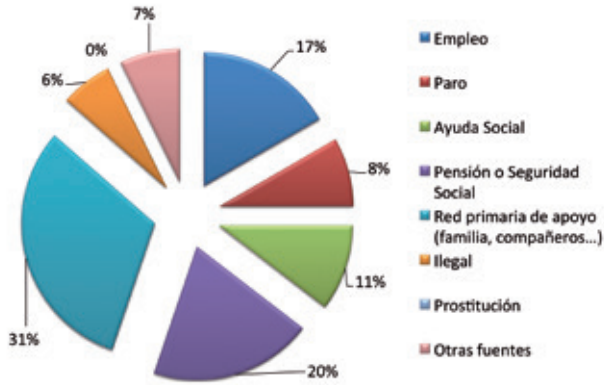


FIGURA 71
COMPARATIVA POR SUSTANCIA POLICONSUMO
FUENTE DE INGRESOS

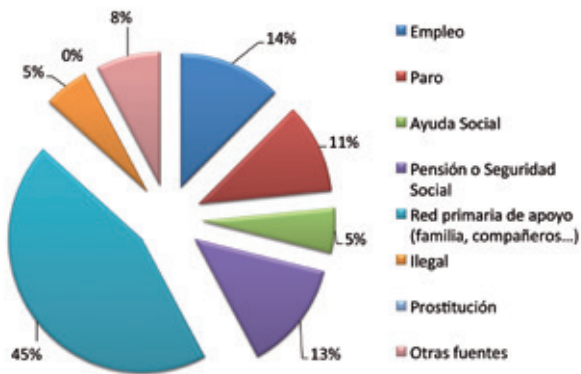
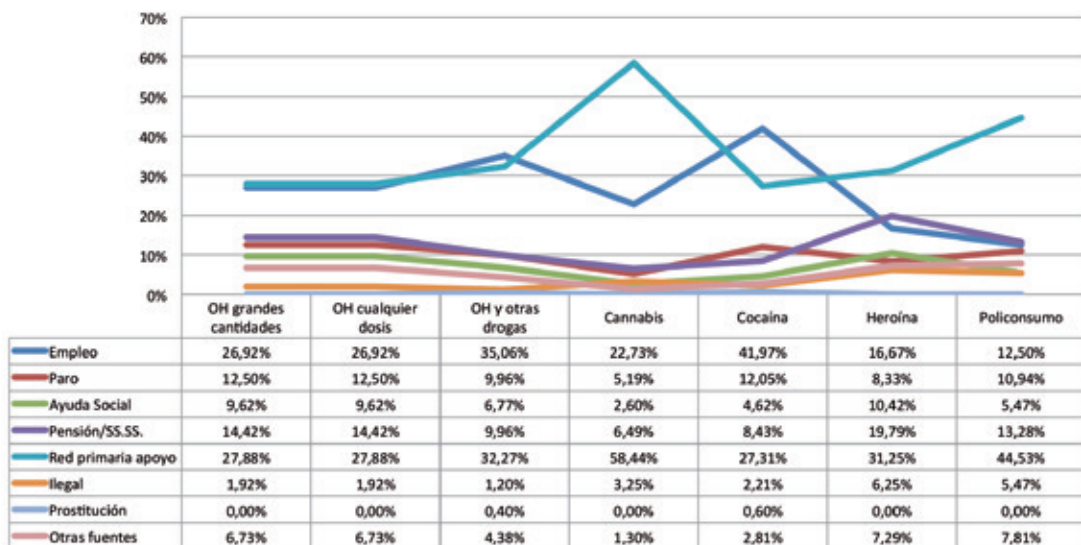


FIGURA 72
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL FUENTE DE INGRESOS



En lo referente a los problemas económicos, continúan siendo las personas de cannabis quienes informan en mayor medida de este hecho (66,45% en 2013 y 60,71% en 2012), aunque incrementa el número de personas que afirman sufrir dichos problemas.

Sigue siendo una causa aparente en el caso de quienes demandan tratamiento por problemas con el cannabis, el hecho de que mayoritariamente conviven con la familia de origen con un mayor grado de conflictividad con la misma, y cuya fuente de ingresos se sustenta en la red primaria de apoyo. Este también es el grupo que en mayor porcentaje está representado por personas solteras.

A estos le siguen el alcohol, tanto en grandes cantidades (56,64%) como en cualquier dosis (56,64%), no existiendo diferencias entre ambas categorías en 2013 pero sí en 2012 (cuando los valores fueron de: 59,41% y 52,05% respectivamente).

Tras este grupo encontramos a quienes se declaran policonsumidores (47,41%), porcentaje que desciende respecto a 2012 (51,44%), quienes consumen cocaína (43,31%), porcentaje que prácticamente se mantiene respecto a 2012 (43,65%), y quienes demandan tratamiento por consumo de heroína (41,58%), porcentaje que desciende respecto a 2012 (50,69%).

► EDAD DURANTE EL TRATAMIENTO/ AÑOS DE CONSUMO

El mayor promedio de edad lo encontramos en el grupo de quienes demandan tratamiento por consumo de alcohol tanto en grandes cantidades (42 años), como en cualquier dosis (42 años); estas categorías se mantienen respecto a 2012, si bien entonces el valor promedio de edad de quienes demandaban tratamiento por alcohol consumido en cualquier dosis era menor (39,4 años).

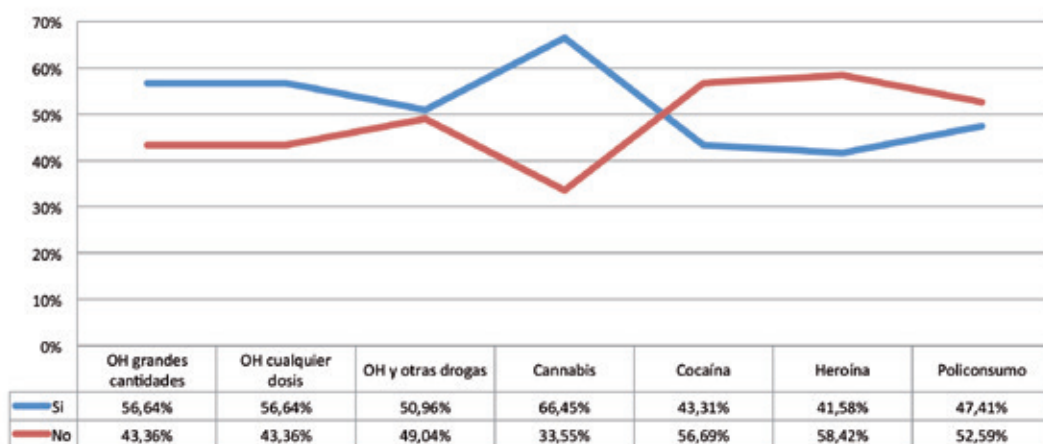
A estos grupos le sigue en edad el de quienes demandan tratamiento por consumo de heroína (37 años), que se mantiene como segunda categoría respecto a 2012, aunque entonces la edad promedio era más baja (35,4 años).

Tras este grupo se sitúa con, prácticamente, el mismo promedio el grupo de policonsumidores (34,99 años) y el de quienes consumen alcohol y otras drogas (34,9 años). Este hecho también sucedía en 2012, pero con una edad promedio ligeramente mayor en el caso de policonsumidores (35,2 años).

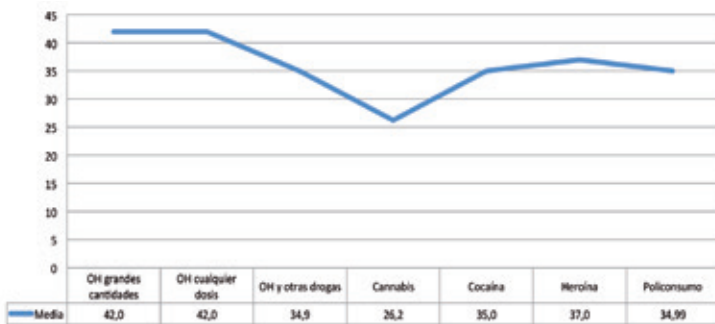
Por último, como era de esperar, la edad de consumidores de cannabis es la más baja (26,2), manteniendo promedio en relación al informe 2012.



FIGURA 73
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL PROBLEMAS ECONÓMICOS

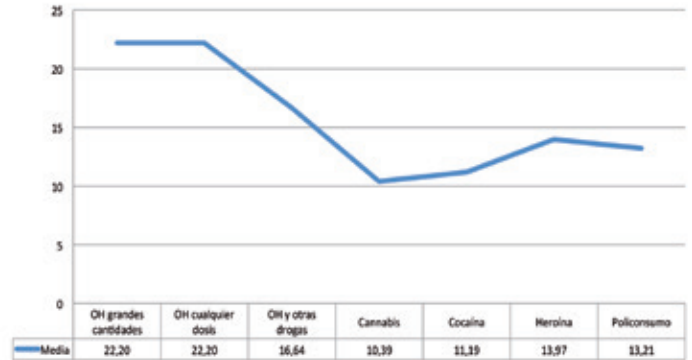


**FIGURA 74
COMPARATIVA POR SUSTANCIA
MEDIA DE EDAD**



Respecto a la media de años de consumo, antes de iniciar los grupos de alcohol en grandes cantidades y a cualquier dosis son los de mayor promedio (22 años respectivamente), seguidos del grupo de quienes demandan tratamiento por consumo alcohol y otras drogas (16,64 años), el de consumidores de heroína (13,97 años), los policonsumidores (13,21 años), los consumidores de cocaína (11,19 años), y, por último, quienes consumen cannabis (10,39 años).

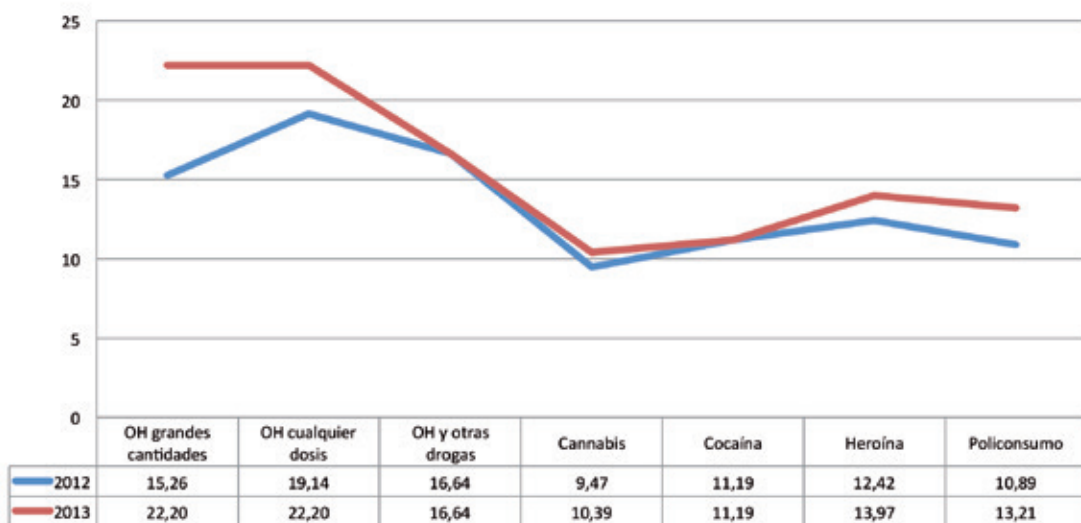
**FIGURA 75
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL
MEDIA AÑOS CONSUMO**



Los promedios de edad y la distribución de los mimos es similar en 2012, aunque en dicho informe el alcohol en grandes cantidades (15,26 años) ocupaba el tercer lugar tras el alcohol y otras drogas (16,64 años). Por otro lado, se observa un incremento generalizado (excepto en el caso de la cocaína) respecto al informe 2012 del promedio de años de consumo antes de iniciar el tratamiento, en base a las diferentes sustancias.

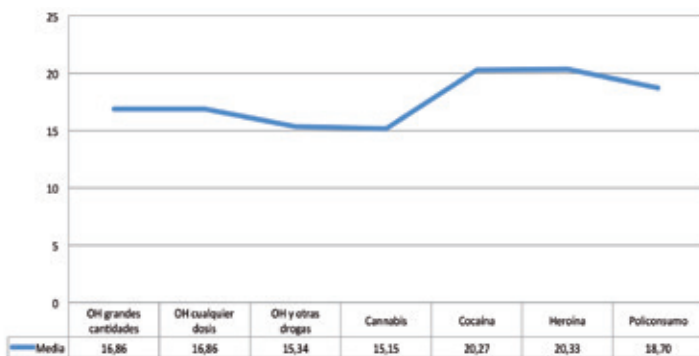


**FIGURA 76
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL MEDIA AÑOS CONSUMO (2012-2013)**



Las medias de edad de inicio en el consumo se sitúan en el grupo de menores de edad legal para el alcohol en grandes cantidades y el alcohol en cualquier dosis (16,86 años para ambos casos), el alcohol y otras drogas (15,34 años) y el cannabis (15,15), y por encima de dicho límite llegar para el policonsumo (18,70 años), la cocaína (20,27 años) y la heroína (20,33 años).

FIGURA 77
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL MEDIA EDAD INICIO CONSUMO



En relación a la comparativa de edad de inicio en la sustancia por la que demandan tratamiento respecto del informe actual y el del 2012, podemos observar como prácticamente se mantienen, si bien para el 2013 desciende significativamente en el caso del alcohol en grandes cantidades, y de manera relativamente significativa en el policonsumo.

► ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil, en general la muestra está compuesta por personas solteras, siendo el grupo de mayor porcentaje el de consumidores de cannabis (89,68%), seguido de los policonsumidores (77,78%), quienes consumen heroína (75,27%), los consumidores de alcohol y otras drogas (63,14%), quienes demandan tratamiento por problemas con la cocaína (62,02%), situándose el menor grupo de solteros en las categorías de alcohol en grandes cantidades y alcohol en cualquier dosis (42,20%).

Comparando los datos con 2012, la distribución ha sufrido alteraciones, tanto en el orden como en los valores, ya que en dicho informe 2012 el mayor porcentaje de solteros era el de consumidores de cannabis pero en un número relativamente menor (86,89%), a estos le seguía el grupo de heroína también en un porcentaje menor (74,31%), los policonsumidores también en menor grado (71,13%), los consumidores de alcohol y otras drogas (63,86%), el grupo de cocaína (62,72%), el alcohol en cualquier dosis en mayor número (46,10%), y, en último lugar y en menor porcentaje, el de alcohol en grandes cantidades (37,96%).

El mayor número de rupturas de pareja lo encontramos en los grupos de alcohol en grandes cantidades y alcohol en cualquier dosis, con valores totales para las categorías separado/divorciado de 35,67% en ambos casos. También en dichos grupos se encuentra el mayor porcentaje de viudos (0,92%).



FIGURA 78
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL MEDIA EDAD INICIO CONSUMO (2012-2013)

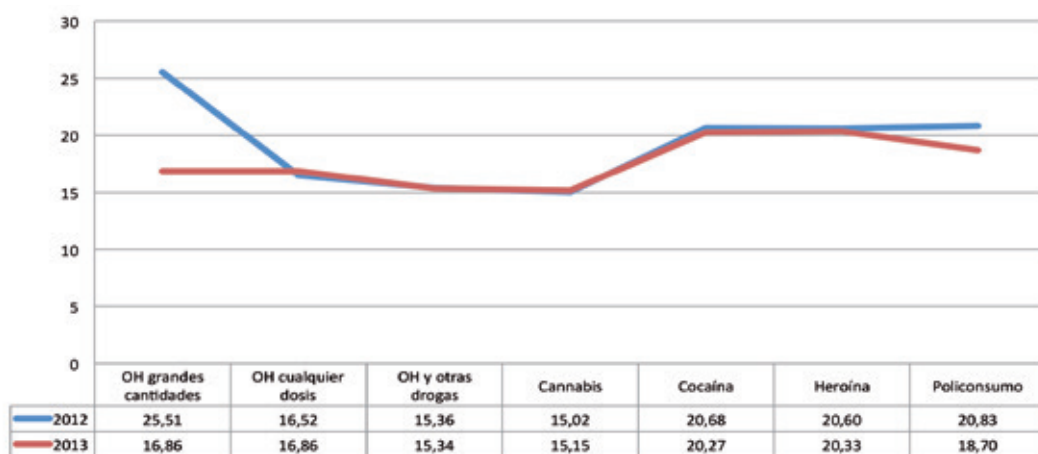
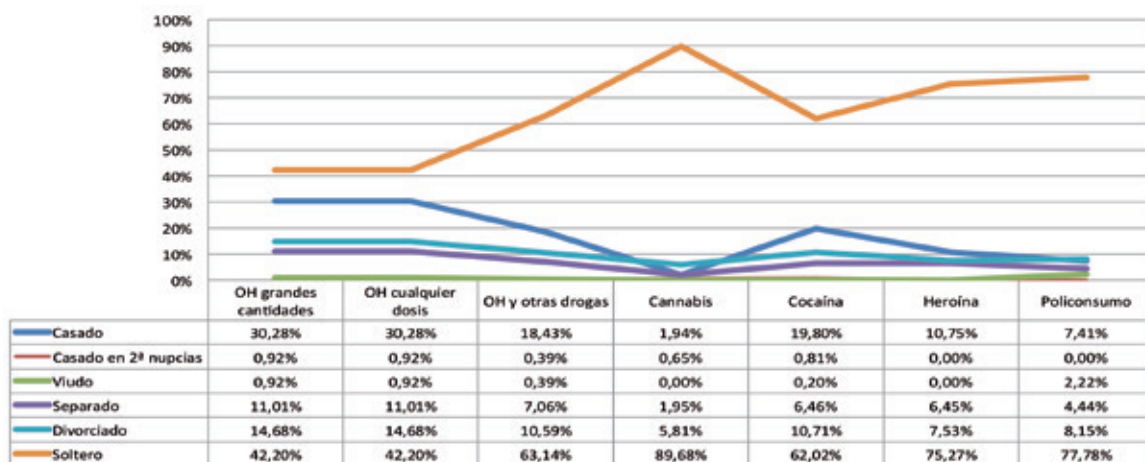




FIGURA 79
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL ESTADO CIVIL



► SALUD

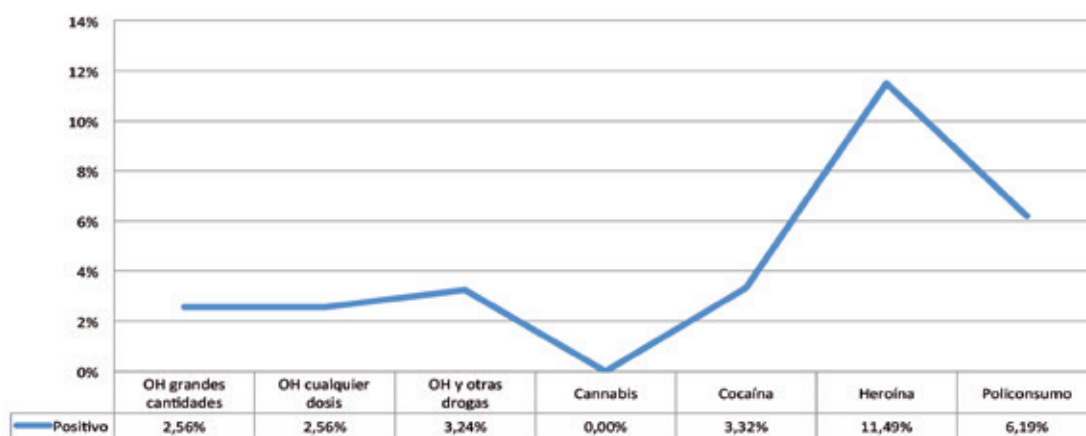
La mayor prevalencia de casos de infección por VIH-SIDA la encontramos en el grupo de heroína (11,49%), seguido del de policonsumidores (6,19%), en los consumidores de cocaína (3,32%), el de alcohol y otras drogas (3,24%), y el alcohol tanto en grandes cantidades como a cualquier dosis (2,56%). No se encuentra ningún

caso en el grupo de quienes demandan tratamiento por problemas con el cannabis.

En relación a 2012, parece que los valores se invierten, ya que entonces el mayor porcentaje se daba entre los policonsumidores (11,5%), a los que seguía el grupo de heroína (7,5%). Entonces también se daba cierto número de casos en el grupo de cannabis (2,01%).



FIGURA 80
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL VIH-SIDA



En cuanto a las sobredosis, y delirium tremens, que se refiere a episodios de sobredosis y *delirium tremens*, el porcentaje es bajo en todas las categorías.

Es preciso observar un descenso en ambas categorías en 2013 para alcohol en grandes cantidades, el alcohol en cualquier dosis y la heroína, un incremento en ambas categorías en el caso de la cocaína, manteniéndose los valores para cannabis y policonsumo.



FIGURA 81
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL SOBREDOSIS/DELIRIUM TREMENS (2013)

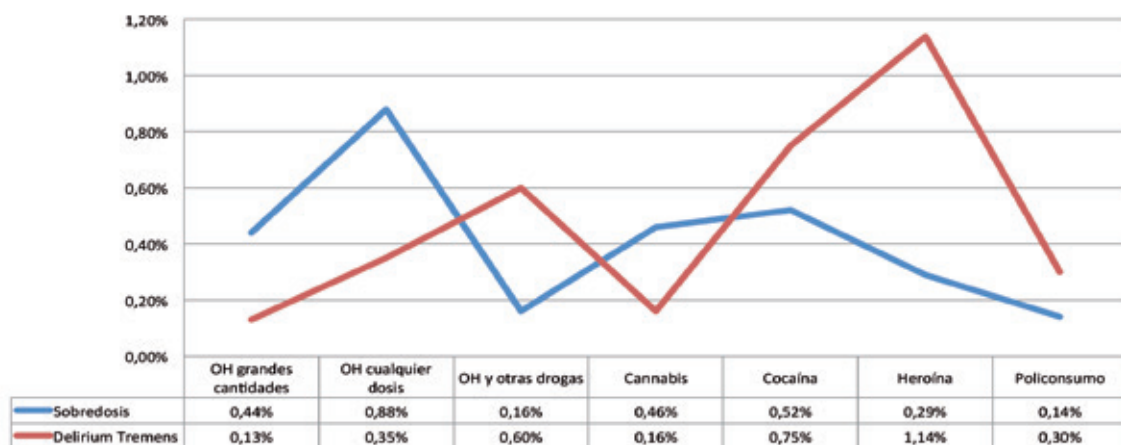
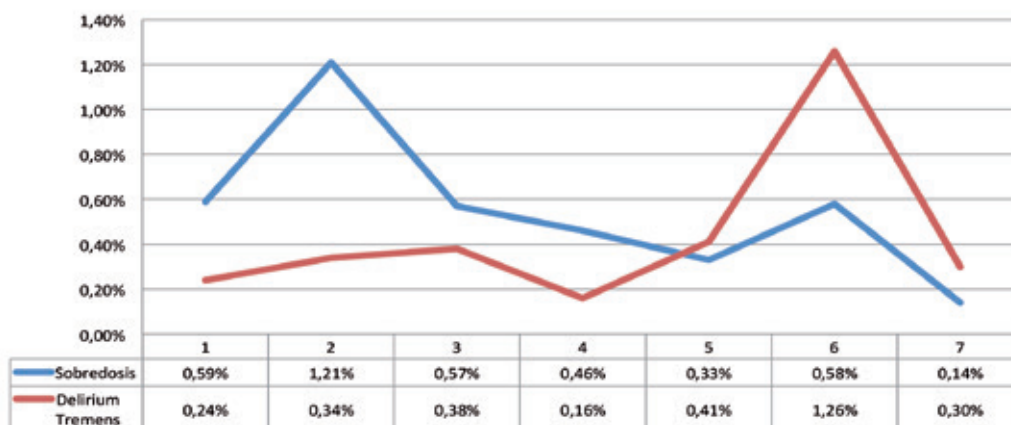


FIGURA 82
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL SOBREDOSIS/DELIRIUM TREMENS (2012)



► VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Sobre la vía de administración de la sustancia por la que se demanda tratamiento, las más usadas son la inhalada/fumada por quienes consumen cannabis (96,62%), heroína (62,89%) o se declaran policonsumidores (51,24%), seguida de la nasal/esnifada empleada por quienes consumen cocaína (62,31%).

En un segundo grupo encontramos la vía inhalada/fumada para el grupo de cocaína (32,46%), la esnifada para los policonsumidores (30,58%) y la inyectada para el grupo de heroína (26,80%).

Respecto al informe 2012, la distribución es idéntica, si bien entonces el porcentaje de consumidores de cannabis que lo hacía por vía oral era mayor (97,25%), el de quienes inhalaba/fumaban cocaína también (42,72%) y el de policonsumidores que empleaban la vía oral (16,67%). Mientras que en 2013 ha descendido el porcentaje de quienes se inyectan heroína (en este caso ligeramente) o consumen diversas sustancias a través de esta vía.

Así también, en 2013 ha incrementado el porcentaje de consumidores de cocaína por vía esnifada, frente al porcentaje que informaban emplear dicha vía en 2012.

► SITUACIÓN LEGAL

Respecto a los delitos tipificados, los mayores porcentajes los encontramos en el caso del grupo de policonsumidores (43,85%), seguido del grupo de heroína (35,43%), el alcohol y otras drogas (24,76%), el cannabis (24,69%), la cocaína (22,65%), y en el mismo porcentaje, el alcohol en grandes cantidades o en cualquier dosis (18%).

Para el caso de la heroína (20,14%), el policonsumo (18,46%) y la cocaína (6,79%), el delito contra la propiedad es el más habitual.

El alcohol, tanto en grandes cantidades como a cualquier dosis, presenta mayor prevalencia de delitos violentos (5%), seguida de delitos cometidos por conducir embriagado (4%).

En el caso del alcohol y otras drogas, los delitos no identificados son los de mayor prevalencia (6,43%), y es en este grupo en el único donde aparece la prostitución (0,19%).

También el grupo de cannabis informa de un mayor porcentaje de delitos no descritos (7,14%), seguidos de los delitos por posesión y tráfico (3,90%) y los delitos contra la propiedad (3,90%).

La muestra presenta una distribución parecida en los años 2012 y 2013.

FIGURA 83
COMPARATIVA POR SUSTANCIA VÍA DE ADMINISTRACIÓN

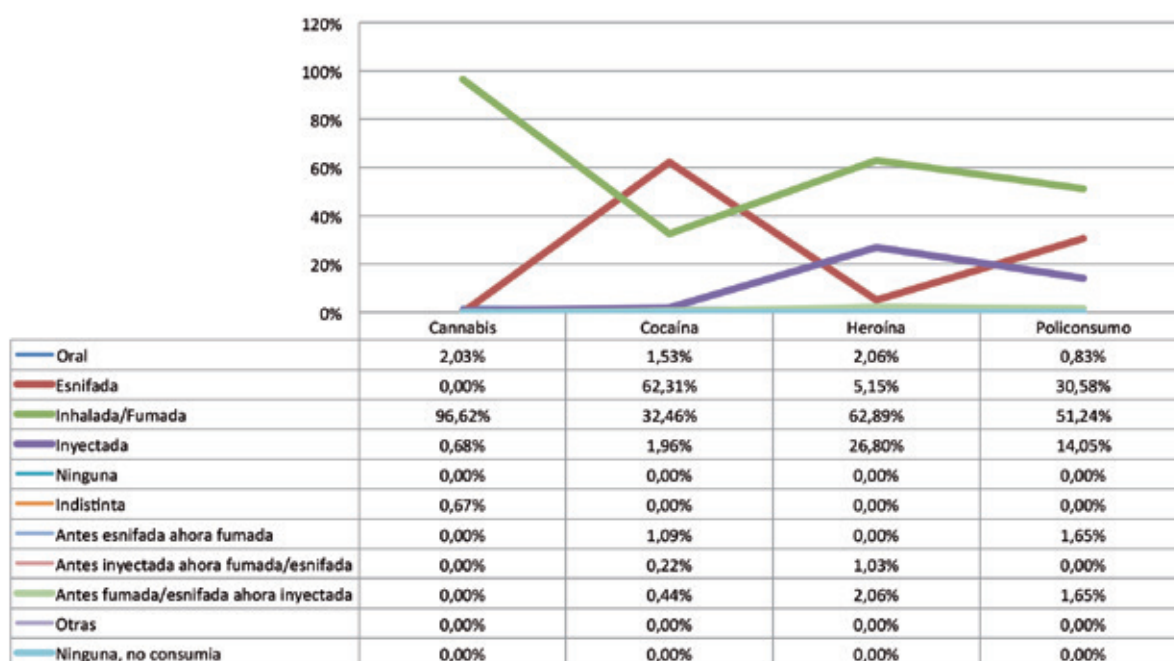
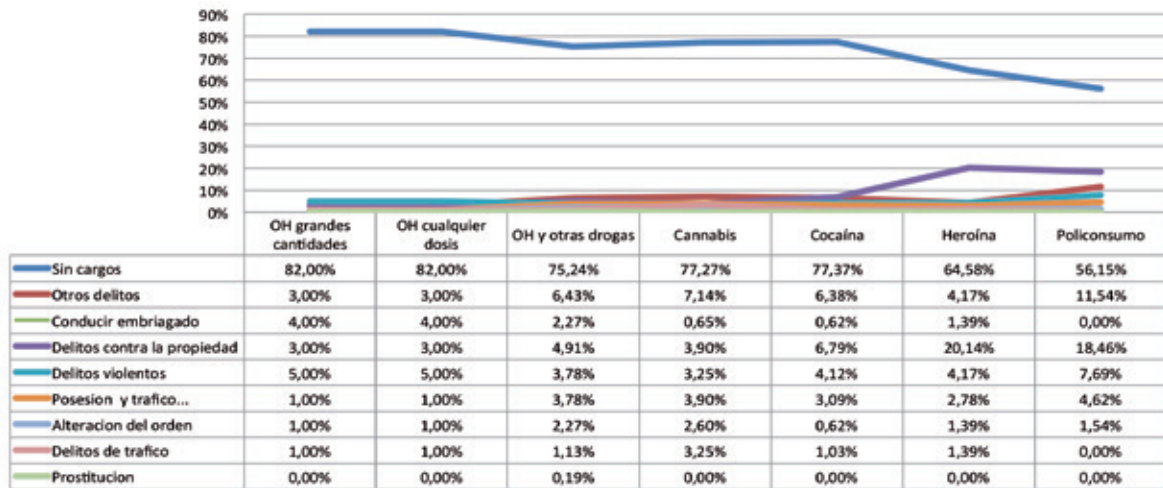


FIGURA 84
COMPARATIVA POR SUSTANCIA GLOBAL SITUACIÓN LEGAL ACTUAL



► **TRATAMIENTOS PREVIOS**

El grupo que más admisiones previas a tratamiento presenta es el de consumidores de heroína (23,98 de media total para el grupo). Seguido del de policonsumidores (16,50), quienes consumen alcohol en cualquier dosis (13,67), cocaína (12,13), alcohol grandes cantidades (10,85), alcohol y otras drogas (10,10) y cannabis (6,19).

En cuanto al recurso más empleado por quienes consumen heroína es el tratamiento sustitutivo ambulatorio (33,66), seguido de la desintoxicación ambulatoria (32,67), la desintoxicación residencial (38,71), y el tratamiento libre de drogas residencia (27,72).

En el caso del policonsumo, el tratamiento sustitutivo ambulatorio (24,26), seguido del tratamiento libre de drogas residencial (23,53).

En cuanto al grupo que menos tratamientos previos ha recibido es aquel que corresponde a quienes usan el cannabis, que han accedido en un mayor porcentaje al tratamiento libre de drogas ambulatorio (10,76), al centro de día (10,13), y a la desintoxicación ambulatoria (8,23).

Respecto a la comparación de valores con el informe 2012 no se observan diferencias significativas.



FIGURA 85
COMPARATIVA POR SUSTANCIA ADMISIONES A TRATAMIENTO PREVIAS AL INGRESO EN PH

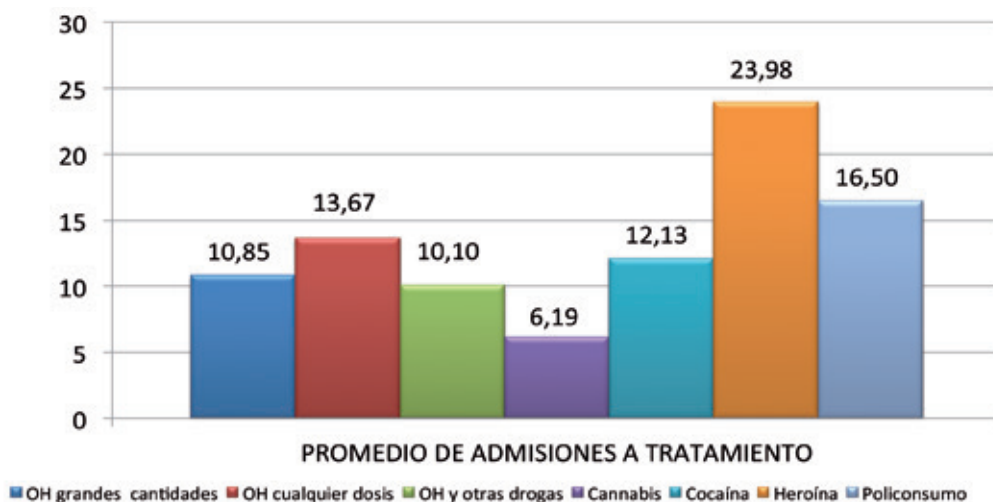
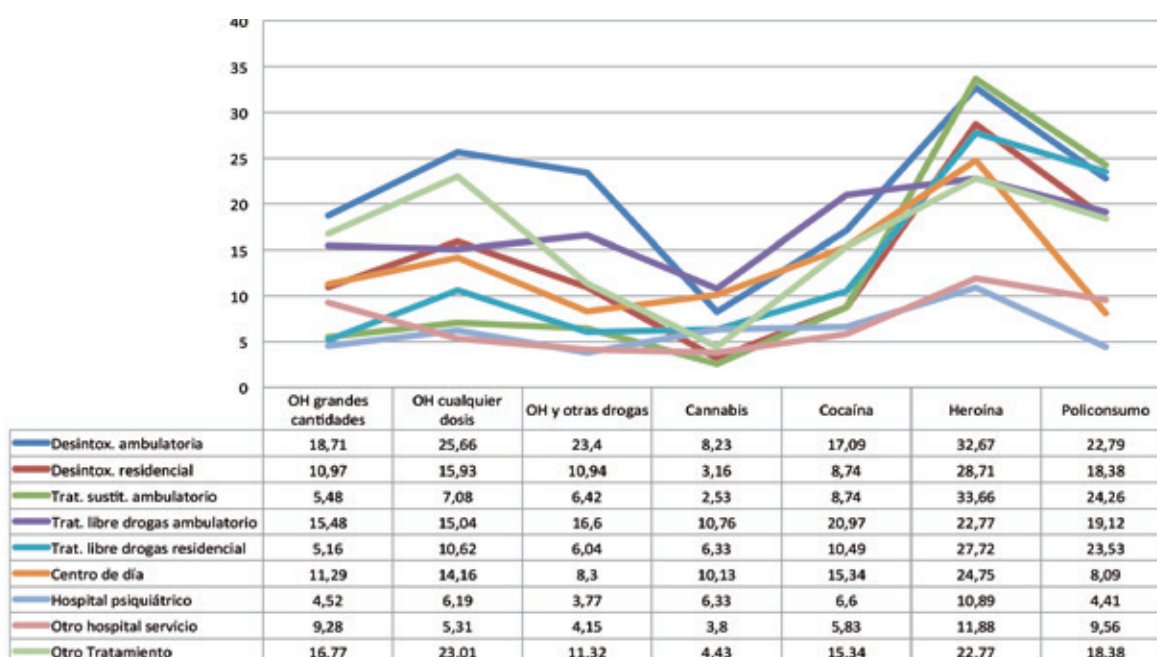


FIGURA 86
COMPARATIVA POR SUSTANCIA ADMISIONES A TRATAMIENTO PREVIAS AL INGRESO EN PH



► CONFLICTIVIDAD FAMILIAR Y DE PAREJA

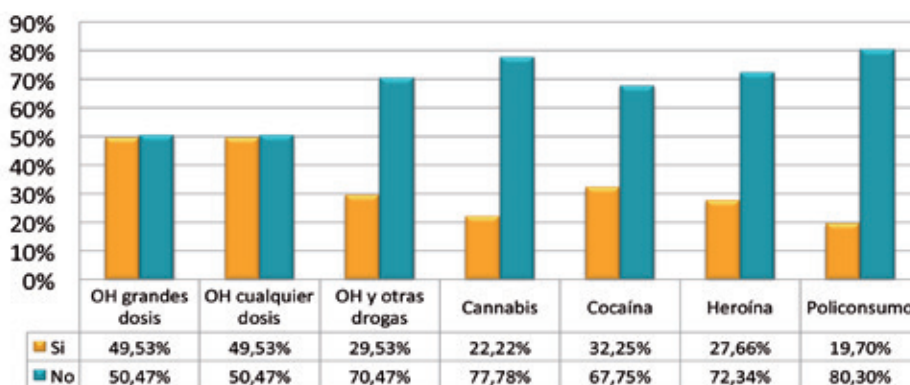
El grupo que mayor porcentaje de problemas de pareja presenta es el de quienes consumen alcohol, tanto en grandes cantidades como en cualquier dosis (49,53%), seguidos del grupo de cocaína (32,25%), alcohol y otras drogas (29,53%), quienes demandan tratamiento por problemas con la heroína (27,66%), tras estos el grupo de cannabis (22,22%), y en último lugar los policonsumidores (19,70%).

Comparando los datos de 2013 con el informe 2012, se observa que la distribución de los grupos es igual solo en los dos primeros casos (48,05% para alcohol en grandes dosis y 35,95% para alcohol en cualquier dosis), a estos les seguía la cocaína (31,14%), el alcohol y otras drogas (30,55%), el grupo de policonsumidores (26,41%), cannabis (20,10%) y heroína (19,59%).

Por tanto, el orden sólo coincide en los tres primeros casos, y los valores no coinciden en ninguno de ellos.



FIGURA 87
COMPARATIVA POR SUSTANCIA PROBLEMAS DE PAREJA



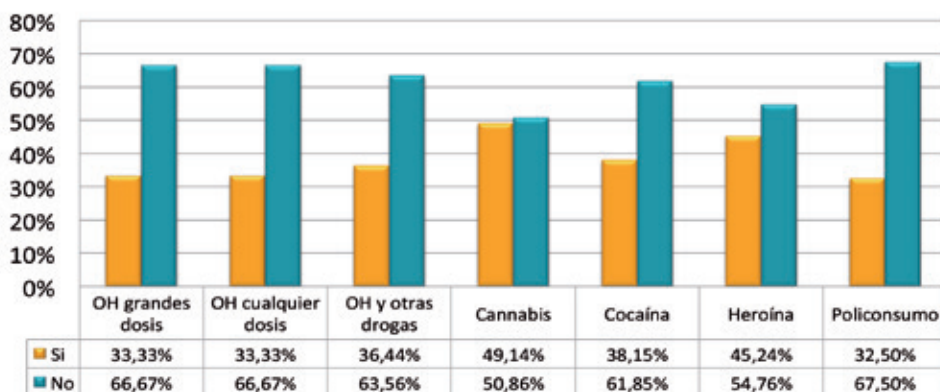
En cuanto a los problemas con la familia de origen el grupo que presenta un mayor porcentaje de problemas percibidos es el de cannabis (49,14%), seguido de quienes consumen heroína (45,24%), el de cocaína (38,15%), alcohol y otras drogas (36,44%), policonsumidores (35,50%), y en último lugar alcohol tanto en grandes cantidades como a cualquier dosis (33,33%).

Comparando 2013 con 2012, podemos afirmar que el grupo de cannabis sigue encabezando esta comparativa,

si bien el porcentaje ha incrementado (el valor para 2012 era de 40,48), pero tras este se situaba el alcohol en grandes cantidades, con un porcentaje similar al actual (32,98% para 2012), el policonsumo, en un porcentaje también similar al de 2013 (32% para 2012), el alcohol a cualquier dosis, cuyo porcentaje fue entonces algo menor (31,21 para 2012), seguido de la cocaína, cuyo valor también es más elevado en 2013 (30,78% para 2012), y por último la heroína en un porcentaje prácticamente igual (27,94% para 2012).



FIGURA 88
COMPARATIVA POR SUSTANCIA PROBLEMAS FAMILIA ORIGEN



► CONVIVENCIA

En cuanto a la modalidad de convivencia en los 30 días previos de admisión al tratamiento, el porcentaje más elevado de personas que conviven con pareja e hijos lo representa el alcohol, tanto en grandes cantidades como a cualquier dosis (32,11% para ambos casos), seguidos del grupo de cocaína (26,77%), el de alcohol y otras drogas (26,15%), la heroína (17,89%), los policonsumidores (13,43%), y los consumidores de cannabis (5,84).

Respecto a la convivencia con la familia de origen, el grupo más números es el de quienes demandan tratamiento por consumo de cannabis (46,10%), seguidos del grupo de policonsumidores (35,82%) y el grupo de cocaína (26,97%).

En cuanto a la modalidades de convivencia sólo, el grupo de alcohol y otras drogas es el que mayor porcentaje presenta (11,92%), seguido del grupo de heroína (11,58%).

Otro porcentaje a destacar es el de quienes afirman residir en medio protegido, siendo el porcentaje más elevado el del grupo de heroína (9,47%).

4.4. DATOS POR CCAA

Como valor añadido, dentro de la estrategia de mejora y evolución continua del Observatorio Proyecto Hombre, se han realizado análisis de datos distribuidos por Comunidades Autónomas donde se atiende a las personas en tratamiento. Estos análisis, incluidos en las siguientes

“Fichas por Comunidades Autónomas”, pretenden ofrecer de manera rápida y concreta las semejanzas y diferencias de cada contexto geográfico con los perfiles generales.

Uno de los objetivos de la Red Proyecto Hombre, como se ha descrito en el Apartado del presente informe, es conseguir un método capaz de adaptarse a las necesidades de cada entorno cercano, de cada persona atendida y su sistema social. En este Informe relativo a 2013, pretendemos acercar los análisis estadísticos lo más posible a estas realidades locales y regionales. Como ya hemos mencionado, este tipo de Informes debe permitir mejorar la atención a las personas con problemas de adicción, adecuándola a su realidad social y epidemiológica.

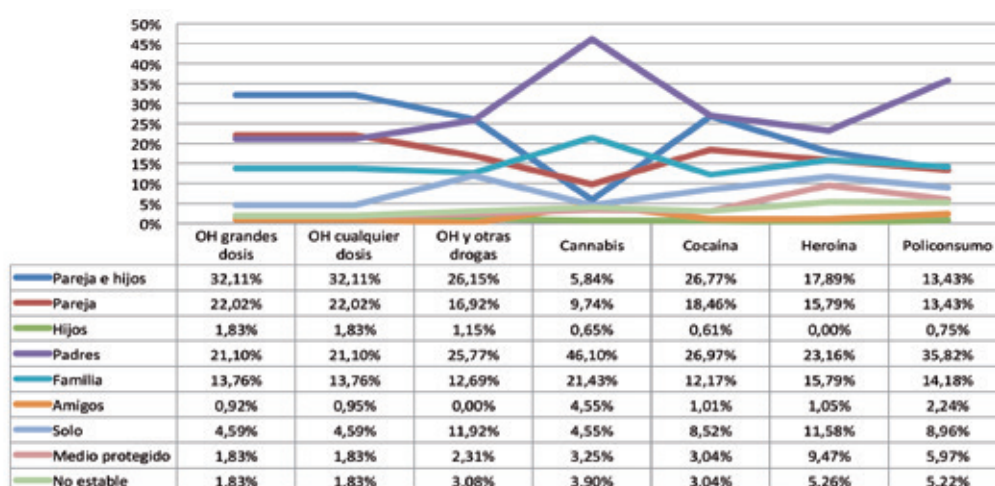
Los datos que se muestran a continuación forman parte de la muestra analizada en el Informe General 2013. El método de recogida de información y análisis ha sido similar al utilizado en anteriores análisis. Los datos extraídos y los resultados presentados corresponden a las personas atendidas en los centros PH durante 2013, como el resto del Informe.

En el caso de la Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura y Navarra, la muestra de EuropASI no contaba con suficiente representatividad, por lo que no se han incluido en el presente análisis por Comunidades.

Respecto al País Vasco y la Comunidad Aragonesa, la Asociación Proyecto Hombre no cuenta con centros en las mismas.



FIGURA 89
COMPARATIVA POR SUSTANCIA NÚCLEO DE CONVIVENCIA



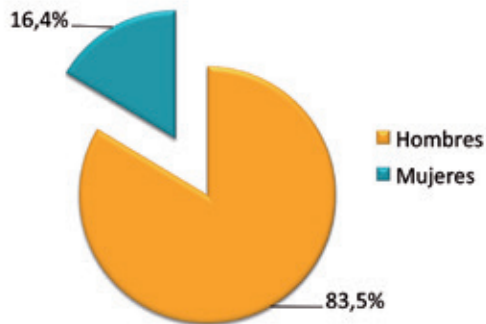
n= 538 CUESTIONARIOS

Centros P.H.: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Málaga y Sevilla.

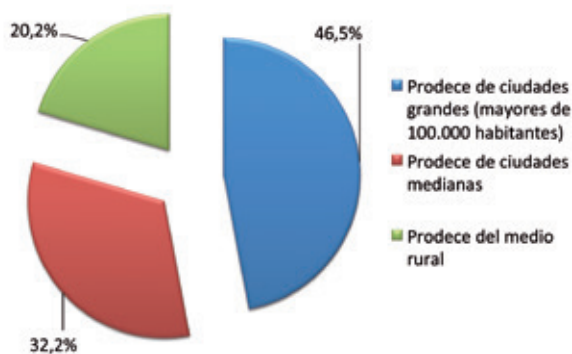


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



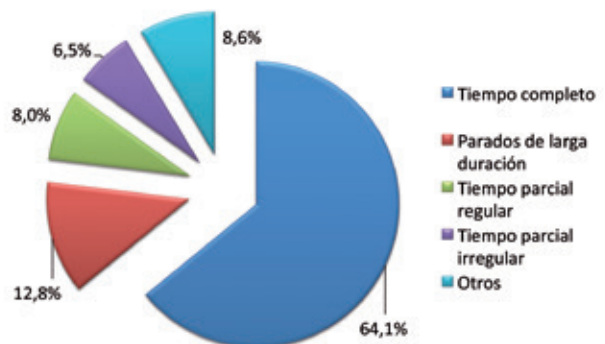
- La edad media es de 33 años, con una moda (edad más habitual) de 34 años.
- El 100% de los atendidos son de nacionalidad española.

► DATOS MÉDICOS

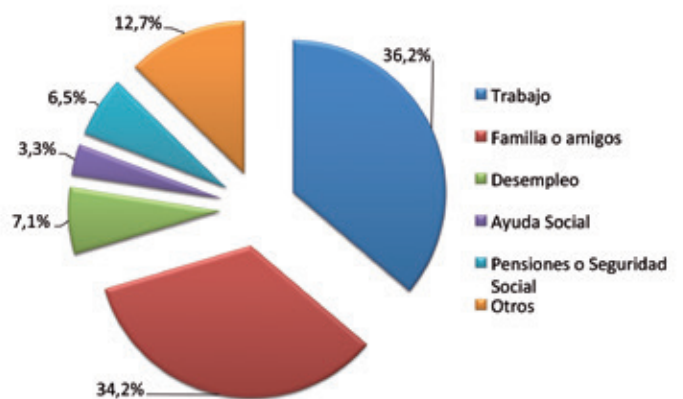
- Un 10,25% sufre o ha sufrido Hepatitis.
- Un 0,6% informa de diagnóstico de VIH positivo.

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

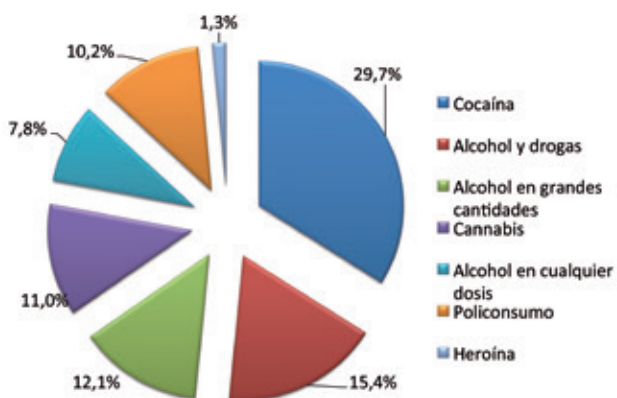


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



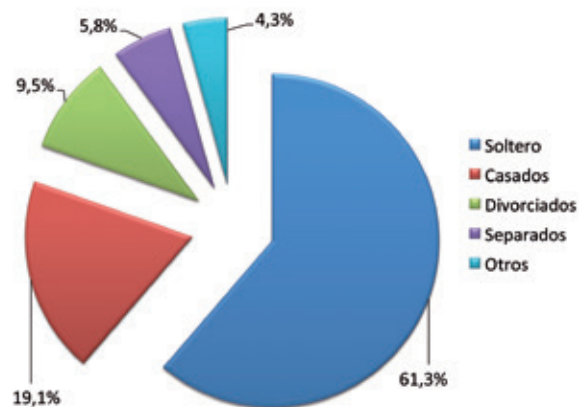
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

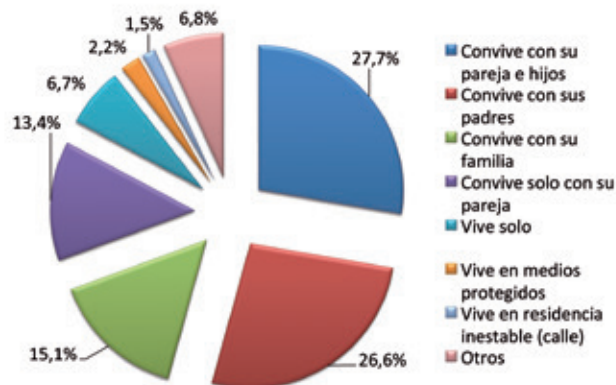


- Las principales vías de consumo de la sustancia principal son la vía esnifada, la vía oral y la vía fumada. En menor medida la vía inhalada. Un 5,4% reconoce haberse inyectado sustancias psicoactivas alguna vez, fundamentalmente policonsumidores y consumidores de heroína.
- Un 89,8% no ha sufrido episodios de *delirium tremens*. De los que han tenido, lo habitual ha sido pasar por 1 episodio.
- Un 90% no ha sufrido sobredosis de drogas. De los que han tenido, lo habitual ha sido pasar por 1 episodio.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- El 2,8% de las admisiones a tratamiento han sido promovidas por el sistema judicial.
- El 5,4% de los atendidos se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

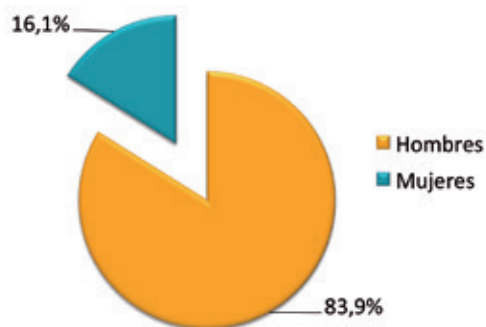


n= 197 CUESTIONARIOS

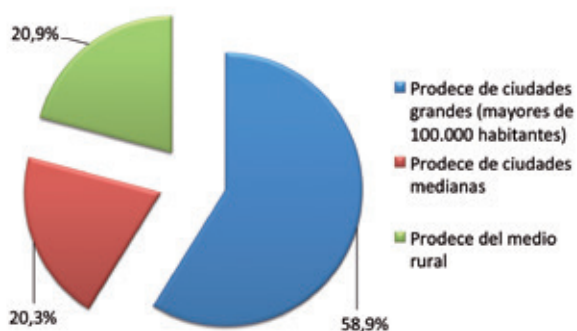


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



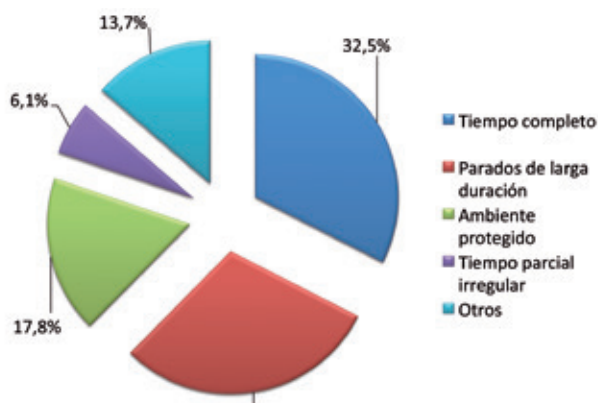
- La media de edad es de 37,5 años, con modas (edad más habitual) de 35,42 y 51 años.
- El 93,95 es de nacionalidad española. No hay otras nacionalidades que formen un grupo consistente en la estadística.

► DATOS MÉDICOS

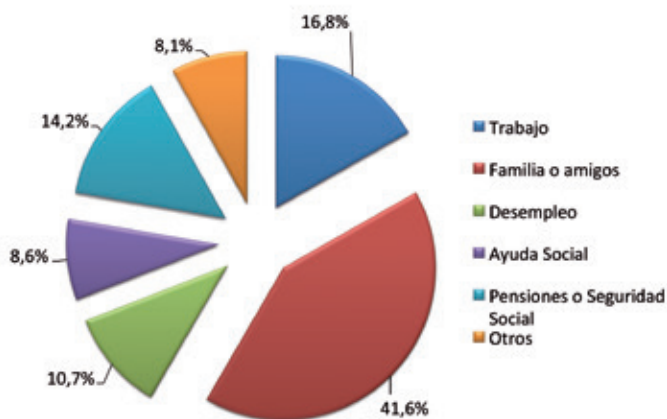
- El 27,9% dice padecer o haber padecido hepatitis.
- El 5,1% informa de diagnóstico de VIH positivo.

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

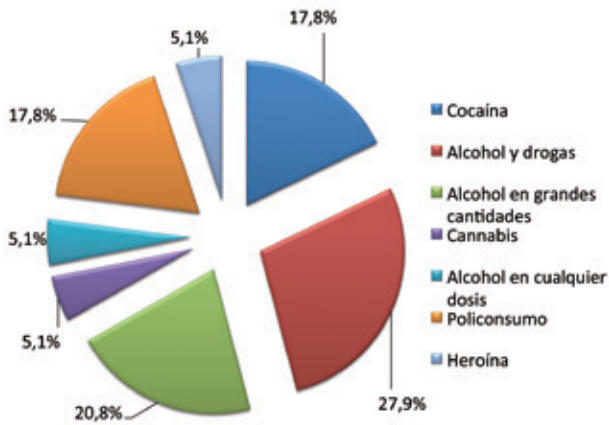


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



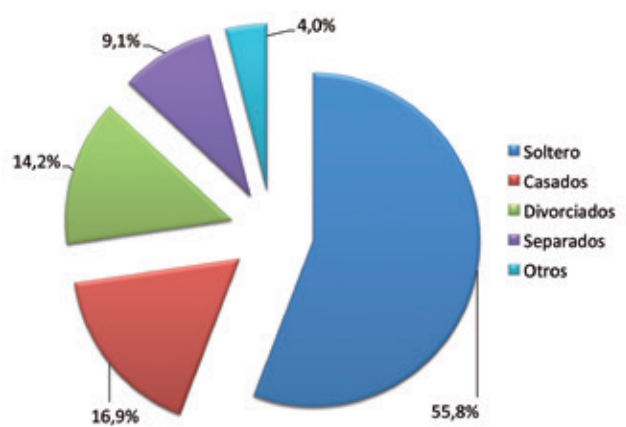
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

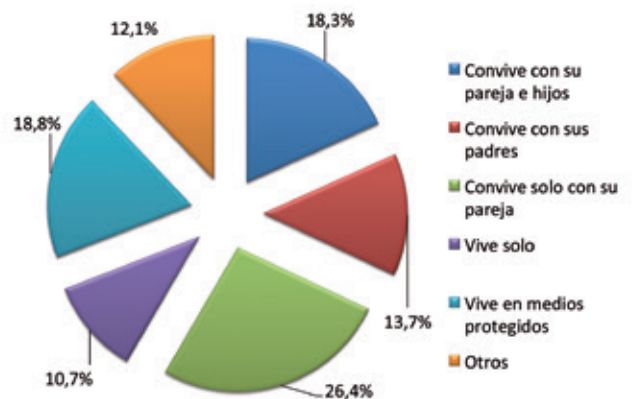


- Las principales vías de consumo de sustancias son la vía oral, la vía esnifada y la vía inhalada/fumada. Un 21,8% reconoce haberse inyectado alguna vez sustancias psicoactivas, especialmente consumidores de heroína y policonsumidores.
- El 91,9% no ha sufrido *delirium tremens*. En el resto, lo habitual ha sido sufrir 1 episodio.
- El 77,2% no ha sufrido sobredosis por consumo de drogas. Del resto, lo habitual ha sido sufrir 1-2 episodios.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- El 33% de los ingresos han sido promovidos por el sistema judicial.
- Un 9,1% de los atendidos se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

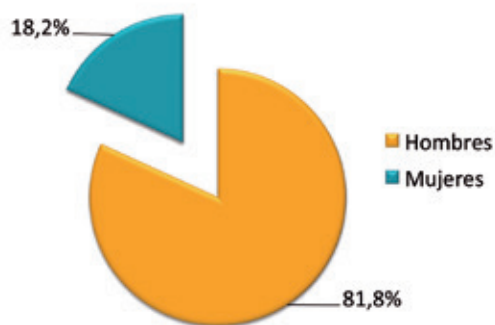
COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA



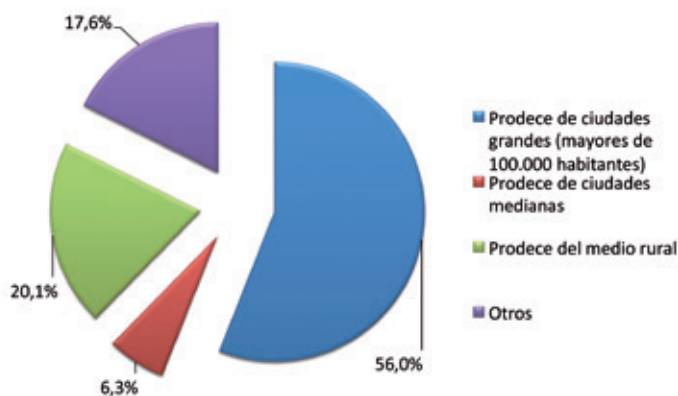


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



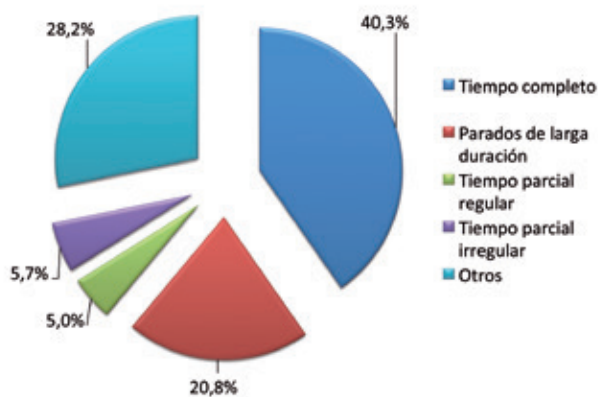
- La edad media es de 36,5 años con una moda (edad más habitual) de 37 años.
- El 96,9% son de nacionalidad española, con porcentajes minoritarios de otros países (Argentina, Cuba, Polonia, Ucrania, Italia).

► DATOS MÉDICOS

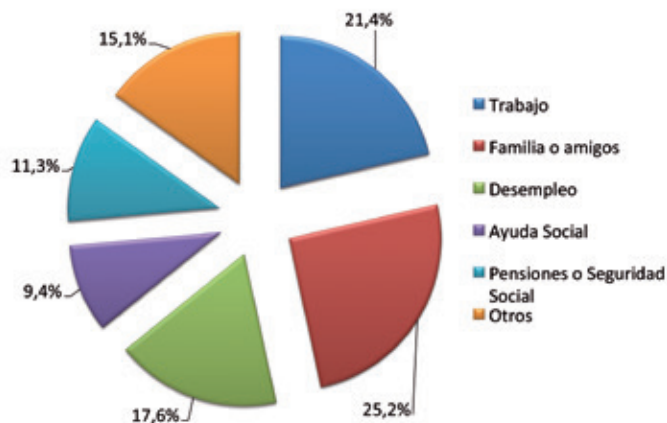
- El 20,1% dice sufrir o haber sufrido hepatitis.
- El 6,35 informa de diagnóstico de VIH positivo.

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

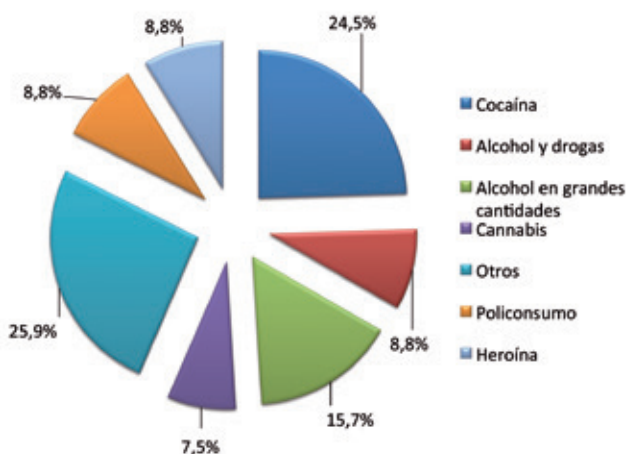


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



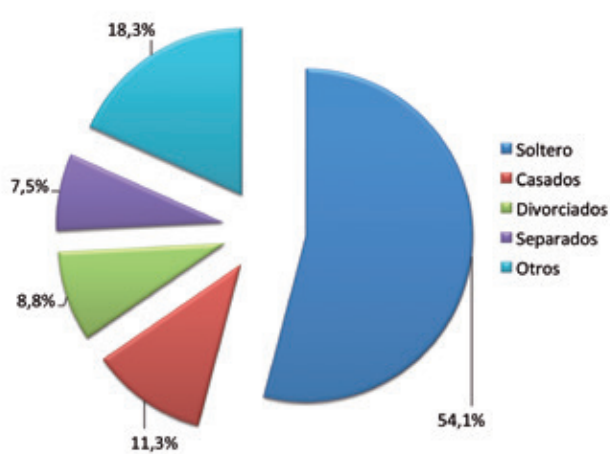
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

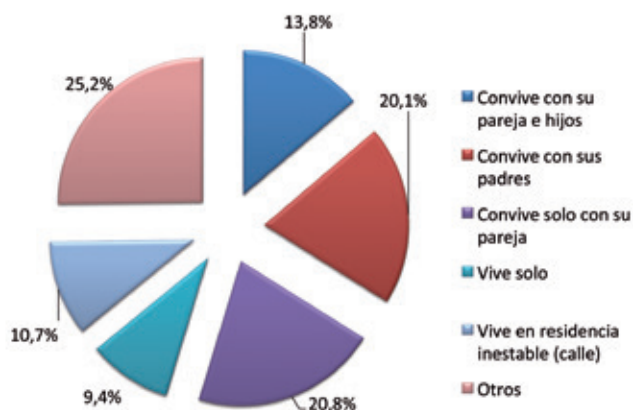


- Las principales vías de consumo son la vía esnifada, la vía oral y la vía inhalada. El 25,2% reconoce haberse inyectado sustancias psicoactivas alguna vez, sobre todo consumidores de heroína y policonsumo.
- El 81,8% no ha sufrido *delirium tremens*. Del resto, lo habitual ha sido sufrir 1 episodio.
- El 76,7% no ha sufrido sobredosis. Del resto, lo habitual ha sido sufrir 1-2 episodios.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- El 5% de los ingresos han sido promovidos por el sistema judicial.
- El 8,2% de los atendidos se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

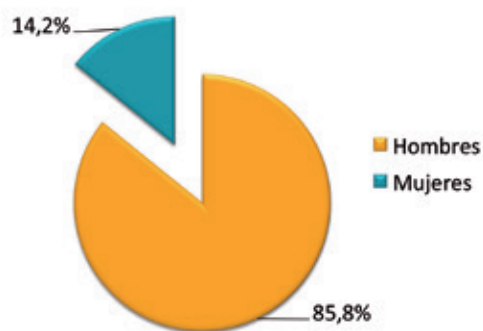


n= 145 CUESTIONARIOS

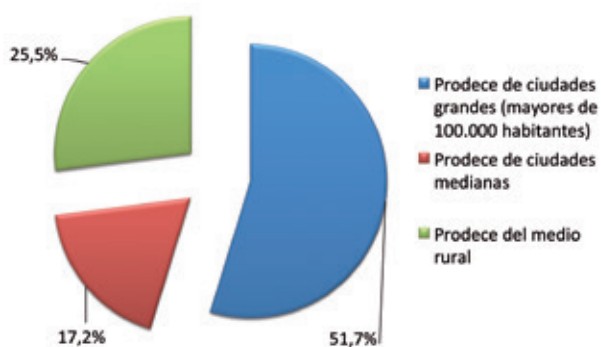


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



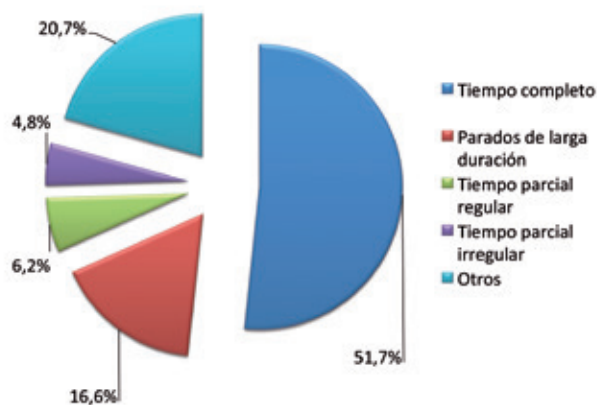
- La edad media es de 35 años, con moda (edad más habitual) de 40 años.
- El 100% de los atendidos son españoles.

► DATOS MÉDICOS

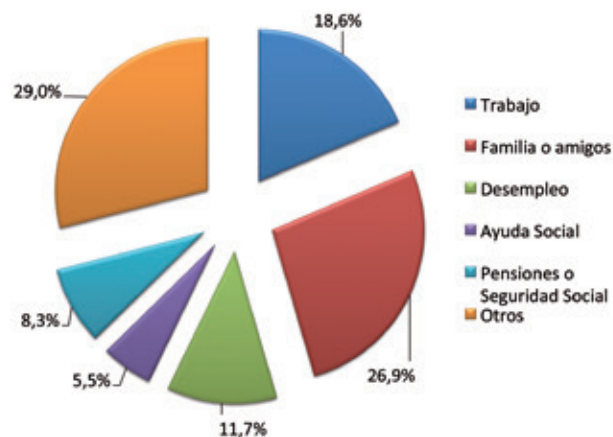
- El 14,5% dicen haber sufrido o sufrir hepatitis.
- El 2,1% informa de diagnóstico de VIH positivo.

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

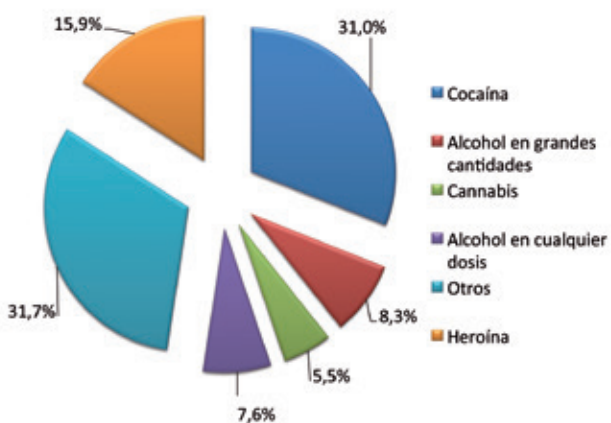


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



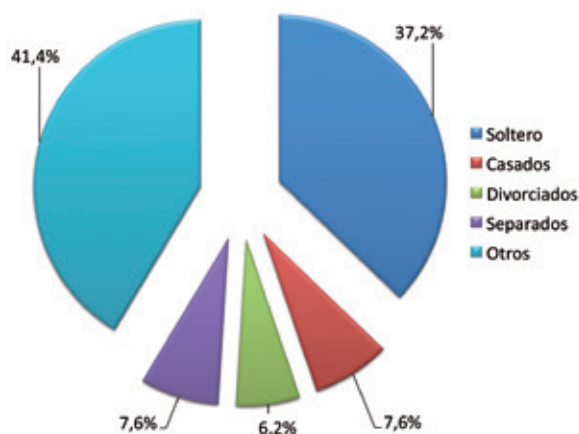
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

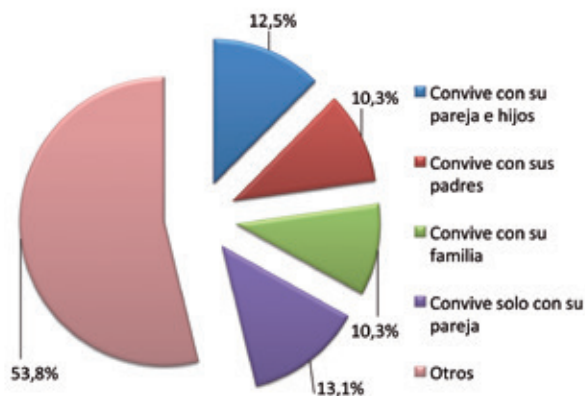


- Las principales vías de consumo de sustancias son la vía esnifada, la vía inhalada/fumada y la vía oral. El 12,4% de los atendidos reconoce haberse inyectado alguna vez sustancias psicoactivas, especialmente los consumidores de heroína.
- El 93,8% no ha sufrido *delirium tremens*. Del resto, lo habitual ha sido sufrir 1 episodio.
- El 82,8% no ha sufrido sobredosis de drogas. Del resto, lo habitual ha sido sufrir 1 episodio.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- El 3,4% de los ingresos han sido promovidos por el sistema judicial.
- El 4,1% de los usuarios se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

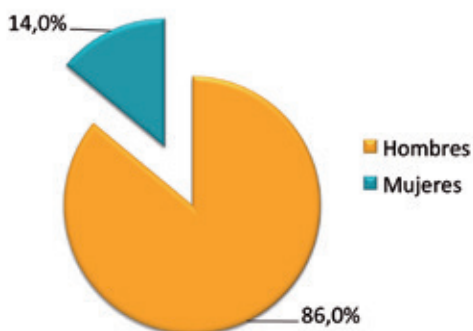
COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA



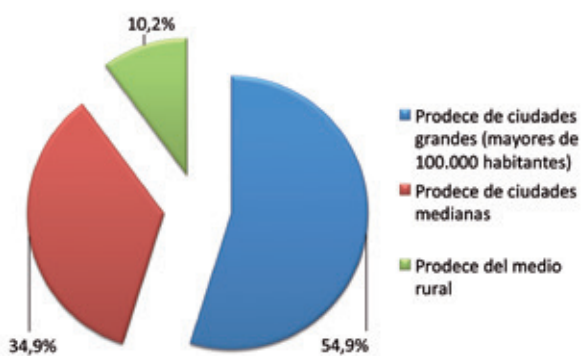


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



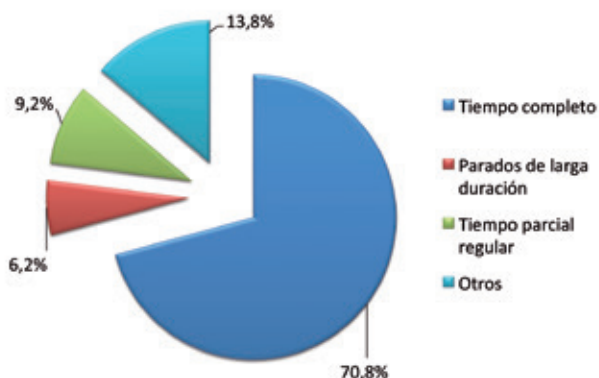
- La edad media es de 38,5 años, con modas (edad más habitual) de 39, 34 y 42 años.
- El 100% de los atendidos son de nacionalidad española.

► DATOS MÉDICOS

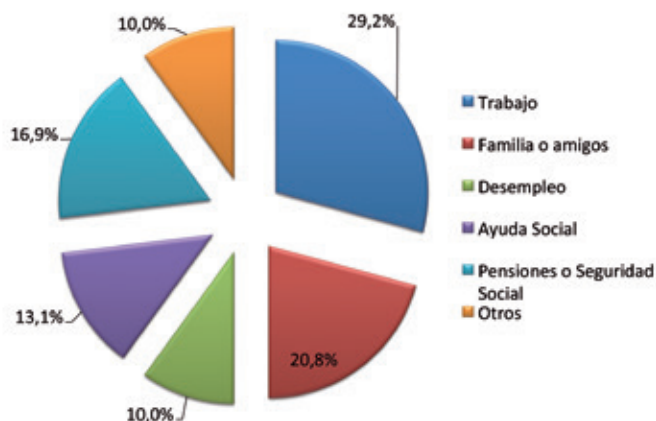
- El 16,2% ha sufrido o sufre hepatitis.
- Un 6,1% informa de diagnóstico de VIH positivo. El 6,8% de las personas entrevistadas rehúsa contestar la pregunta "Resultado analítica VIH".

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

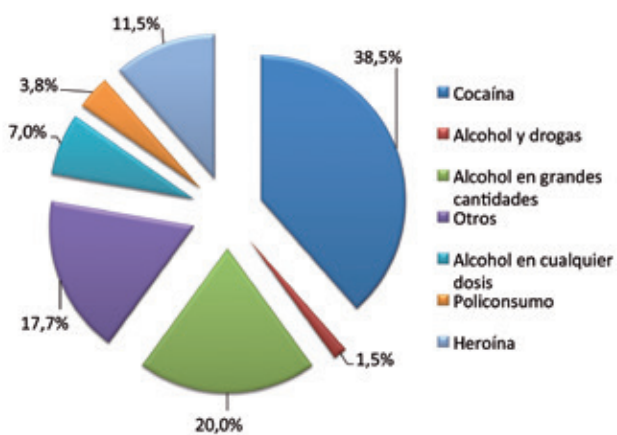


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



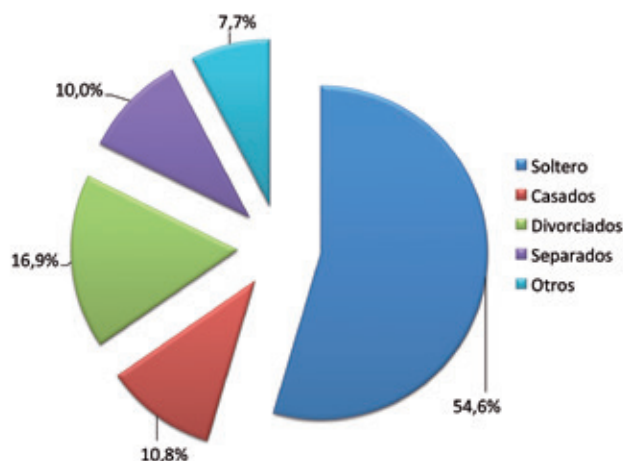
- Las principales vías de consumo de la sustancia principal son la vía esnifada, la vía oral y la vía inhalada. Además, el 16,2% se ha inyectado sustancias psicoactivas alguna vez (fundamentalmente consumidores de heroína y policonsumidores).
- El 84,6% no ha sufrido *delirium tremens*. Del resto, lo habitual ha sido presentar 1-2 episodios.
- El 77,7% no ha sufrido sobredosis. Del resto, lo habitual ha sido presentar 1 o 3 episodios.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

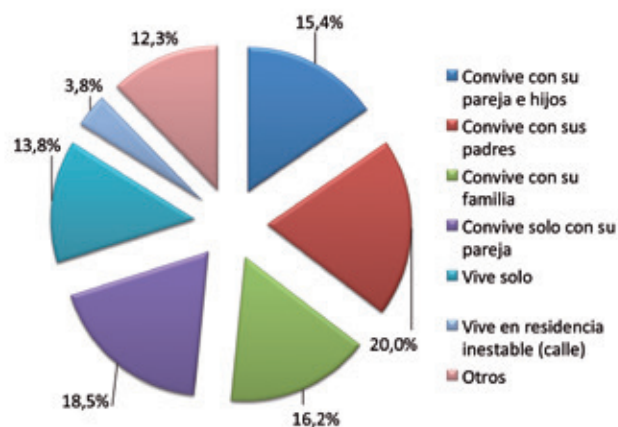
- El 5,4% de los ingresos han sido promovidos por el sistema judicial.
- El 4,6% de los atendidos están en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL



COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA



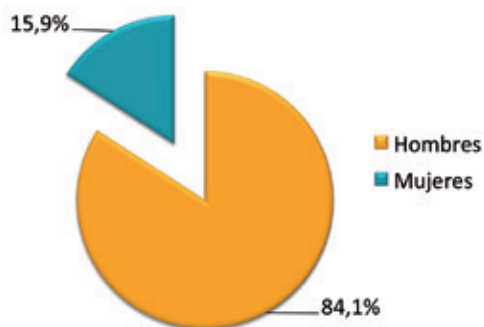
n= 149 CUESTIONARIOS

Centros de P.H.: Burgos, León, Salamanca, Valladolid.

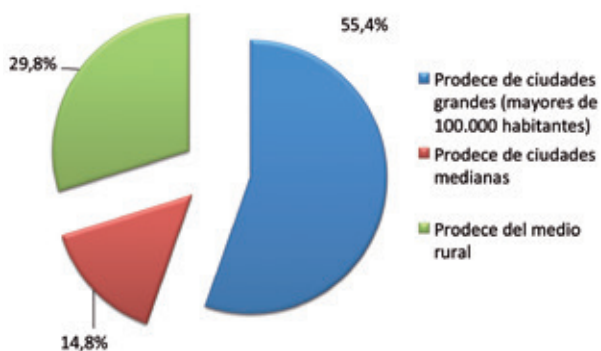


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



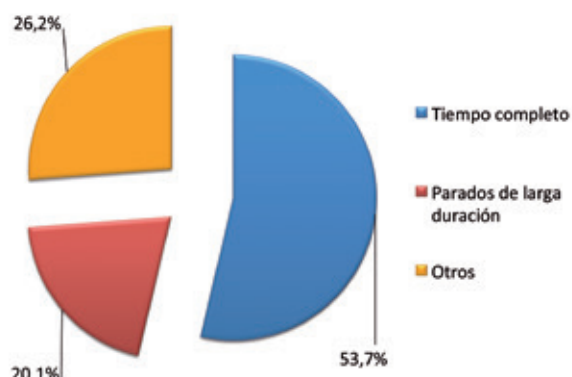
- La edad media es de 33,5 años, con moda (edad más habitual) de 29 años.
- Nacionalidad española en un 100% de los casos.

► DATOS MÉDICOS

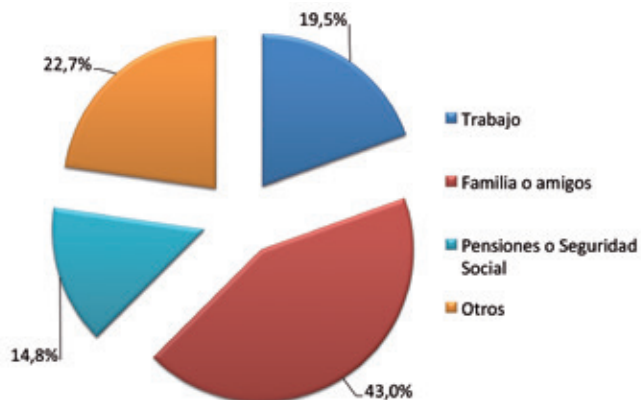
- Un 16,1% informa de diagnóstico (actual o pasado) positivo para hepatitis.
- El 2,7% informa de diagnóstico de VIH positivo.

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

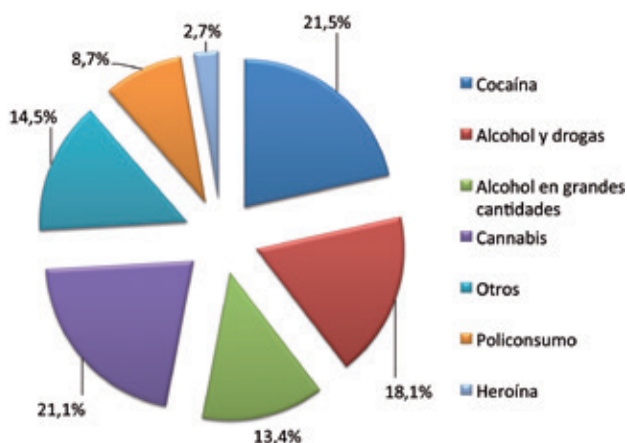


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



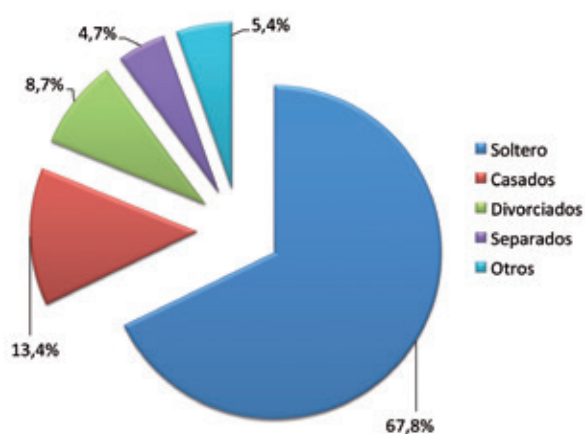
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

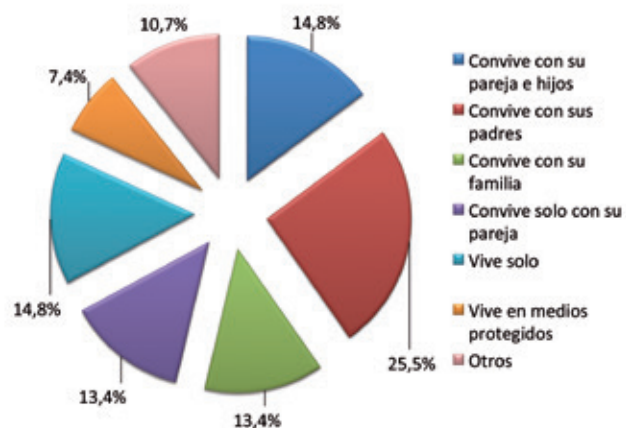


- Las principales vías de uso de sustancias son la vía esnifada, la vía oral y la vía inhalada/fumada. Un 12,8% se ha inyectado drogas por vía parenteral, especialmente los consumidores de heroína y policonsumidores.
- El 98,7% no ha sufrido *delirium tremens*. Del resto, lo habitual es haber presentado 1 episodio.
- El 90% no ha sufrido sobredosis. Del resto, lo habitual ha sido haber presentado 2 episodios.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- En el 10,1% de los atendidos el inicio del tratamiento ha sido promovido por el sistema judicial.
- El 1,3% se encuentra en situación de libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

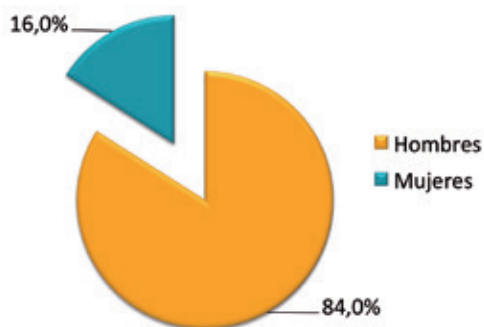


n= 437 cuestionarios

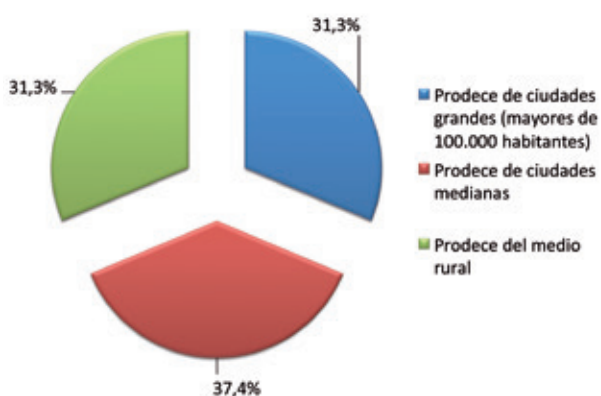


► **DATOS GENERALES**

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



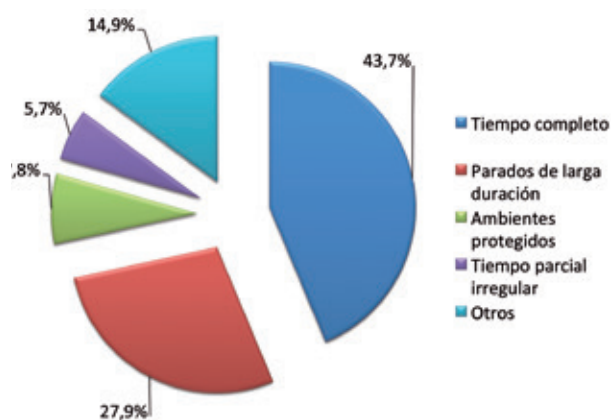
- La edad media es de 28,5 años, con modas (edad más habitual) de 30 y 40 años.
- El 97,9 % de los atendidos son de nacionalidad española, con porcentajes minoritarios y no representativos de otras nacionalidades (brasileña, colombiana, portuguesa, venezolana).

► **DATOS MÉDICOS**

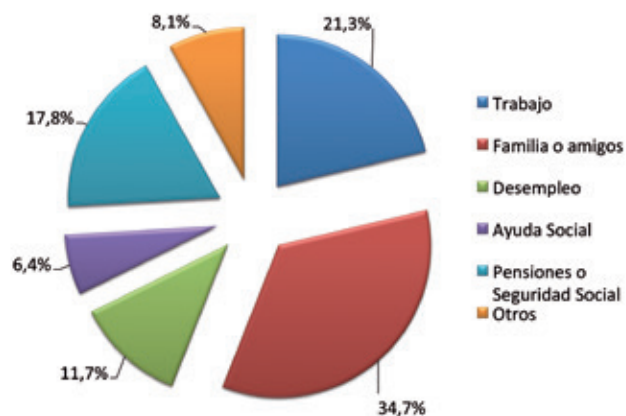
- El 12,6% informa de diagnóstico (actual o pasado) positivo para hepatitis.
- El 1,6% informa de diagnóstico de VIH positivo. Un 10,6% de los entrevistados rehúsa contestar a la pregunta "Resultado analítica VIH".

► **EMPLEO Y SOPORTES**

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

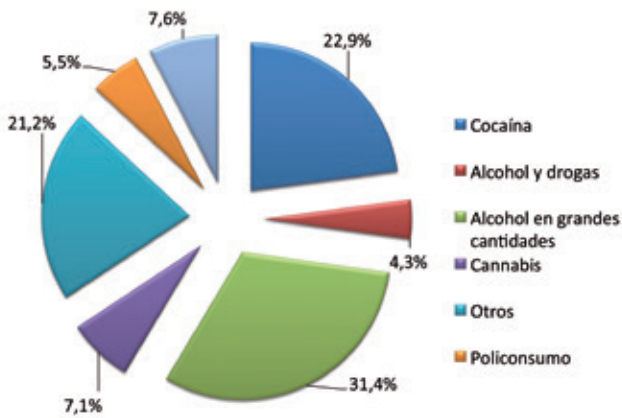


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



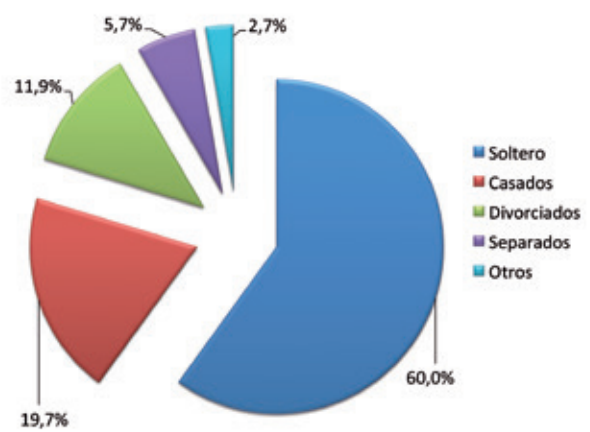
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

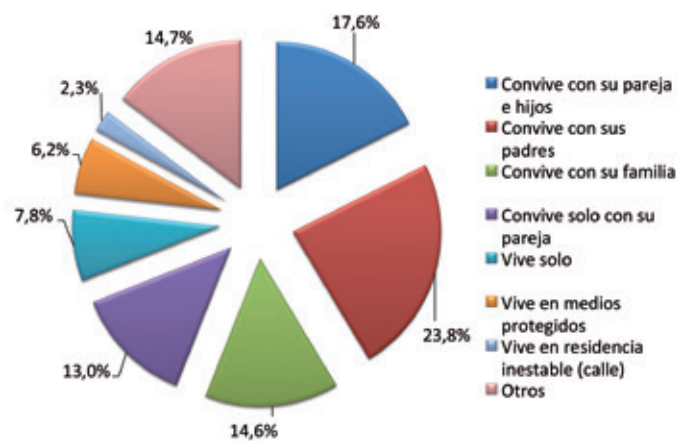


- Las principales vías de consumos son la vía oral, la vía esnifada y la vía fumada/inhalada. El 9,6% reconoce haberse inyectado alguna vez a lo largo de su vida sustancias psicoactivas, fundamentalmente los consumidores de heroína y policonsumidores.
- El 2,3% reconoce haber sufrido *delirium tremens*, siendo lo habitual que hayan pasado 1 episodio.
- El 7,8% reconoce haber sufrido sobredosis por drogas, siendo lo habitual que hayan pasado 1 episodio.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- Un 2,5% de las personas atendidas ha ingresado promovido por el sistema judicial.
- Un 5% de las personas atendidas se encuentra en libertad condicional en el momento de realización de la entrevista.

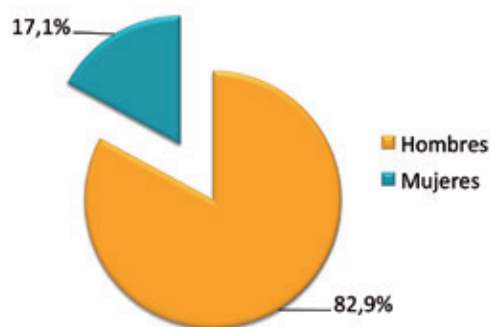
COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA



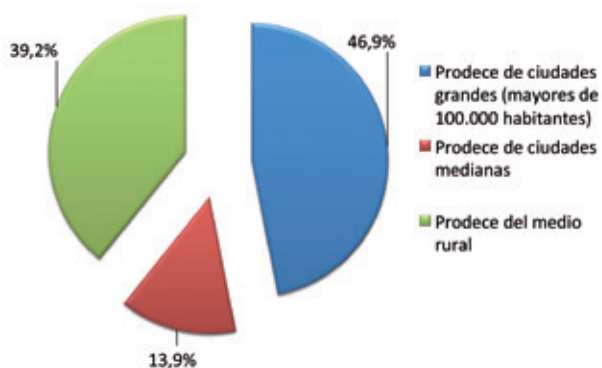


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



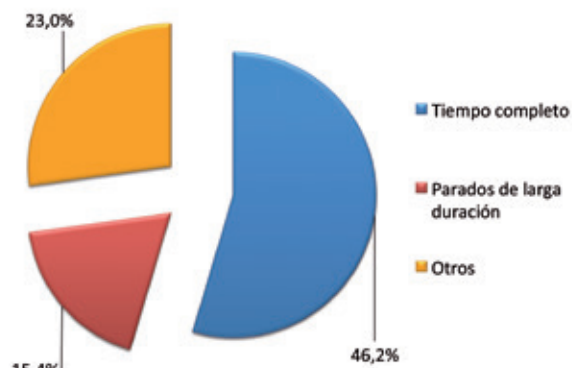
- La edad media es de 33,5 años, con modas (edad más habitual) de 31-36 años.
- De nacionalidad española en el 100% de los casos.

► DATOS MÉDICOS

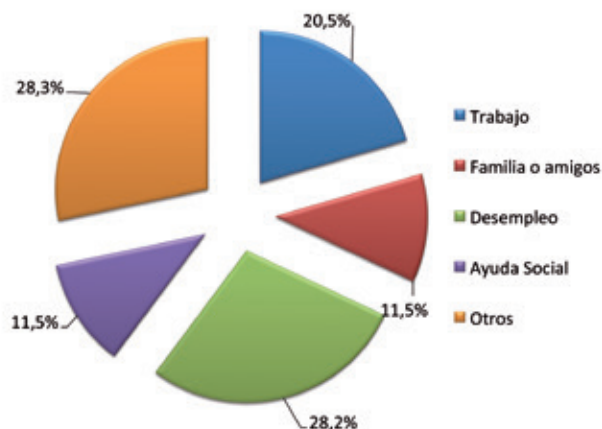
- El 11,5% informa de diagnóstico (actual o pasado) positivo para hepatitis.
- El 1,2% informa de diagnóstico de VIH positivo. Un 10,3% de los entrevistados rehúsa contestar la pregunta "Resultado analítica VIH".

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

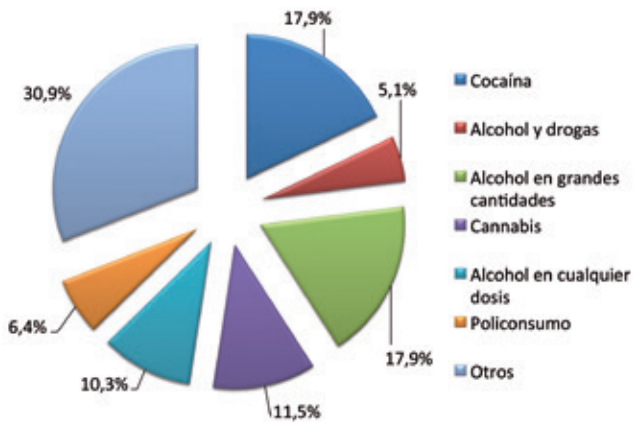


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



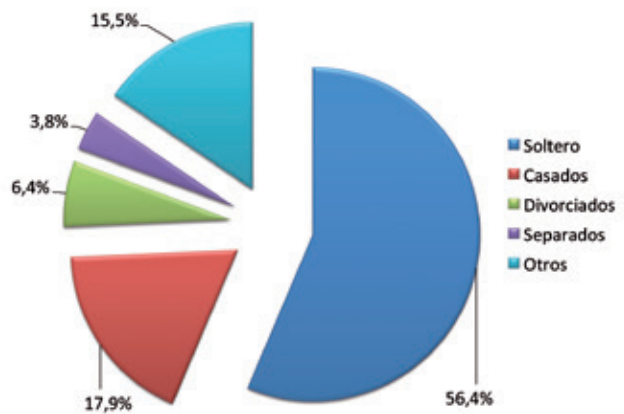
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL

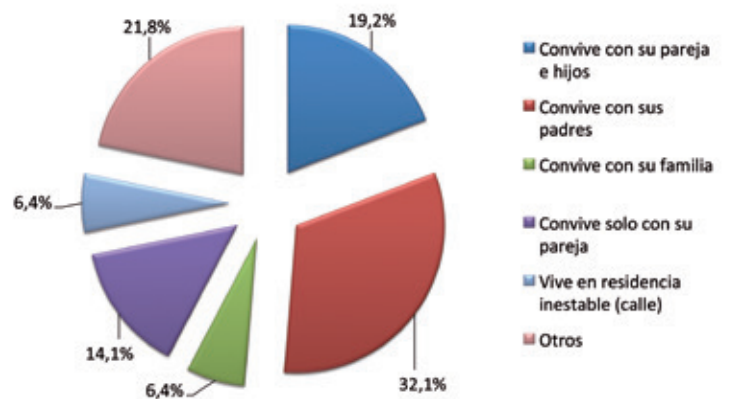


- Las principales vías de consumo son la vía oral, la vía esnifada y la vía fumada/inhalada. El 7,7% se ha inyectado alguna vez sustancias psicoactivas, fundamentalmente consumidores de heroína y policonsumidores.
- El 91% no ha sufrido *delirium tremens*. Del 9% restante, lo habitual ha sido tener 1 episodio.
- El 88,5% no ha sufrido sobredosis. Del 11,5% restante, lo habitual ha sido tener 1 episodio.

► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- El 12,8% ha ingresado promovido por el sistema judicial.
- El 11,5% de los atendidos se encuentra en libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.

COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

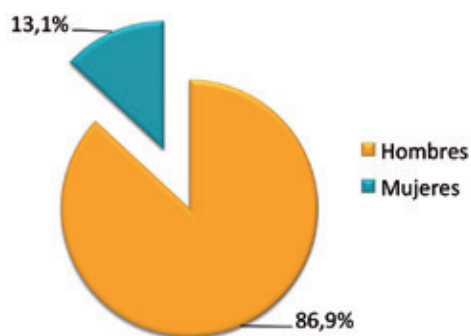


n= 122 CUESTIONARIOS

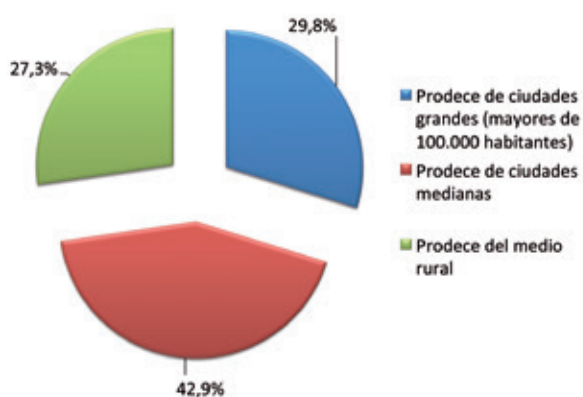


► DATOS GENERALES

COMPARATIVA:
HOMBRES / MUJERES EN TRATAMIENTO



COMPARATIVA:
LUGAR DE PROCEDENCIA



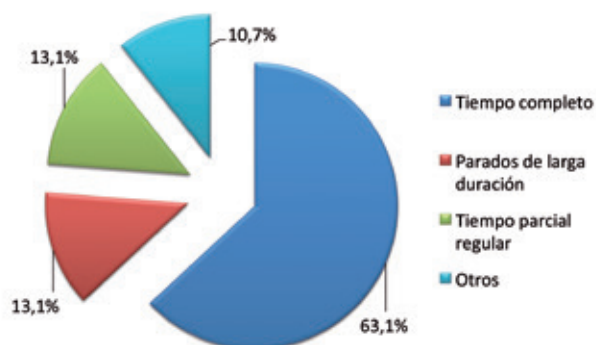
- La edad media de los atendidos es de 32,5 años, con modas (edad más habitual) de 27-30 años.
- Un 100% es de nacionalidad española.

► DATOS MÉDICOS

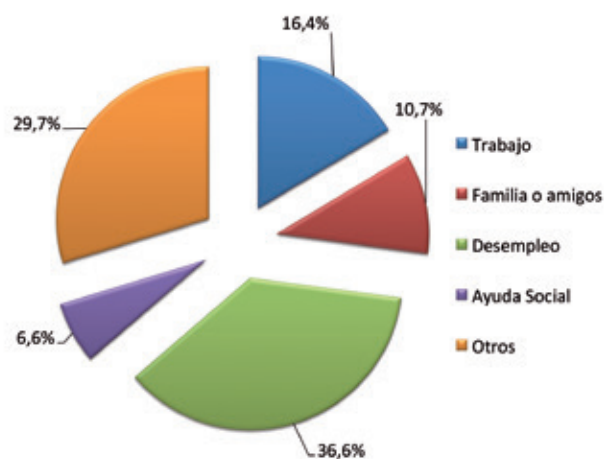
- Un 10,7% informa de diagnóstico (actual o pasado) positivo para hepatitis.
- Un 4,1% informa de diagnóstico de VIH positivo.

► EMPLEO Y SOPORTES

COMPARATIVA:
PATRÓN DE EMPLEO (ÚLTIMOS 3 AÑOS)

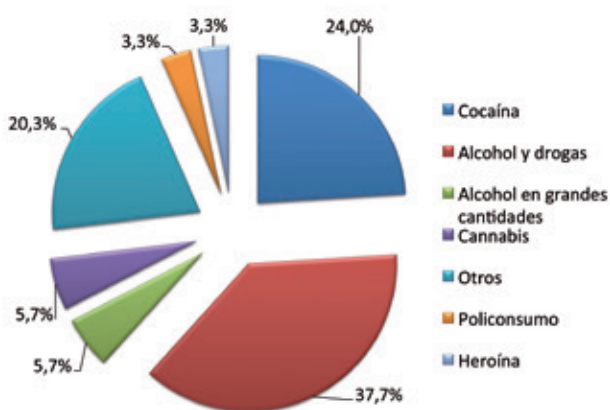


COMPARATIVA:
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS



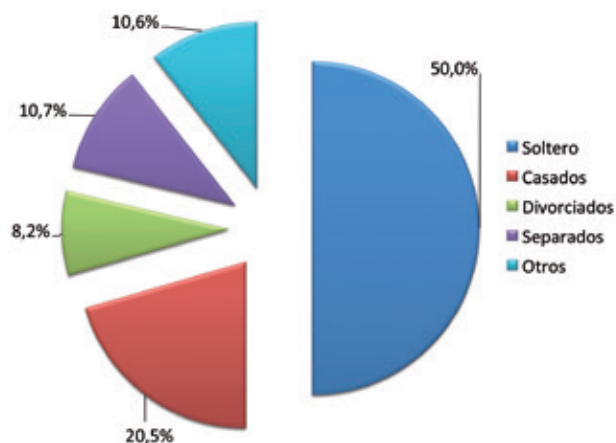
► CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA RECONOCIDA COMO PRINCIPAL PROBLEMA



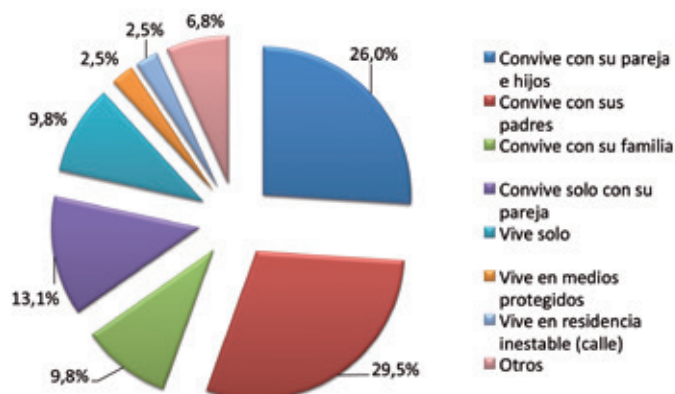
► CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

COMPARATIVA: ESTADO CIVIL



- Las vías de consumo principales son la vía oral, la vía esnifada y la vía fumada/inhalada. El 9% se ha inyectado alguna vez sustancias psicoactivas, fundamentalmente consumidores de heroína y policonsumidores.
- Un 92,6% no ha sufrido *delirium tremens*. Del 7,4% restante, lo habitual ha sido tener 1 episodio.
- El 87,7% no ha sufrido sobredosis. Del 12,3% restante, lo habitual ha sido tener 1 episodio.

COMPARATIVA: SITUACIÓN DE CONVIVENCIA



► ÁREA JURÍDICO- LEGAL

- El 4,9% de los atendidos ha ingresado promovido por el sistema judicial.
- El 6,6% de los atendidos se encuentra en situación de libertad condicional en el momento de la admisión a tratamiento.







5

Conclusiones y recomendaciones

5.1. CONCLUSIONES

► 5.1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS GENERALES

Como primera conclusión, cumpliendo el compromiso expresado en el Informe 2012, la distribución muestral se ha incrementado en lo referente a la presencia femenina. Esto va en consonancia con lo informado por los centros en sus datos anuales, y podemos inferir que se aprecia una mayor accesibilidad de las mujeres a los recursos, si bien aún se encuentran distantes del grupo de hombres.

En lo que respecta a la edad, la distribución muestral coincide con los perfiles que habitualmente acceden a los programas de tratamiento.

► Estado civil

La población estudiada continúa siendo mayoritariamente soltera, detectándose un ligero incremento en personas casadas y separadas entre quienes acuden a tratamiento. Este dato es preciso observarlo en futuros informes, a fin de establecer si es concluyente, si muestra alguna tendencia y si podemos inferir la conflictividad familiar como un factor asociado a las conductas adictivas o a ser recogida la información al inicio de un programa de tratamiento. A este respecto, en relación con el porcentaje de personas que informan de conflictos en la pareja, y que prácticamente se mantiene estable respecto al año anterior, no podemos asegurar que ambos factores estén relacionados.

En concreto, entre las mujeres participantes en el estudio, superan a los hombres en el porcentaje de separadas o divorciadas. Además hay menos mujeres que se encuentran actualmente casadas o solteras y hay más viudas.

► Nivel de estudios

Si bien la muestra sigue presentando un elevado nivel de personas en una clara situación de desventaja social en cuanto al nivel de estudios, accede a tratamiento un porcentaje ligeramente mayor de personas con estudios superiores.

El grupo de mujeres que demanda tratamiento presenta porcentajes más elevados de diplomaturas o licenciaturas, siendo prácticamente igual el porcentaje de mujeres y hombres que han alcanzado estudios medios, y siendo menores los porcentajes de mujeres frente a los hombres en las categorías estudios básicos/

sin estudios. Por tanto, podemos afirmar que las mujeres que acceden a tratamiento cuentan con un mayor nivel académico que los hombres representados.

Por otro lado, quienes consumen heroína o se declaran “policonsumidores” presentan el perfil más bajo en lo relativo al área académica.

► Núcleo de Convivencia

La mayoría de personas que acceden a tratamiento en los Centros de Proyecto Hombre continúa residiendo con la familia de origen. Este hecho no aporta información nueva respecto a otros estudios, ya que es lo habitual entre la población con trastornos adictivos.

Por otro lado, sí es preciso observar en un futuro inmediato o en un análisis de tendencias sociales, si el pequeño incremento detectado en lo referente a las personas que viven solas se torna en un valor significativo, ya que supone un claro factor de riesgo no contar con red primaria de apoyo en cuanto a la residencia habitual.

Cabe destacar que las mujeres conviven en menor medida con la familia de origen, haciéndolo bien solas, bien con otros miembros de la red primaria de apoyo (amigos) o en un domicilio “inestable”.

Como ya se reflejó en el anterior Informe 2012, las mujeres conviven en mayor medida que el grupo de hombres con sus hijos y, se observa también que conviven en mayor medida que el grupo de hombres con su pareja. Esto podría interpretarse como significativo si tenemos en cuenta que, a su vez, el grupo femenino presenta el mayor porcentaje de personas separadas/divorciadas. Quizá este hecho redunde en una posible mayor “dependencia” de las mujeres que acceden a tratamiento respecto al de los hombres atendidos. En este sentido podemos afirmar que, aunque las relaciones de pareja sean conflictivas, como veremos en el apartado correspondiente al “Incremento del riesgo de exclusión”, la tendencia de las mujeres con problemas de adicciones es convivir en pareja.

► Conflictividad Familiar

Los conflictos que se presentan en relación a la familia, sea esta de origen o adquirida, suponen porcentajes relativamente elevados.

Las personas que acceden a tratamiento manifiestan experimentar problemas serios en el ámbito familiar en 6 de cada 10 casos para la familia de origen y 7 de cada 10 casos para la familia adquirida.



Los hombres informan en mayor grado de la presencia de conflictos familiares, tanto con la familia de origen como con la pareja.

El mayor grado de conflictividad, disgregando los grupos en base a la sustancia por la que demandan tratamiento, se encuentra en los grupos de alcohol, con un mayor número de separados/divorciados.

› Fuente de ingresos/Patrón de empleo

El perfil económico y laboral de quienes demandan tratamiento presenta un mayor deterioro respecto a los datos del ejercicio 2012, puesto que un mayor porcentaje percibe sus ingresos de ayudas diversas (familia, subsidios...). Esto supone una seria dificultad para el alcance de los objetivos de inserción socio-laboral tras la finalización del proceso de tratamiento.

Sin embargo, el patrón de empleo de quienes trabajan es regular: 6 de cada 10 personas que se encuentran insertadas laboralmente cuenta con un contrato a jornada completa (al igual que la proporción observada en 2012).

Se incrementa en 1 punto el porcentaje de personas que sufren problemas económicos, representando el 50% de la muestra. El otro 50% de los casos analizados no sufren problemas de este tipo. En el apartado 5.1.2 "Incremento del riesgo de exclusión", analizaremos con más detenimiento estas variables.

El salario mínimo percibido por quienes trabajan ha descendido en 175'77€. Este dato es significativo, tanto por el descenso en los ingresos, como por la relación que puede representar con el acceso de más mujeres a tratamiento (en clara desventaja en el aspecto salarial). También hay un pequeño porcentaje de personas de titulaciones superiores en esta situación (ligeramente superior respecto a los valores de 2012).

Las mujeres dependen en mayor medida de su red primaria de apoyo en lo referente al soporte económico, se encuentran empleadas en un menor porcentaje que los hombres y desciende el porcentaje de mujeres que tienen como fuente de ingresos prestaciones/ayudas o actividades ilegales. Por tanto, parece que quien sustenta económicamente a las mujeres que acceden a tratamiento es la red primaria de apoyo. Si a esto añadimos que en el caso de las mujeres ha incrementado la prostitución como fuente de ingresos y que las mujeres manifiestan en mayor medida tener problemas económicos, parece que nuevamente se sitúan en una situación de desventaja social.

Quienes consumen alcohol (sólo o mezclando con otras drogas) o cocaína representan el grupo que percibe en mayor medida sus ingresos del empleo. El grupo de heroína y de policonsumo es el que en menor porcentaje percibe sus ingresos del empleo.

En lo referente a los problemas económicos, el grupo de quienes consumen cannabis es el que en mayor medida manifiesta este tipo de problemática, seguido de quienes consumen alcohol (sea cual sea la modalidad).

› Uso de sustancias

El alcohol ocupa el primer lugar como “sustancia problema”, lo que puede estar indicando una mayor percepción social respecto a la nocividad y problemática vinculada a este tipo de consumo.

En cuanto a la vía de consumo, cabe destacar que la vía parenteral continúa, aunque progresivamente en descenso. Además, esta vía está vinculada casi por completo a los consumidores de heroína y los policonsumidores.

El tiempo medio de consumo de quienes acceden a tratamiento antes de acudir a los recursos de Proyecto Hombre, se incrementa en 1'5 años, lo que puede implicar mayor deterioro, tanto cognitivo como orgánico, familiar, social, etc.

Como anteriormente hemos apuntado, tanto hombres como mujeres que acceden a tratamiento lo hacen principalmente por problemas con el alcohol, seguidos por la cocaína como principal sustancia. Así mismo, las mujeres presentan 1'4 años menos de consumo cuando acceden a tratamiento, y se inician más tarde que los hombres, por lo que podríamos estimar un menor porcentaje de deterioro en el grupo femenino.

En general, se extrapola de los datos recogidos que los consumidores de alcohol acceden más tarde y con mayor edad a los programas de tratamiento, e inician el consumo antes que el resto de los grupos, por lo que se estima que el grado de deterioro es superior.

En relación al perfil de heroína, que ya de por sí muestra una dinámica menos lineal que la de otros perfiles en su proceso terapéutico -con una mayor incidencia de interrupciones temporales en los tratamientos- se ha detectado un elevado número de reingresos en diferentes programas y servicios. Este hecho podría sugerir la presencia de un perfil diferente o de una categoría diferenciada dentro del perfil comúnmente asociado al consumo de heroína. Se trataría, en este caso, de un perfil que habría hecho un uso más o menos recurrente no sólo de los dispositivos de Proyecto Hombre, sino de los diferentes servicios de la red pública de atención a la drogodependencia, más institucionalizado y con mayor cronicidad en su problema de adicción.

› Salud

Las personas analizadas en base a los tratamientos recibidos en Proyecto Hombre manifiestan haber accedido a otros tratamientos en mayor porcentaje que en el Informe 2012, si bien el porcentaje adscrito a este grupo continúa siendo pequeño.

El VIH presenta cada vez menor prevalencia y los episodios de *delirium tremens* y sobredosis se mantienen en porcentajes reducidos. La presencia de casos de VIH-SIDA en personas que consumen alcohol y cocaína, hace pensar en una mayor relevancia de la transmisión por vía sexual frente a la parenteral en estos grupos de consumidores.

Además, se detecta que los hombres acceden en mayor medida, respecto a las mujeres, a otros tratamientos



antes de solicitar su ingreso en alguno de los programas de Proyecto Hombre, siendo los recursos ambulatorios los que realizan con mayor frecuencia. De estos, las personas que consumen heroína o practican policonsumo han hecho uso de otros recursos para el tratamiento en mayor medida que el resto.

A pesar de haber descendido respecto al informe 2012, se observa un porcentaje significativo de personas que se inyectan drogas psicoactivas (como hemos mencionado anteriormente, fundamentalmente consumidores de heroína y policonsumidores), lo que hace necesario seguir afrontando este grave problema epidemiológico.

➤ Situación Legal

Ha incrementado el porcentaje de quienes acceden a tratamiento y han cometido delitos. También incrementa el porcentaje de mujeres que manifiesta haber ingresado en prisión antes del inicio de tratamiento y, por otro lado, se da un descenso en la población masculina.

En base a la relevancia que el establecimiento de vínculos significativos con la red primaria de apoyo presenta como factor de riesgo o protección, según sea el caso, en el presente informe se ha estimado pertinente analizar con detenimiento dichas variables, cuyo resultado se presenta a continuación.

Los hombres cometen más delitos que las mujeres, incrementando ligeramente el número de delitos totales.

Los delitos contra la propiedad siguen ocupando el primer puesto en cuanto al tipo de transgresión legal.

El porcentaje de personas policonsumidoras y consumidoras de heroína que delinquen es significativamente superior al del resto de sustancias.

▶ 5.1.2. INCREMENTO DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN

En 2013 se ha registrado una disminución del porcentaje de personas que disponían de una ocupación remunerada en el momento del ingreso en los diferentes programas de Proyecto Hombre. Este descenso contrasta con un ligero incremento comparativo en cuanto al nivel de estudios acabados (ha crecido tanto la proporción de personas con estudios medios como la de universitarios). Esto podría ser un indicador del aumento del riesgo de exclusión social para determinados perfiles de drogodependientes que, por disponer de formación, empleo y una mayor o menor red social articulada a su vez sobre el entorno familiar

y laboral, se encontraban relativamente alejados del perfil tradicional de drogodependiente en situación de exclusión. Estos perfiles, por la concomitancia de la adicción y el impacto del desempleo, estarían siendo desplazados a una posición más periférica desde el punto de vista de la inclusión social.

De todas maneras, no hay que olvidar que las carencias formativas básicas siguen siendo el factor predominante entre las personas que acceden a nuestros programas educativo-terapéuticos: tres de cada cuatro no han acabado los estudios o tan sólo han alcanzado una formación básica. Y es que, a la problemática de la adicción, hay que sumar las dificultades que presenta actualmente el mercado de trabajo para el acceso al empleo, así como la relativa facilidad con la que las personas con una menor formación y competencias profesionales pueden ser desvinculadas indefinidamente de la actividad laboral.

En cualquier caso, entre las personas que accedieron a tratamiento en 2013, el empleo ha dejado de ser la principal fuente de ingresos económicos (29,09%) en favor de la red primaria de apoyo (35,3%). Prácticamente se han invertido los porcentajes registrados en 2012, lo que ha situado al entorno sociofamiliar como el principal apoyo económico de las personas con un problema de adicción.

Los datos obtenidos en este nuevo informe reflejan también un aumento de las personas que viven solas así como de las que viven en su núcleo familiar de origen. Este último dato apunta a una mayor incidencia de la interrupción de procesos vitales de individuos ya emancipados, así como a la imposibilidad de emancipación de los más jóvenes. Seguramente, también implica una reducción de las redes sociales de las personas drogodependientes, que se retrotraen a su entorno más inmediato en busca de apoyo. Al mismo tiempo, el impacto negativo de la coyuntura económica sobre los núcleos familiares, implica también la precariedad a corto o medio plazo de la que constituye la última fuente de recursos económicos legales para un porcentaje creciente de las personas que demandan tratamiento en los programas de Proyecto Hombre.

Por otra parte, el envejecimiento relativo de la población atendida, con una media de edad de 36,5 años (un año más que en 2012) es otro condicionante que supone un reto añadido para la inserción laboral, elemento clave en el proceso de la inclusión social de las personas que superan o intentan superar su adicción.

Todos estos aspectos se agravan cuando se enfocan desde una perspectiva de género.

Aunque en conjunto las mujeres presentan un mayor nivel de estudios que los hombres, tanto la media de edad de las mujeres que llegan a tratamiento como su nivel de desempleo son mayores. También la dependencia de la red primaria como principal apoyo económico resulta significativamente superior al de los hombres.

Sin embargo, su mayor afectación en relación a problemas económicos no evita que las mujeres con un problema de adicción acaben responsabilizándose en solitario de sus hijos/as en mucha mayor medida que los hombres -el 10% frente a un 0,5% de hombres-.

Además, considerando la precarización de las condiciones económicas y sociales que han sufrido las mujeres drogodependientes en el último año, también es necesario hacer referencia a un crecimiento comparativamente superior tanto de la prostitución como de las actividades delictivas (aunque se trate de unos porcentajes relativamente pequeños, con un valor más cualitativo que cuantitativo).

Así, podemos afirmar que en 2013, no sólo han aumentado los factores asociados al riesgo de exclusión entre las personas atendidas en Proyecto Hombre, sino que éste se ha dado de manera más acusada entre las mujeres.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se debe considerar la necesidad de potenciar las actividades y servicios de formación y de orientación e inserción laboral. Además, las necesidades formativas y de inserción laboral deberían ser contempladas y acometidas de manera coherente con el resto de la terapia ya desde el inicio del tratamiento, puesto que la complejidad actual de los procesos de inserción laboral dificultan que puedan circunscribirse a la fase final del tratamiento. Esto supone integrar y planificar el proceso educativo-terapéutico y el proceso de inclusión social en función de las características y necesidades de cada individuo y teniendo en cuenta un enfoque de género, de manera que la adquisición de la formación y el desarrollo de las habilidades y competencias personales y labores se vayan articulando a lo largo del programa.

Por otra parte, la precariedad laboral actual también aconsejaría la posibilidad de ampliar los servicios de apoyo en materia de orientación e inserción laboral como eje de la inclusión social, más allá de la obtención del alta educativo-terapéutica. Este tipo de acompañamiento con posterioridad al alta permitiría consolidar el proceso de inclusión social, tanto en relación a la ocupación como en el desarrollo y fortalecimiento de la red sociolaboral, previniendo y/o

atenuando el impacto negativo de posibles períodos de desempleo que podrían poner en peligro el proceso terapéutico precedente.

► 5.1.3. RELACIONES FAMILIARES

Podemos aseverar que las personas con problemas de adicciones acarrear relaciones conflictivas y distantes en diferentes ámbitos. En cualquier caso, esa falta de estabilidad en las relaciones afectivas no es un problema puntual y pasajero, sino, por desgracia, suele ser un patrón relacional que los acompaña a lo largo de la mayor parte de su vida.

Como muestra, con la intención de aportar mayor claridad al tipo de relaciones que mantienen las personas con problemas de adicciones, podemos ver que casi la mitad de los entrevistados, no ha tenido nunca relaciones estables, ni próximas, ni duraderas, con las figuras de apego más importantes a lo largo de su vida.

En primer lugar el 40,3% de los hombres sostiene que las relaciones con su madre no han sido buenas. Teniendo en cuenta la gran importancia que supone para las personas esta figura de apego, podemos hacernos una primera idea de la dimensión del problema que tenemos entre manos. El dato de las mujeres, en este caso es algo inferior, bajando a un 25%.

Hemos de decir que esa diferencia no sabemos muy bien a qué es debida. Posiblemente sea porque ellas, cuando empiezan a tener problemas con las sustancias, esconden más su adicción y terminan por abandonar el hogar antes que los hombres, con lo cual el conflicto es inferior o más indirecto.

En cuanto a la cercanía con los padres, los datos reflejan una relación lejana e infrecuente con ellos para un 37'3% de los hombres y un 39% en mujeres. Asimismo, la relación con los hermanos es igualmente complicada para un 42,4% de los hombres y un 39% de las mujeres.

En este orden de cosas, otro dato que muestra la trasmisión del problema, y que nos puede invitar a reflexionar sobre el tipo de modelo y el tipo de identificaciones que se establecen en la familia, es la relación con sus hijos. El 38,4% de los hombres tiene problemas con sus hijos y este porcentaje sube hasta el 49'7% en las mujeres. Resulta curioso que este dato sea superior en ellas puesto que el análisis también nos muestra que es la mujer quien se suele ocupar de sus descendientes. Sin intención alguna de sentar cátedra podemos pensar que, la diferencia en datos, viene marcada por la culpabilidad que acarrea para la mujer su adicción, al sentirse responsable del cuidado de los hijos.



Como resulta lógico, los porcentajes se disparan cuando preguntamos por otros familiares, el 59,9% de los hombres y el 63'2% de las mujeres tiene una relación distante e infrecuente con ellos.

Por último, en cuanto a los amigos íntimos vemos que más de la mitad de los hombres, el 51,3%, no tiene buena relación y lo mismo ocurre con el 57'3% de las mujeres.

► 5.1.4. ABUSOS FÍSICOS PSÍQUICOS Y SEXUALES

Posiblemente uno de los puntos más notorios de este Observatorio sea el relativo a los abusos sexuales. Dato que puede ser muy revelador en cuanto al sufrimiento que acarrearán muchas personas con problemas de adicciones. Por otro lado, vemos que es una evidencia igualmente imprescindible a la hora de entender la causa del desarrollo de las adicciones; un ítem que merece que nos detengamos.

De entrada es necesario recalcar que, dada la importancia del problema, no se trata de una investigación aislada o marginal sin relieve científico. Encontramos muchos trabajos que relacionan claramente ambas variables, abuso sexual en la infancia y drogodependencia. (Briere y Runtz, 1988; Hurley, 1991; López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995; Jarvis y Copeland 1997; Moreno, Prior y Monge, 1998; López y del Campo, 1999; Molnar, Buka y Kessler, 2001; Dunlap, Golub y Johnson, 2003; Owens y Chard, 2003; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson y Oates, 2003; Sartor, Lynskey, Bucholz, McCutcheon, Nelson, Waldron et al. 2007; Bentley y Widom, 2009). Todos estos estudios obtuvieron resultados que están en coherencia con los obtenidos por el Informe del Observatorio de Proyecto Hombre 2013.

Como muestra podemos comentar algunos estudios más cercanos en el tiempo. Así, en primer lugar encontramos la revisión realizada por el Grupo Europeo IREFREA (2001), concluye que entre un 50% y un 80% de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abusos sexuales en su infancia. En otro meta-estudio se sostiene que el porcentaje de mujeres diagnosticadas de una dependencia de sustancias y que ha sufrido abusos sexuales oscila entre el arco del 23% a un 74% (Meneses, 2002). Tres años después, Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (2005) en la sexta edición de su Manual Sexualidad Humana, y citando un estudio sobre experiencias adversas en la infancia de Edwards, Holden, Felitti y Anda (2003), escriben que: los niños que son objeto de abusos sexuales pueden sufrir una variedad de dolencias psicológicas a corto o largo plazo, entre las cuales incluyen el abuso de drogas. También ese mismo año, Llopis, Castillo, Rebollida y Stocco (2005) asevera que la incidencia del abuso sexual y malos tratos entre las adictas europeas estudiadas es del 69%.

En España, Pérez del Río y Martín (2007), expusieron la clara relación entre adicciones sin sustancia y abusos sexuales, y destacaron la importancia de abordar la sexualidad desde el inicio del tratamiento. Asimismo, encontramos estudios como Pérez del Río, Lara y González (2010), un trabajo que examinó la relación entre haber sido diagnosticado de dependencia a sustancias según el DSM-IV TR (APA, 2002) y algunos aspectos referentes a la sexualidad en 83 personas que habían estado en tratamiento en Proyecto Hombre Burgos en estos últimos 19 años. Tras el análisis de los datos se encontró, -en el caso de las mujeres-:

- una correlación significativa positiva entre el consumo de drogas y haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia 37,8%,
- haber tenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos 51,4%,
- haber decidido alguna vez continuar historias de amor, aunque sean violentas, desde un punto de vista psicológico o físico 73,0%.

Los autores ya entonces veían la importancia de tener en cuenta la sexualidad en el tratamiento, así como de realizar un tratamiento terapéutico diferencial entre hombres y mujeres.

Otros trabajos, como el de Redondo y Santos (2010) y, recientemente, la revisión de Pérez del Río y Mestre (2013), muestran resultados muy parecidos a los obtenidos en este informe.



Para finalizar, este Informe nos muestra nuevamente resultados semejantes a los mencionados anteriormente: que el 27% de las mujeres ha sufrido abusos sexuales, el 46% ha sufrido abusos físicos y el 65% abusos emocionales. Entre los hombres que han accedido a tratamiento durante 2013, el 4% ha sufrido abusos sexuales, el 18% abusos físicos y el 33% abusos emocionales.

5.2. RECOMENDACIONES

► OFERTA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE PROYECTO HOMBRE

- **Diseñar intervenciones orientadas a la perspectiva de género**, ampliando las experiencias que ya se están llevando a cabo en el abordaje terapéutico de las adicciones desde una perspectiva de género, bien sea por medio de programas específicos y/o incorporando este enfoque con carácter transversal a los programas y dispositivos de atención ya existentes.
- Extender la **implantación de programas para el tratamiento de quienes presentan un consumo problemático de alcohol** como sustancia principal, en aquellos centros donde no existan. Además, diseñar e implementar atenciones específicas para personas que consumen alcohol, así como incorporar la variable “alcohol” como

sustancia problema en los diferentes programas de tratamiento diseñados, incluyéndolo como una de las temáticas prioritarias, prestando atención a su capacidad de actuar como sustancia principal (binge use), puente a otras sustancias, consumo paralelo, etc.

- Continuar incidiendo en los **programas de prevención de consumo de alcohol**, especialmente en la Intervención Temprana y las causas y consecuencias del “binge use”.
- Ante la mayor incidencia de reingresos en el perfil asociado al consumo de **heroína, establecer indicadores de medición de la eficacia y eficiencia de las diferentes intervenciones terapéuticas**, de manera que a partir de su evaluación se puedan establecer líneas de mejora. Establecer también algoritmos decisionales respecto al número límite de ingresos (si fuera el caso) para que los programas se muestren efectivos, trabajo con otros recursos de la red y otras estrategias. Asimismo, se recomienda la generalización de los Programas de Prevención de Recaídas, en combinación de “Farmacoterapia + Psicoterapia”, específicos para cada perfil de personas atendidas.
- A partir del estudio y análisis detallado de las características y variables que presentan las personas que acceden a tratamiento por consumo de **heroína, determinar la relevancia de un perfil más institucionalizado**, de mayor **cronicidad** y con un elevado número de **recaídas**, tanto en el



consumo como en la utilización de los diferentes servicios de atención a los trastornos adictivos, que alternaría de manera recurrente y sin solución de continuidad, períodos de tratamiento y de consumo. En este caso, podría requerirse el diseño de un nuevo abordaje terapéutico adaptado específicamente, con nuevas estrategias y objetivos, que incluiría el trabajo en paralelo al resto de recursos de la red pública.

- **Establecer modelos de tratamiento integral**, considerando una mayor **individualización**, con planes de trabajo más adaptados a cada persona. El modelo biopsicosocial (Mayor, 1995) debe ser una referencia y una guía teórica y práctica.
- **Fortalecer la Red de Tratamientos y el trabajo en Red** en los servicios y para los técnicos, entendiendo que las actuales circunstancias dificultan y limitan los recursos humanos y materiales. Es esta inversión la que mejora y motiva para realizar intervenciones más eficaces y eficientes, así como para individualizar las atenciones a las personas con problemas de adicción.

▶ **FORMACIÓN**

- Mejorar la **oferta formativa** de los programas y servicios, o establecer una mejor comunicación con recursos especializados al efecto, a fin de que quienes demandan tratamiento puedan beneficiarse de la red formativa, incluyendo la mejora en la capacitación académica como objetivo de los programas y servicios.

- Mejora de las **habilidades personales** en la **gestión de recursos**, tanto académicos como relativos a la red social, la gestión económica, etc., de manera que se potencien los propios recursos.
- Mejorar los **programas de inserción** dirigidos a personas que consumen heroína o presentan un perfil de policonsumo, tratando que, desde el principio del proceso de tratamiento (en cuanto sea posible), se inserte el objetivo de percibir **formación reglada** que contribuya en una mejor accesibilidad al empleo a la finalización del programa terapéutico.

▶ **PERSPECTIVA DE GÉNERO**

- Intervenir de manera más intensiva en lo relativo a **perspectiva de género** en relación con el fenómeno adictivo. Si bien conocemos iniciativas que se llevan a cabo y se muestran eficaces, es preciso incidir más en esta variable, en especial con los hombres, en el trabajo que se realice.
- Apostar por la **inserción laboral** del colectivo **femenino** ya que, en esta variable, se encuentra en clara desventaja respecto a los hombres.

▶ **FAMILIAR**

- Continuar trabajando en la necesidad de **incorporar al núcleo familiar/red primaria de apoyo** en el proceso de tratamiento, como factor de protección.
- Efectuar intervenciones eficaces que orienten a las personas en tratamiento sobre la **identificación de conflictos** y el **manejo eficaz** de éstos en el **ámbito familiar** (familia de origen/ pareja).

▶ **LEGAL**

- Mejora de la oferta que se realiza para quienes presentan **problemas legales**, incluyendo **asesoramiento** y **psico-educación** respecto a la comisión de delitos, consecuencias legales, consecuencias sobre la víctima del delito, escala de valores y otras variables relacionadas.

▶ **RECOGIDA DE DATOS**

- **Mejora** del proceso de **recogida de datos** mediante el EuropASI, y optimización del análisis y explotación de resultados obtenidos del proceso.



6

Referencias

REFERENCIAS CITADAS

- Álvarez, J.M. y TdP (2011) Entrevista a José María Álvarez. *Temas de psicoanálisis*. 1. 1-46.
- Becoña, E y Martín, E. (2004) *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Bentley, T. y Widom, C. S. (2009) A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*, 17, 1900-1905.
- Bobes, J; Bascarán, M^a T; Bobes- Bascarán, M^a T; Carballo, J L; Díaz Mesa, E; Flórez, G., García, M^aP. y Saiz, P,A, (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Barcelona: Socidrogalcohol/PNSD.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988) Post sexual abuse trauma. En G. Wyatt y J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 89-99). Newberry Park (CA): Sage.
- Cañas, J.L. (2004) *Antropología de las Adicciones: Psicoterapia y Rehumanización*. Madrid: Ed. Dykinson.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*, Madrid: McGrawHill. Pennings
- APA (2002) DSM-IV-TR. Texto Revisado. Barcelona: Masson (1^a edición, 5^a reimpresión).
- Dunlap, E., Golub, A. y Johnson, B. D. (2003) Girls' sexual development in the inner city: from compelled childhood sexual contact to sex-for-things exchanges. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 73-96.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Gossop, M., Marsden J., Stewart D. y Kidd T. (2003). The National Treatment Outcome. Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.
- Hurley, H. (1991) Women, alcohol and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253-268.
- IREFREA. (2001) Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género. Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe. Informe Comisión Europea.
- Jarvis, J. y Copeland, I. (1997) Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 61-69.
- León, O.G. y Montero, I. (2002) *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M. y Stocco, P. (2005) Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Revista del Instituto de Investigación en Drogodependencias*, 5(2), 137-145.
- López, F. y del Campo, A. (1999) *Prevención de abusos sexuales a menores*. Guía para padres y educadores. Salamanca: Amarú ediciones.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J. y Fuertes, A. (1995) Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1039-1050.
- Mayor, J. (1995) El método biopsicosocial. *Revista Proyecto*.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien C.P. y Woody G.E. (1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *1 Nerv Ment Dis*; 168: 26-33.
- Meneses, C. (2002) ¿Una atención específica para mujeres? Reflexiones para el debate. *Proyecto*, 43, 23-26.
- Molnar, B. E., Buka, S. L. y Kessler, R. C. (2001) Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Moreno, P., Prior, C. y Monge, (1998) Caso clínico. Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía. *Psiquiatría Pública*, 10(6), 418-420.
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2003) Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1075- 1082.
- Pardo, A., Ruiz, M. A. y San Martín, R. (2010) *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II*. Madrid: Síntesis.
- Pérez del Río, F. y Mestre, M. (2013) A sexual abuse in childhood and adult drug addiction. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 34(2), 144-149.
- Pérez del Río, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones ¿adicciones nuevas?* Guadalajara: Intermedio ediciones.

- Pérez del Río, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española de drogodependencias*, 35(3), 365-278.
- Rathus, S. A., Nevid, J. S. y Fichner-Rathus, L. (2005) *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Redondo, S. y Santos, M. (2010) *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Junta de Castilla y León: Comisionado Regional para la Drogas.
- Sánchez-Carbonell, J. (1991) La evaluación de los programas de tratamiento de las personas adictas a drogas opiáceas. *Revisiones en Salud Pública*. 2, 119-149.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V. V., Nelson, E. C., Waldron, M. y Heat, A. C. (2007) Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N. y Oates, R. K. (2003) Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 967-984.
- Bustelo, M. (1999) "Diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas". *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*. nº 4.
- Calvo, A., Yubero, A., Aragonés, B., Rueda, E., Rueda, F., Fernández, C. y Molina, A. (2013). Implantación de un modelo de Evaluación: cultura evaluativa en Proyecto Hombre. *Revista Proyecto*, nº 80.
- Chambers, R. (1995) "Métodos abreviados y participativos a fin de obtener información social para los proyectos", en Cernea, Michael (coord.) *Primero la gente: variables sociológicas en el desarrollo rural*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Cohen, E. y Franco, R. (1993) *Evaluación de proyectos sociales*. Madrid: Ed. SXXI.
- Escobar, M. (2007) *El análisis de Segmentación*. Madrid: CIS.
- Espinoza, M. (1983) *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
- García Ferrando, M., Ibañez, J. y Alvira, F. (2008) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- González, D., Trecet, U. y Molina, A.J. (2012) "Perfil sociodemográfico de los jóvenes que asisten a PH: la experiencia PH Nemos". En *Revista Proyecto*, nº 78.
- Graña, J.L., Muñoz, J.J. y Navas, E. (2007) *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga.

OTRAS REFERENCIAS

CONSULTADAS

- Alvira, F. (1997) *Metodología de evaluación de programas: un enfoque práctico*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- Amezcua, C. y col. (1996) *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Díaz de Santos.
- Avilés, N. (2006) *Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres* Monografía Humanitas. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5.
- Ballart, X. (1998) "La 'industria' de la evaluación y bibliografía básica". *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, nº 11-12, 1998. 229-232.
- Blanken, P., Pozzi, G., Hartgers, C., Fahrner, E.M., Kokkevi, A., Uchtenhagen, A. (1996) *European Addiction Severity Index: EuropASI. A guide to training and administering EuropASI interviews*. Versión de Bobes J, González MP, Iglesias C, Wallace D.
- Guerra, D. (1992) *Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción*. En: Casas M, editor. *Trastornos psíquicos en las Toxicomanías*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 59-90.
- Gutiérrez Resa, A. (2007) *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ed. Académicas.
- House, E. (1994) *Evaluación, ética y poder*. Morata. Madrid
- IUDC. (1997) *Evaluación de proyectos de ayuda al desarrollo. Manual para evaluadores y gestores*. Madrid: Ed. Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo-UCM/ CEDEAL.
- IUDC. (1997) *Guía comentada de recursos sobre evaluación y participación en Internet*.
- Jaffe, J. H. (1995) *Substance-related disorders. Introduction and overview*. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th edn, Kaplan, H. I. and Sadock, B

- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *Eur Addict Res*; 1: 208-210.
- McLellan, A.T., Luborsky L, Cacciola, J. y Griffith J.E. (1985) New data from de Addiction Severity Index: reliability and validity in three centres. *J. Nerv. Ment. Dis.*; 173: 412-423.
- Stufflebeam, D. y Shinkfield, A. (1987) *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós.
- Tezanos, J. F. (2006) *La explicación sociológica*. Madrid: Ed. UNED.
- Vedung, E. (1997) *Evaluación de políticas públicas y programas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- Weiss, C. (1975) *Investigación evaluativa*. México DF: Edit. Trillas.
- Yubero, A., Rueda, E., Molina, A.J., Rueda, F., Calvo, A., Menéndez, J.C. y Aragonés, B. E. (2007) *Guía de evaluación de programas de tratamiento de adicciones*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

SITIOS WEB PARA CONSULTA

- Aula virtual de formación de Proyecto Hombre: <http://www.formacionph.es/>
- Escuela de familias en la red: <http://www.escueladefamiliasph.org/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)/Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías: <http://www.emcdda.europa.eu/>
- Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.pnsd.msc.es/>
- Proyecto Hombre: <http://proyctohombre.es/>
- World Health Organization (WHO)/Organización Mundial de la Salud (OMS): http://www.who.int/substance_abuse/en/
- Obra Social La Caixa: <http://obrasocial.lacaixa.es/>

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@proyectohombrestur.org
www.proyectohombrestur.org

BALEARES

Oblates, 23
07011 Palma de Mallorca
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
proyectohombreburos@sarenet.es
www.proyectohombreburos.com

CÁDIZ

Lealas, 6
11404 Jerez · Cádiz
Tel.: 956 18 32 74
Fax: 956 18 32 76
sede@proyectohombrepvinciacadiz.org
www.proyectohombrepvinciacadiz.org

CANARIAS

TENERIFE

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

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

C/ Padre José de Sosa, 15
35001 Las Palmas de Gran Canaria (Vegueta)
Tel.: 928 334 076
Fax: 928 315 893
prevencion.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
fundacion@proyectoamigo.org
www.proyectoamigo.org

CASTILLA-LA MANCHA

Bolarque, 3
19005 Guadalajara
Tel.: 949 25 35 73
Fax: 949 25 35 66
info@phcastillalalamanca.es
www.phcastillalalamanca.es

CATALUÑA

Riera de Sant Jordi, 151
08390 Montgat (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@proyectehome.org
www.proyectehome.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

Menéndez Pelayo, 21 bajo
23003 Jaén
Tel.: 953 27 62 29
Fax: 953 29 12 35
phjaen@angaro-phjaen.com
www.angaro-phjaen.com

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@proyectohombrevalla.org
www.proyectohombrevalla.org



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

PROYECTO **ASOCIACIÓN**
HOMBRE

Financiado por:



Con el asesoramiento de:



Con la colaboración de:

