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

INFORME 2016

PROYECTO HOMBRE ASOCIACIÓN

Financiado por:

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Con la colaboración de:

Obra Social "la Caixa"

OBSERVATORIO PROYECTO HOMBRE

Responsable del programa:
Elena Presencio

Equipo Interno de Proyecto Hombre:
Elena Presencio
Jesús Mullor
Xavier Bonet
Félix Rueda
Ramón Capellas
Ángeles Fernández
Fernando González
Inmaculada Felipe
José Luís Rodríguez
Jesús García
Belén Aragonés

I+D:
Ramón Capellas

Comunicación:
Carolina Escudero

Equipo Externo:
Sociométrica: Gonzalo Adán

Fotografías:
Proyecto Hombre Alicante: varios autores
Projecte Home Balears: Carolina Escudero
Projecte Home Catalunya: varios autores
Proyecto Hombre Córdoba: Daniel Pozo
Proyecto Hombre Extremadura: Blanca G. Santos
Proyecto Hombre Navarra: Arantza Jabato (A.J.) y Francisco Barragán (F.B.)
Proyecto Hombre Salamanca: Carolina Escudero
Proyecto Hombre Valencia: Elvira Miragaya
Otras: Alba Bernabé (A.B.) y Juan Ramón Santos (J.R.S.)

Fotografía de portada: PH Alicante

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Tels.: 91 357 09 28 / 902 88 55 55

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

www.proyectohombre.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Doblehache Comunicación
IMPRIME: Afanias

SÍGUENOS:

@ProyectoHombre_
in/asociacionproyectohombre
/AsociacionProyectoHombre
/AsocProyectoHombre

AGRADECIMIENTOS

Este Informe es el reflejo
del esfuerzo común realizado por terapeutas,
empleados/as, voluntarios/as, usuarios/as
y sus familias.

Juntos, aprendemos cada día a superar
obstáculos para un futuro mejor.

- *J.R.S.*

ÍNDICE

- Carta del presidente 4
- Prólogo 6
- Introducción 8

1. Definición del Observatorio y técnicas 10
2. Análisis de los datos 16
3. Datos generales por Comunidades Autónomas 42
4. Conclusiones y recomendaciones finales 52
5. Interpretaciones 62

CARTA DEL PRESIDENTE

La experiencia de Proyecto Hombre en prevención, tratamiento e incorporación social de personas con problemas de adicciones es innegable. La presencia en 15 comunidades autónomas del Estado español, atendiendo anualmente a más de 17.000 personas y sus familias mediante los 210 dispositivos que se gestionan desde 27 centros, es la muestra de su extensión territorial y amplia atención individual y grupal que se ha ido adaptando a lo largo de estos últimos 30 años a la diversidad y evolución de perfiles personales y sociales asociados a este fenómeno.

Conocer en profundidad estos perfiles, investigar sobre cómo son las personas que acuden a nuestros centros, sus problemáticas asociadas al consumo, su entorno sociolaboral y familiar, etc. fue el detonante que motivó, ahora hace 5 años, la creación a nivel nacional del Observatorio Proyecto Hombre.

La continua búsqueda de la excelencia en la atención es una aspiración que debiera impulsar todo proyecto social, sanitario, educativo, etc. Las personas que trabajamos para el bienestar de las personas lo sabemos bien: no es suficiente con ser buenos profesionales hoy..., no basta con que nuestras metodologías, sistemas y modelos de abordaje obtengan buenos resultados..., es necesario estar atentos a lo que ocurre en la sociedad, evaluando continuamente, investigando contextos, reflexionando sobre nuestra propia intervención.

La evaluación aplicada a la mejora, la innovación y la adaptabilidad no solo son una aspiración, sino una realidad en los centros de Proyecto Hombre.

El Informe 2016 que aquí se presenta profundiza sobre el perfil de la persona que se encuentra en tratamiento en los centros de Proyecto Hombre por problemas de adicción. En la descripción técnica de la investigación se detallan las variables estudiadas, el sistema de muestreo, etc., pero les adelanto que se agrupan en torno a tres factores: los de carácter biológico, aquellos de tipo psicológico y los de ámbito social.

Estos tres ámbitos de estudio, además de ser una respuesta a la lógica profesional, son producto de que nuestro modelo de intervención (sea este desde la perspectiva

Jesús Mullor Román
Presidente de la Comisión Estatal de Evaluación
Director del Observatorio

preventiva, de tratamiento o de incorporación sociolaboral) es el modelo biopsicosocial. Modelo por el cual apostamos desde Proyecto Hombre por su integralidad de enfoque, por nuestro convencimiento profesional y por su eficiencia en los resultados.

En este nuestro quinto año consecutivo hemos seguido utilizando el cuestionario EuropASI para la recogida de información, con una muestra de más de 2.800 usuarios de nuestros diferentes dispositivos, las variables analizadas han ahondado en aspectos médicos, de empleo, del tipo de droga consumida, de situación jurídico-legal, así como relaciones e historia familiar y patologías mentales asociadas.

De entre todas ellas, las novedades de este Informe 2016 se encuentran en el análisis de las categorías profesionales de las personas usuarias, la existencia o no de problemas psiquiátricos asociados y su tipología, así como la exploración sobre la presencia de abusos (emocionales, físicos y/o sexuales).

Para ello, hemos contado con la participación de los diferentes centros de Proyecto Hombre España en la elaboración del presente Informe 2016. Es de justicia valorar el trabajo de los técnicos de estos centros, coordinados por el equipo de la Asociación PH. De igual forma, felicitar por el riguroso análisis a nuestros expertos de la Comisión Nacional de Evaluación que, en trabajo aunado con especialistas externos, han posibilitado la publicación de este estudio.

Igualmente, nuestro agradecimiento al Plan Nacional sobre Drogas y a la Obra Social la Caixa por su apoyo en la edición del presente documento: reconocemos y valoramos la apuesta que ambos realizan por dar apoyo a compartir el conocimiento generado a partir de la investigación.

Desde la Asociación Proyecto Hombre no cejaremos en nuestro empeño de continuar publicando nuestros informes anuales desde el Observatorio Estatal. No tan solo por la guía que supone en nuestro camino de mejora continua de los programas, servicios y centros, sino por lo que significan como referencia para el estudio por parte de otros profesionales, entidades e instituciones.

PRÓLOGO

La importancia de este Informe Anual de Proyecto Hombre radica en marcar un paso más en una transformación que ha estado ocurriendo recientemente en el mundo de los servicios y atención a los trastornos del uso de drogas en general y de las comunidades terapéuticas en particular. Proyecto Hombre ha estado a la vanguardia de una transformación que ha visto los servicios cada vez más consolidados sobre la retroalimentación de los datos y la evidencia científica, impulsando la innovación y la eficacia.

Las comunidades terapéuticas como Proyecto Hombre no olvidan que su "motor terapéutico" básico está proporcionando el apoyo del grupo de individuos que recorren el mismo camino; un apoyo que, en un ambiente seguro y atento, es mucho más que la suma de sus partes. Este es un esfuerzo destinado a crear un clima donde no haya una fuerte distinción entre profesionales y pacientes, más afín a la familia de la que muchos de los pacientes han sido privados desde la edad más joven.

Al mismo tiempo, las comunidades terapéuticas han reconocido que los pacientes tienen diferentes necesidades de las que deben ocuparse los diferentes servicios: terapia cognitivo-conductual y entrevistas motivacionales, terapias farmacológicas, tratamiento de los trastornos comórbidos de salud mental, etc. Esto ha llevado al reconocimiento de que los profesionales deben implicarse en la prestación de servicios junto a voluntarios e individuos en recuperación, así como en un aumento general de la profesionalización del personal.

Gilberto Gerra

Jefe de la Subdivisión de Prevención y Salud
División de Operaciones
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Las comunidades terapéuticas ya no son los servicios aislados fuera de la ciudad adonde "enviar" a una persona con trastornos de uso de drogas. En la actualidad, están plenamente integrados en el sistema de servicios en contacto y plena coordinación con los servicios ambulatorios, de extensión y hospitales psiquiátricos. En este contexto, las comunidades terapéuticas responden a las necesidades de los pacientes más problemáticos que no podrían o no serían tratados en un contexto ambulatorio. Esto incluye pacientes con comorbilidades graves de salud mental o en una situación de exclusión social debido a relaciones sociales seriamente comprometidas.

Por último, las comunidades terapéuticas suponen una contribución crucial al proceso de proporcionar tratamiento como una alternativa a la cárcel, ya que ofrecen un entorno en el que la oportunidad de castigo puede convertirse en una ocasión concreta para el tratamiento y la recuperación.

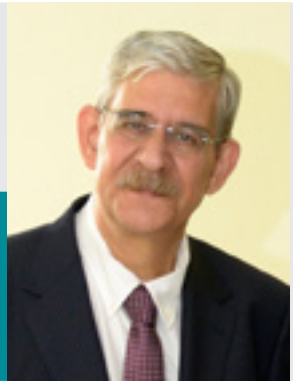
En este contexto, este informe proporciona información para comprender mejor la realidad de los pacientes atendidos por las comunidades terapéuticas, permitiendo el continuo crecimiento de estos servicios en el camino de la recuperación, incluso para los pacientes más vulnerables.

INTRODUCCIÓN

La problemática asociada a la adicción, desde un punto de vista social, es por su complejidad, variabilidad y posibilidades de ser modificada, un objeto de trabajo permanente para la epidemiología y para la salud pública, entendida esta última, como esfuerzo organizado de la sociedad para preservar la salud y minimizar los efectos de distintos determinantes sobre las personas y las comunidades.

Vigilar para intervenir es la máxima que justifica la "vigilancia en Salud Pública", es decir, el conjunto de acciones destinadas al conocimiento de los determinantes que influyen sobre la salud de una comunidad y a la adopción de medidas para modificarlos en positivo, en definitiva, para la definición y adopción de políticas.

Se entiende por tanto que, para dar respuesta a los retos de un fenómeno complejo, hayan emergido observatorios, como estructuras organizadas que recopilan información, la procesan y la ofrecen de manera comprensible y útil para la toma de decisiones. Estos observatorios, unos dependientes de las administraciones públicas que tienen la obligación señalada en la Constitución Española de tutelar la Salud Pública y otros sustentados por entidades privadas sin ánimo de lucro, constituyen en el momento actual, las fuentes de información más fiables de las que podemos disponer.

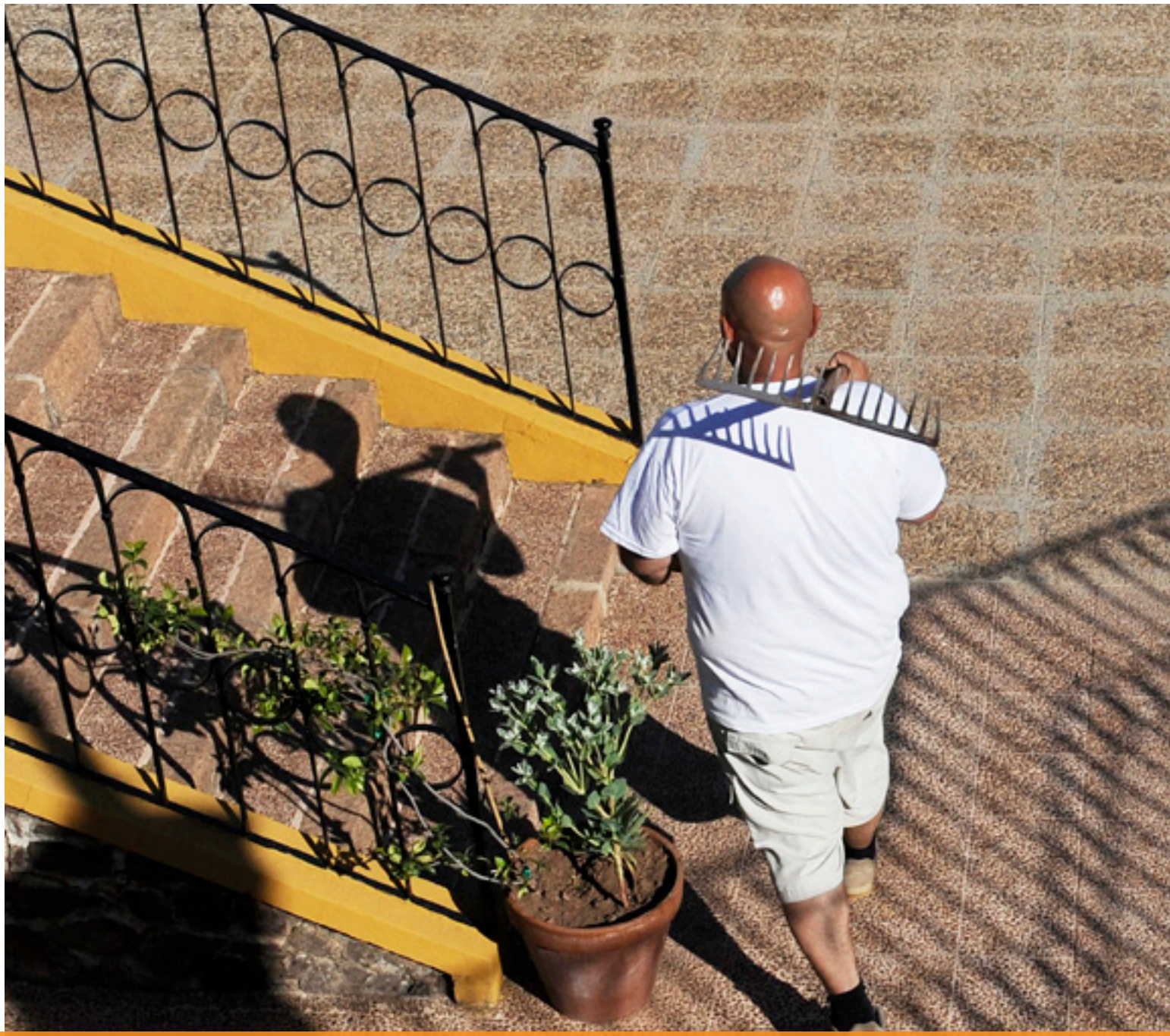


Francisco de Asís Babín Vich

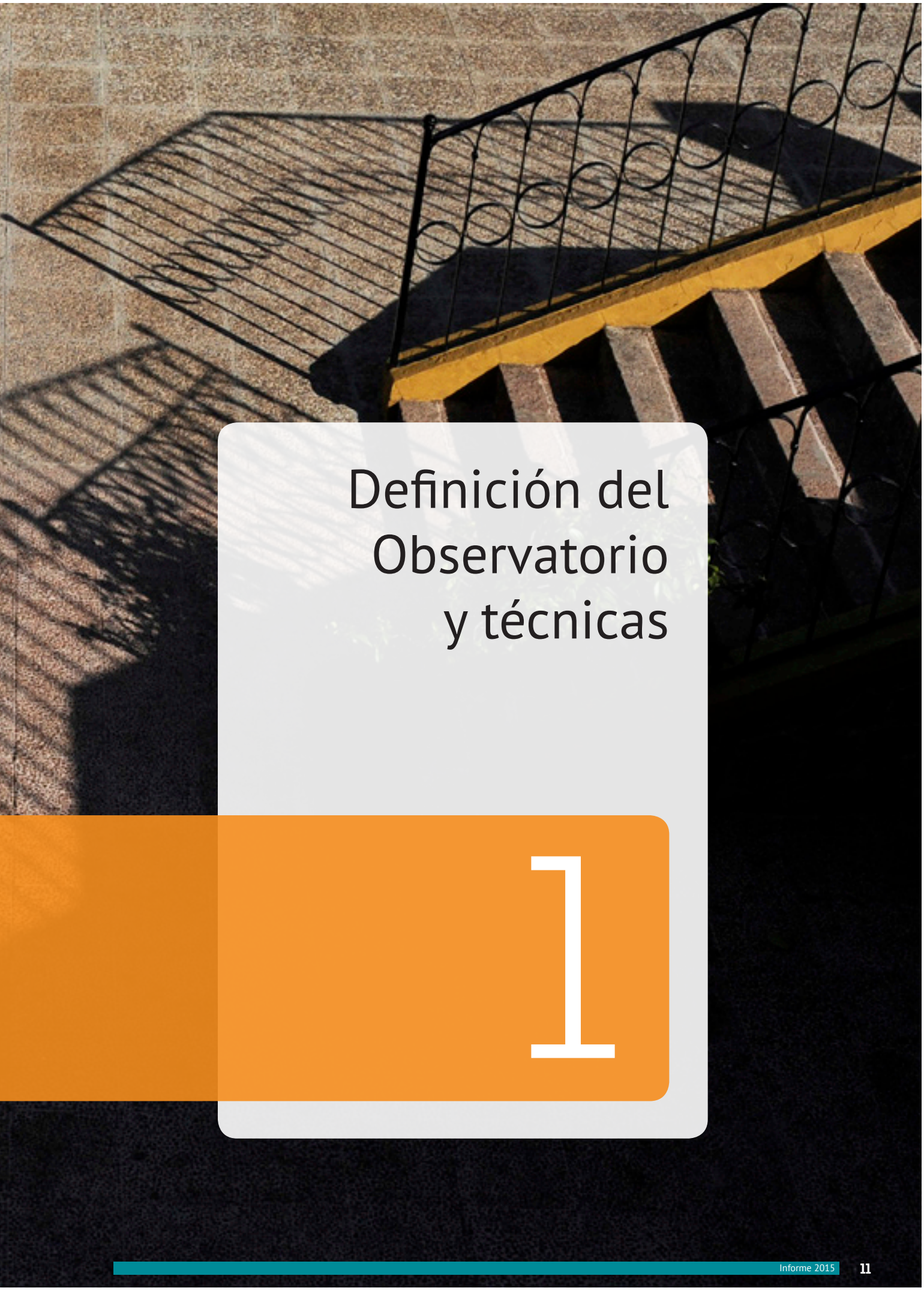
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

El presente Informe del Observatorio de Proyecto Hombre, correspondiente al año 2016, contiene, en coherencia con lo enunciado, la recopilación de datos y conclusiones, representativos de la actuación de esta Entidad en diversos campos relacionados: prevención, asistencia y reinserción, dirigidos a la población general, o a pacientes y sus familias y ofrece, por tanto, información útil para el análisis del fenómeno en nuestro país, lo que le convierte en un instrumento de elevado interés para el conocimiento del perfil de las personas intervenidas y de la evolución en el tiempo, por comparación con otras anualidades, de las diversas variables en él estudiadas.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha dado soporte a este Observatorio desde su nacimiento con la convicción de que la información que aporta, en conjunción con otras fuentes, nos permite a todos definir cada vez de modo más eficaz y eficiente nuestros objetivos e intervenciones. Por ello, quiero felicitar tanto a la Entidad como al equipo que lo ha hecho posible, al tiempo que les animamos a perseverar en esta tarea.



- *Proyecto Hombre Córdoba.*



Definición del Observatorio y técnicas

1

A. INTRODUCCIÓN

OBSERVATORIO DE PROYECTO HOMBRE

El Observatorio de Proyecto Hombre nace por la necesidad de generar información periódica sobre el perfil de las personas con problemas de adicción, tratadas por Proyecto Hombre en España.

El Observatorio tiene una clara vocación de ofrecer información de calidad para el análisis de la problemática del consumo abusivo de sustancias y, de esta forma, contribuir a un mejor conocimiento y adecuación de los programas a las necesidades de las personas usuarias.

Con esta iniciativa, Proyecto Hombre demuestra el esfuerzo realizado, no solo en el tratamiento y prevención de las adicciones, sino también en el estudio de las mismas.

OBJETIVO

De manera más específica, el objetivo del presente estudio es analizar e identificar las características psicosociales, epidemiológicas y sociodemográficas de las personas con problemas de adicciones atendidas en los centros de Proyecto Hombre de toda España. También incorpora el análisis de los posibles factores influyentes en la problemática de las adicciones: aspectos personales, comportamientos de riesgo, factores emocionales y relaciones sociales.

Esta información contribuye a:

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

POBLACIÓN DESTINATARIA

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

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

FUENTE DE INFORMACIÓN

La información del Observatorio proviene de la base de datos interna de Proyecto Hombre (aplicativo *PHNemos*), que recoge información relacionada con las personas

Voluntarios de Proyecto Hombre Alicante.

Proyecto Hombre Salamanca.

atendidas en los programas de tratamiento. Esta información procede de la administración de EuropASI.

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

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

La Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el PNSD reconoce la validez del EuropASI en uno de sus informes: "Con la finalidad de lograr altos niveles de estandarización que permitan la actividad investigadora, se recurre a escalas de gran calidad que se han ido traduciendo, adaptando y validando al español. Una de ellas, la conocida como EuropASI, *Europe Addiction Severity Index* (y su versión española) se ha convertido en la mayor referencia desde su publicación, al tiempo que se ha adaptado a otras lenguas y culturas de la Unión Europea, en un encomiable esfuerzo de convergencia que permite comparar datos nacionales, regionales europeos, y americanos, ya que se corresponde con el ASI, *Addiction Severity Index*, que fue diseñada originalmente en 1980 por McLellan y Cols".

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

- General
- Situación médica
- Empleo / Recursos
- Uso de Drogas / Alcohol
- Situación legal
- Historia familiar
- Relaciones familiares / Sociales
- Salud mental

B. ASPECTOS TÉCNICOS

UNIVERSO

El EuropASI de ingreso establece su administración a personas mayores de 18 años. Por lo tanto, el universo de estudio lo componen las personas usuarias de Proyecto Hombre, de esta edad o superior, que han iniciado tratamiento a lo largo de 2016 en programas y dispositivos para adultos con problemas de adicción en los 27 centros de esta asociación.

Esta restricción obedece tanto a los propios requisitos de aplicación del EuropASI como a la acotación del informe a las características de las personas que ingresan anualmente (excluyendo por tanto a las personas que continúan en tratamiento de un año a otro),

Todo ello supone un universo restringido de 9.900 personas.

MUESTRA

A partir de dicho universo, se han obtenido 2.863 cuestionarios EuropASI de usuarios/as de los diferentes dispositivos de Proyecto Hombre en España.

La extracción se ha realizado de forma aleatoria simple entre el universo mencionado, en cada uno de los centros. Esto supone un error teórico para un nivel de confianza del 95% es de +/- 1,5%. Se trata de un margen de error muy reducido, lo que sustenta la certeza de las conclusiones generales.

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

VALIDEZ Y GENERALIZACIÓN DE RESULTADOS

A pesar de que quedan fuera del universo de estudio personas en tratamiento, en centros diferentes a los de Proyecto Hombre, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que los resultados de este estudio pudieran ser generalizables para todos/as los drogodependientes españoles/as, considerando a estos 2.863 casos como una muestra de una población teórica de personas con problemas de adicción (sobre lo que no existen censos) o que reciben tratamiento en España.

A.B.

Proyecto Hombre Navarra. A.J.

C. EQUIPO DE ELABORACIÓN

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

Equipo Interno de Proyecto Hombre:

- Elena Presencio
- Jesús Mullor
- Xavier Bonet
- Félix Rueda
- Ramón Capellas
- Ángeles Fernández
- Fernando González
- Inmaculada Felipe
- José Luís Rodríguez
- Jesús García
- Belén Aragonés

Coordinador del Equipo de Investigación Externo: Gonzalo Adán, Doctor en Psicología Social y Profesor de Personalidad y Técnicas de Investigación Social en la Universidad de las Islas Baleares.

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

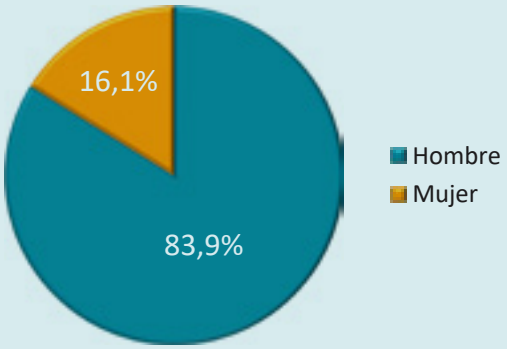
- Bobes J., González M.P., Sáiz P.A. y Bousoño M. (1995) Índice europeo de la severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Gijón, Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, 201-218.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. y Woody, G.E.. (1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 168,26-33.

Proyecto Hombre Alicante.

Análisis de los datos

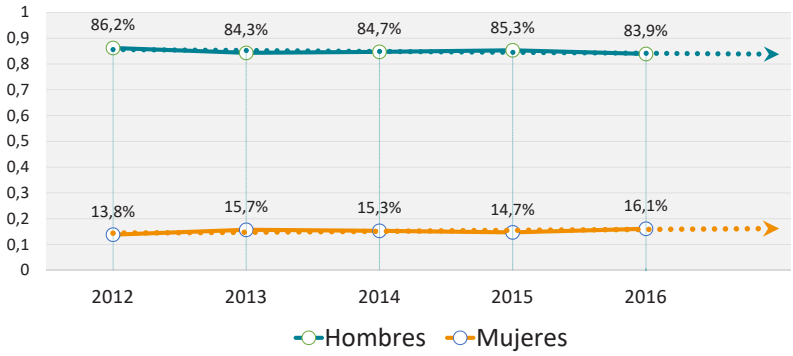
2

1. HOMBRE, MUJER



- Un 16% de los usuarios son mujeres, un valor en continuo ascenso desde el 14% de mujeres que solicitaban tratamiento en el año 2012.

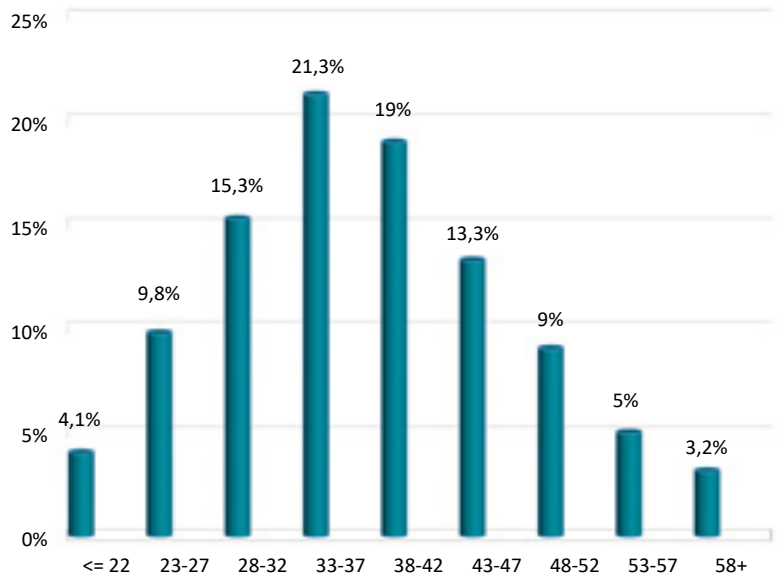
2. EVOLUCIÓN DE PERSONAS EN TRATAMIENTO SEGÚN SEXO (2012-2016)



- Tendencia al alza en mujeres frente a hombres en tratamiento.

- *A.B.*

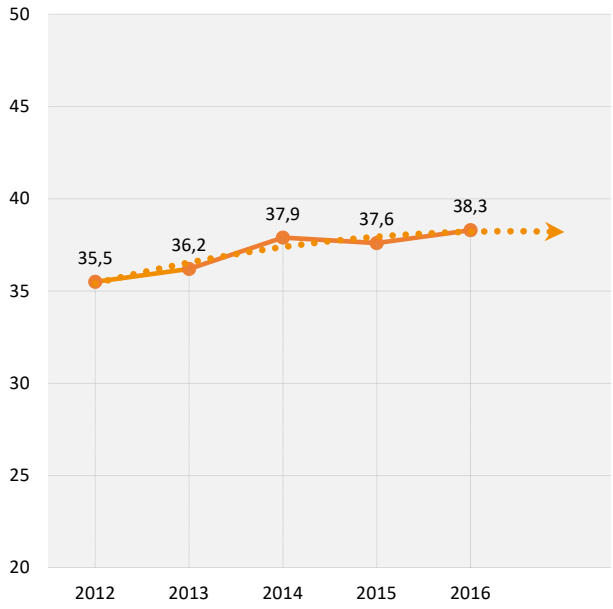
3. EDAD DE LAS PERSONAS AL INICIO DEL TRATAMIENTO



Intervalo	18-73
Media aritmética	38,3
Mediana	37
Moda	36
Desviación típica	9,7

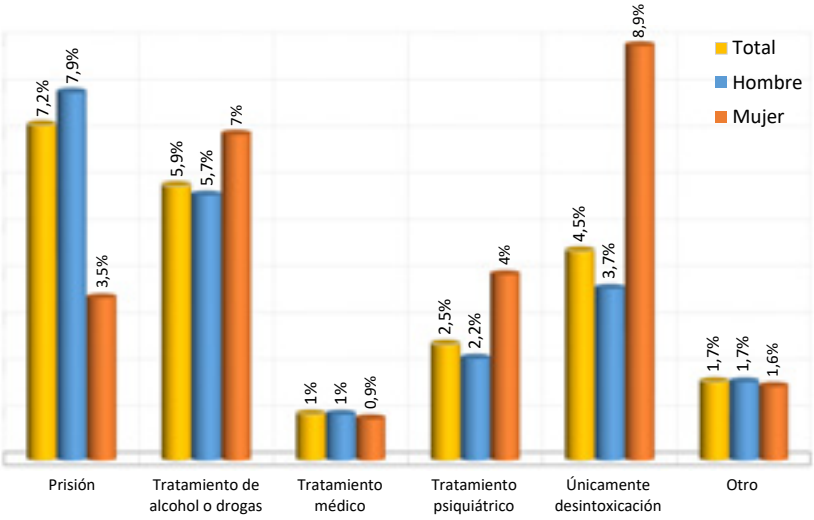
- La edad de las personas en tratamiento presenta una distribución normal, con un ligero sesgo hacia el grupo de menor edad.
- El intervalo de edad comprende entre los 18 y los 73 años.
- La edad media es de 38 años.
- El valor más representativo dentro de la muestra es el grupo de 36 años.
- Agrupando la edad en tramos quinquenales, se observa que el 14% de la muestra es menor de 27 años, que otro 14% es mayor de 50 años, así como que la mayor parte de la muestra se sitúa en edad de pleno rendimiento laboral, entre los 28 y los 49 años.

4. EVOLUCIÓN EN EDAD MEDIA DE INICIO DEL TRATAMIENTO (2012-2016)



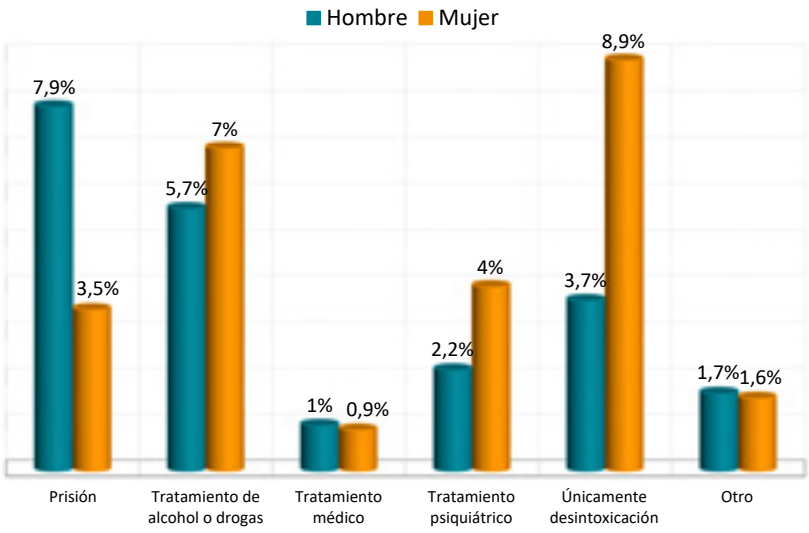
- Hay una ligera tendencia al alza en la edad media de los usuarios que inician tratamiento en los centros de Proyecto Hombre.
- La edad media no presenta una tendencia definida y lleva estabilizada entre los 37 y los 38 años los últimos 3 años.

5. CENTRO DE PROCEDENCIA



- Por tipo de centro de procedencia, la inmensa mayoría, un 77%, llega por iniciativa propia (sin derivación).
- También destaca que un 7% proviene de prisión y casi un 15% de algún otro tipo de tratamiento, siendo los porcentajes más significativos dentro de esta categoría el tratamiento recibido por consumo de alcohol y drogas (6%), al que le sigue desintoxicación (5%).
- El tiempo pasado en este tipo de centro se sitúa en un intervalo variable, entre los 33 días de media en la cárcel y los 12 de tratamiento médico.

6. CENTRO DE PROCEDENCIA SEGÚN SEXO

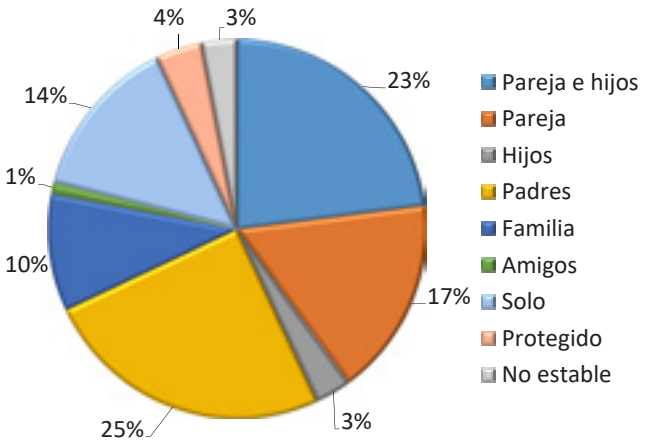


- Mientras que el 8% de los hombres procede de un centro de internamiento penitenciario, el porcentaje es sólo de un 4% en el caso de las mujeres.
- Si atendemos al valor porcentual de personas que proviene de algún tipo de tratamiento, las proporciones se invierten: 13% de los hombres frente al 21% de mujeres, siendo el porcentaje mayoritario de mujeres las que llegan de desintoxicación.

SOCIAL Y FAMILIAR

- *Proyecto Hombre Alicante.*

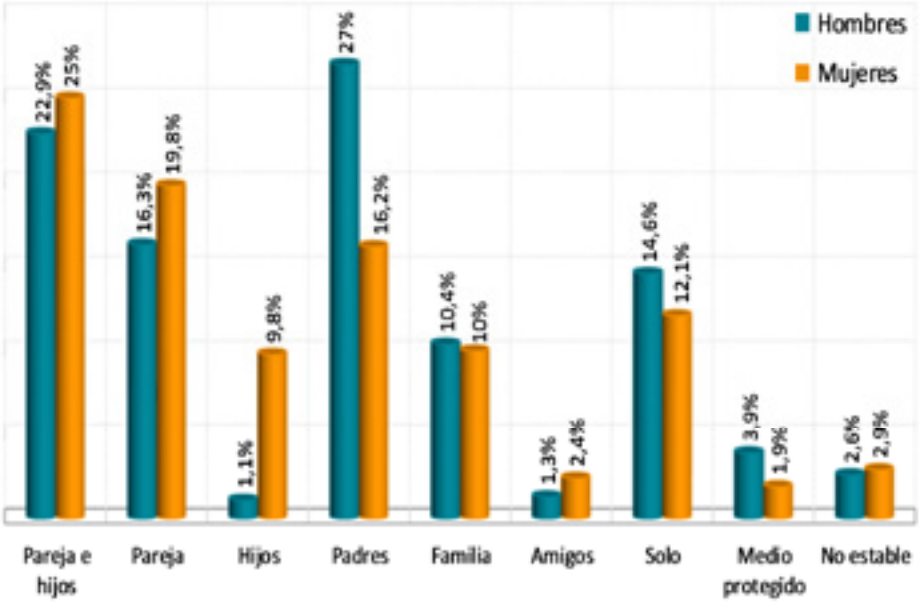
7. NÚCLEO DE CONVIVENCIA



- La distribución en base a la modalidad de convivencia presenta una elevada heterogeneidad.
- Los porcentajes se distribuyen entre el 25% que viven con sus padres, el 23% con pareja e hijos, el 17% que vive sólo con su pareja, hasta llegar al 4% que vive en entorno protegido.

8. NÚCLEO DE CONVIVENCIA POR SEXO

- Respecto a la distribución por sexos, se observan diferencias significativas en el caso de modalidad de convivencia con los padres, donde un 27% de los hombres convive con los mismos frente a un 16% de mujeres.
- También se observan diferencias significativas en cuanto a la convivencia de las mujeres con la pareja o pareja e hijos (45%) respecto de los hombres que conviven en dicha modalidad (39%).
- Cabe señalar las diferencias entre hombres y mujeres que conviven sólo con los hijos e hijas, siendo la diferencia de 8 puntos en favor del grupo de mujeres.

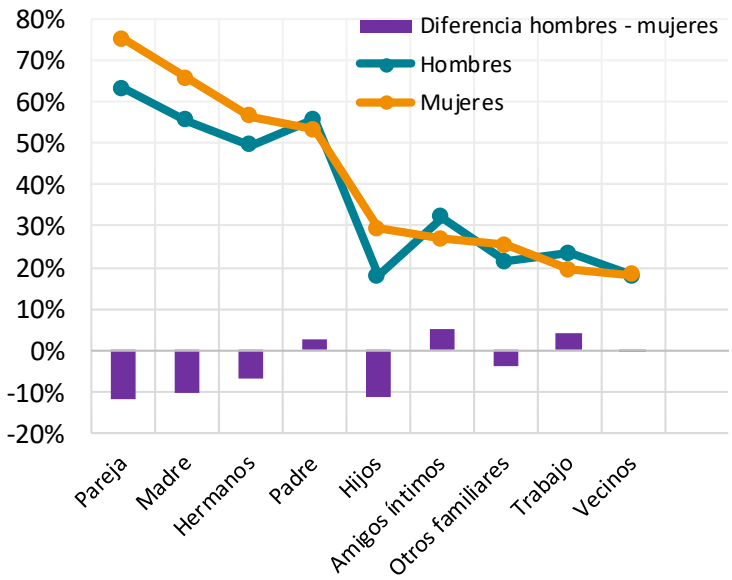


9. FORMA DE CONVIVENCIA Y ESTADO CIVIL

- Entre los casados en primeras o segundas nupcias, los porcentajes más elevados corresponden a la categoría de quienes conviven con pareja e hijos (65%-67%) o sólo en pareja (23%-26%).
- El 35% de personas solteras convive con sus padres.
- En las categorías separado-divorciado, el 47% vive solo y el 42% convive con sus padres.

	Casado	Casado 2º vez	Viudo	Separado	Divorciado	Soltero
Pareja e hijos	66,5%	65,2%	20,8%	19,8%	17,9%	10,4%
Pareja	23,3%	26,1%	12,5%	13,2%	12,8%	16,2%
Hijos			20,8%	9,6%	6,1%	1,3%
Padres	3,0%		16,7%	21,8%	19,7%	34,6%
Familia	3,4%		8,3%	4,6%	9,6%	13,8%
Amigos				1,0%	0,8%	2,1%
Solo	2,2%	4,3%	20,8%	21,8%	25,3%	14,6%
Protegido	1,2%	4,3%		6,6%	3,7%	3,8%
No Estable	0,6%			1,5%	4,0%	3,2%

10. ÍNDICES DE CONFLICTIVIDAD



¿Ha vivido períodos en los que ha tenido problemas serios con...?

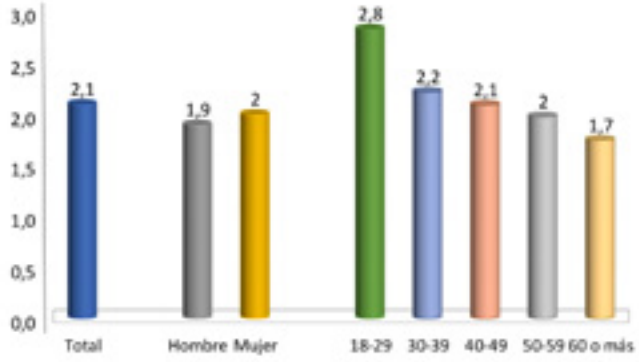
- Independientemente del grado de satisfacción en la convivencia, la pareja es la principal fuente de problemas serios tanto en el último mes (32%) como a lo largo de la vida (65%).
- La segunda fuente de problemas es la familia de origen: madre (27% en el último mes y 57% a lo largo de la vida), padre (23% en el último mes y 56% a lo largo de la vida) y hermanos/as (24% en el último mes y 51% a lo largo de la vida).
- Respecto a otras categorías, exceptuando el caso de los hijos donde los porcentajes son más próximos, se observa mayor porcentaje de problemas a lo largo de la vida.
- Si categorizamos la variable fuente de problemas por sexo no se observan diferencias significativas, aunque hay que prestar especial atención al mayor porcentaje en la pareja o los hijos como fuente de problemas con diferencias superiores al 10% en ambos casos.

Proyecto Hombre Extremadura.

11. ABUSOS EMOCIONALES, FÍSICOS Y SEXUALES

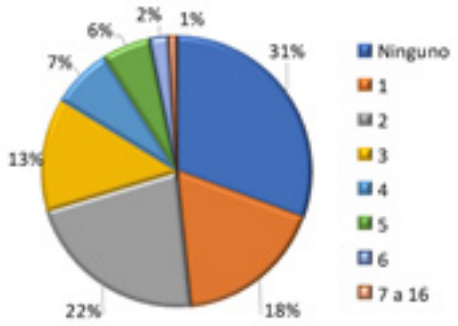
- Los grados de abuso (subjetivo) presentan valores altos. Un 49% dice haber padecido en algún momento de su vida abuso emocional, un 28% abuso físico y casi un 8% abuso sexual. Abusos que, aunque en menor medida, también se habrían registrado en los 30 días anteriores al ingreso.
- Comparando por sexo, la población femenina presenta en todas las categorías una incidencia de más de un 20% frente a la población masculina (45-69% en abusos emocionales / 23,2-50,6% en abusos físicos / 4,4-25,7% en abusos sexuales).

12. ¿CUÁNTOS AMIGOS ÍNTIMOS TIENE?



- El número medio de amigos no varía entre sexos, pero sí varía con la edad. Entre los más jóvenes el número medio es de 2,8, que desciende a 1,7 entre los mayores de 60 años.
- Es importante hacer notar que casi 1 de cada 3, tanto hombres como mujeres, dice no tener ningún amigo.

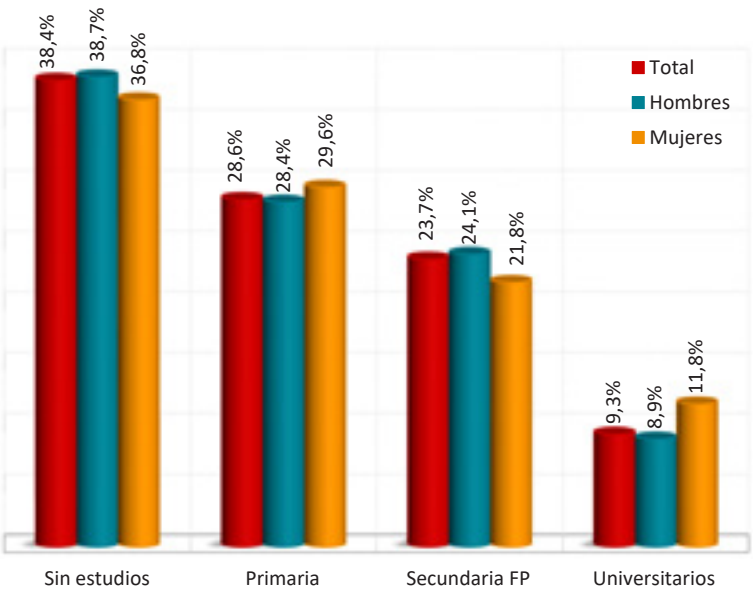
	Hombre	Mujer	Total
Ninguno	29,6%	29,9%	29,6%
1	17,1%	17,6%	17,2%
2	20,9%	23,4%	21,3%
3	13,6%	9,9%	13,0%
4	6,8%	8,4%	7,0%
5	5,4%	7,0%	5,6%
6	2,2%	1,7%	2,2%
7 a 16	4,4%	2,2%	4,2%
Media	2,1	1,9	2,0



EDUCACIÓN

- *Terapeuta de Projecte Home Catalunya durante una charla.*

13. GRADO ACADÉMICO SUPERIOR OBTENIDO SEGÚN SEXO

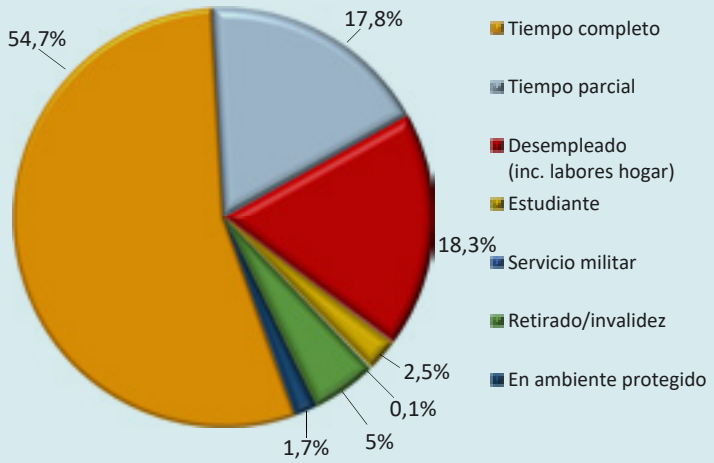


- 2 de cada 3 personas (67%) presentan un nivel de estudios inferior a secundaria.
- Por sexos, los niveles educativos son muy similares, exceptuando los estudios universitarios, con un 12% entre las mujeres y un 9% entre los hombres.

LABORAL: EMPLEO/SOPORTES

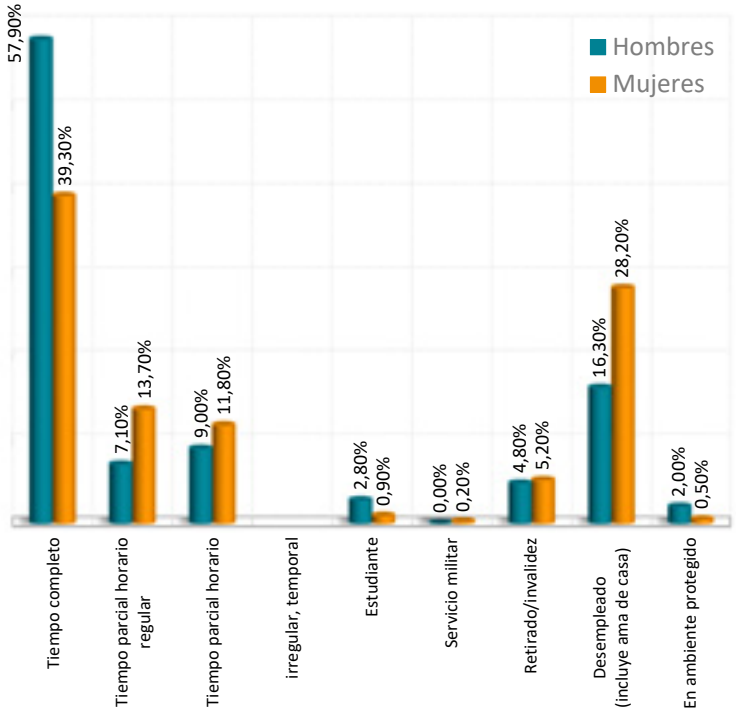
Proyecto Hombre Córdoba.

14. SITUACIÓN LABORAL (PATRÓN DE EMPLEO USUAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS)



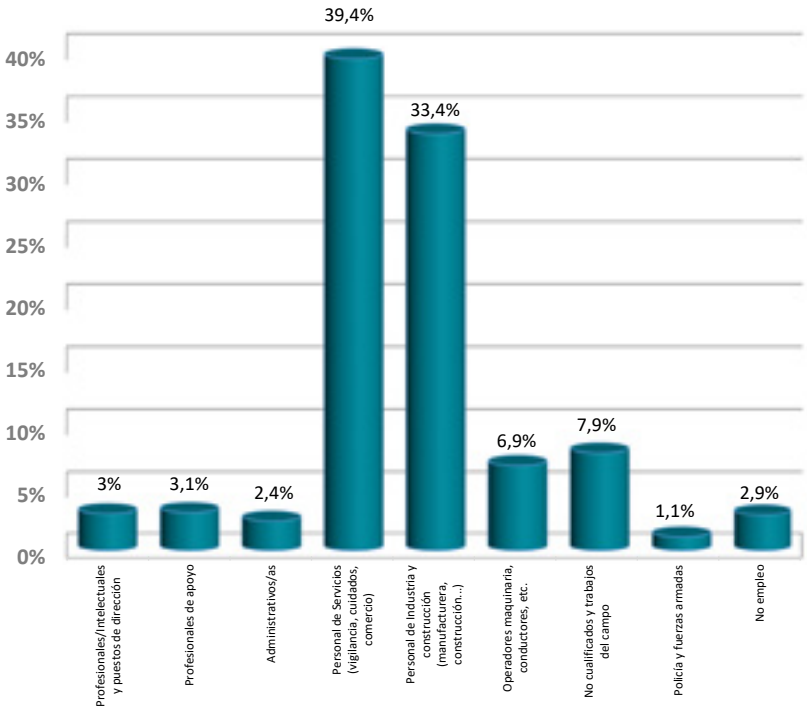
- La situación laboral usual en los últimos 3 años previos al ingreso resulta muy variada, aunque son mayoritarias las personas que han estado trabajando: 73% (con predominio del trabajo a jornada completa), frente a quienes han estado en paro o realizando tareas del hogar (18%).

15. SITUACIÓN LABORAL POR SEXO (PATRÓN DE EMPLEO USUAL EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS)



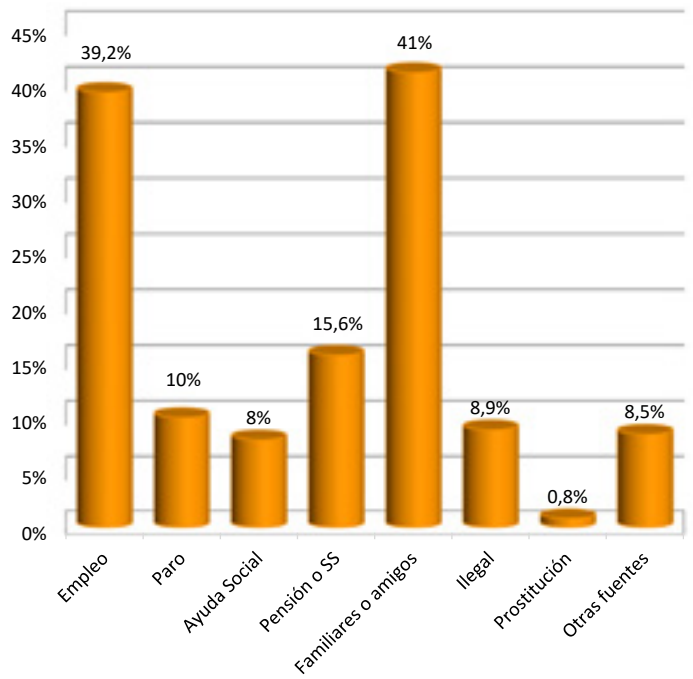
- Por sexos, los hombres presentan más empleabilidad en trabajos a tiempo completo (58%) que las mujeres (39%).
- Las mujeres sufren más índice de paro (28% frente al 16%) y empleos a tiempo parcial (26% frente al 16%).
- Por otra parte, un 70% tiene carnet de conducir en vigor, aunque la proporción es mayor entre los hombres (72%) que entre las mujeres (57%).

16. EMPLEO/CATEGORÍA PROFESIONAL



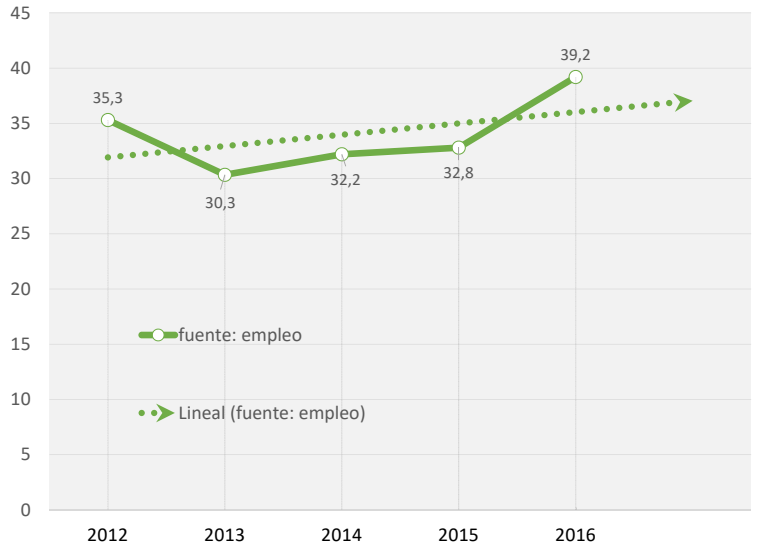
- Personal administrativo y de servicios (42%) junto a personal de industria y construcción y operadores de maquinaria y conductores (40%) constituyen los dos principales referentes del tipo de empleo desarrollado por las personas con anterioridad a su ingreso a tratamiento.
- En los extremos, destaca el 6% de directivos, profesionales y técnicos de apoyo, así como el 11% sin cualificación o sin empleo de referencia.

17. FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS EN EL ÚLTIMO MES



- En cuanto a la fuente de ingresos del último mes, la mayoría menciona a los familiares y amigos (41%) o al empleo (39%).

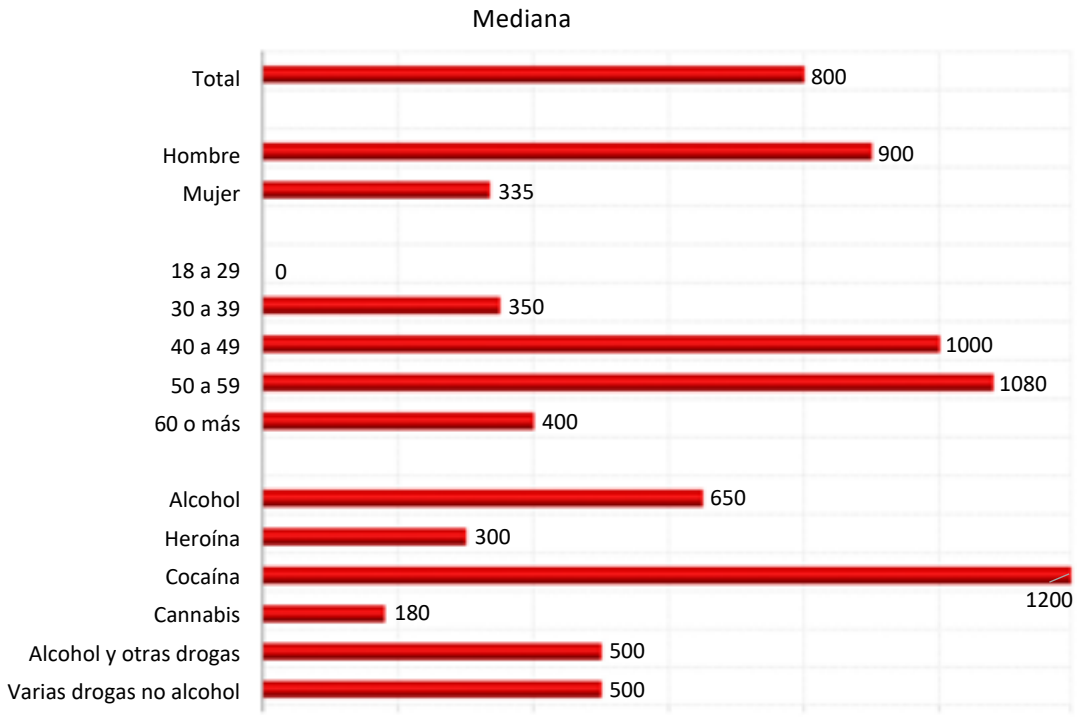
18. EVOLUCIÓN FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS (2012-2016)



- Ligera tendencia ascendente durante los últimos cinco años.

19. ENDEUDAMIENTO

- Este indicador incluye deudas a individuos y a instituciones (bancos, impuestos, hacienda, matrículas, etc.). No se incluyen hipotecas. Si el entrevistado/a dirige una empresa no deben incluirse las responsabilidades financieras de la misma, a menos que el dinero haya sido sustraído para propósitos privados.
- Un 62,5% declara tener alguna deuda económica. La mediana se sitúa en 800 euros. La distribución del volumen de deuda es muy variada: mientras que un 32% no superaría los 1.000 euros de deuda, un 7% estaría por encima de los 50.000 euros.
- Se observa que los hombres se encuentran más endeudados que las mujeres. Si atendemos a la distribución por edad, los/las usuarios/as de 40 a 60 años son los que mayores deudas tienen frente a los jóvenes.
- Por tipo de sustancia principal, los consumidores de cocaína son los que presentan mayor deuda, seguidos de los consumidores de alcohol. Los que menos, los consumidores de cannabis y heroína.



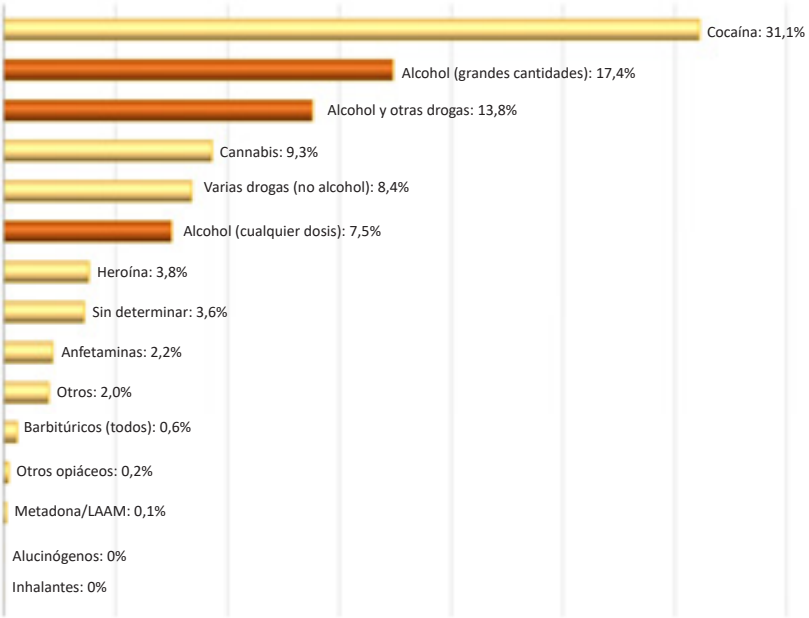
Declaran alguna cantidad adeudada:	62,5%
Intervalo deuda	**% casos**
Hasta 1.000	31,7%
1.000 a 10.000	33,9%
10.000 a 50.000	27,1%
Más de 50.000	7,3%

A.B.

USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

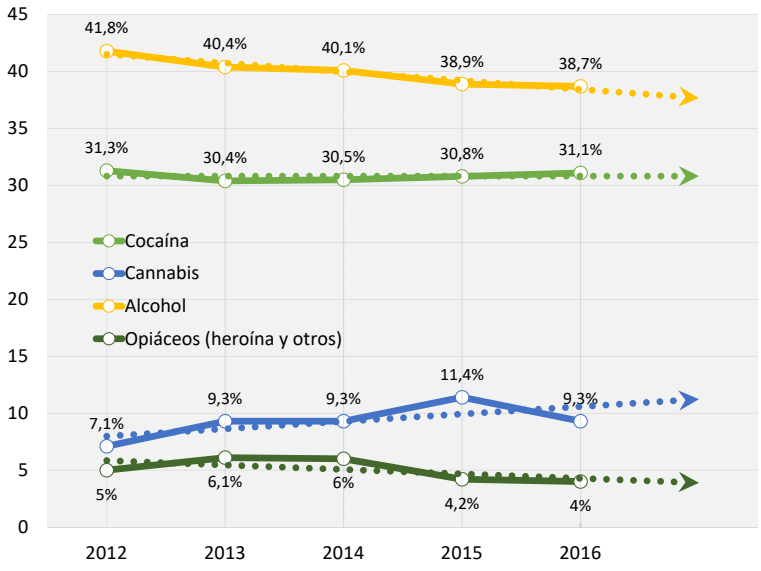
Proyecto Hombre Navarra.

20. SUSTANCIA PRINCIPAL DE CONSUMO



- Si se desglosa por sustancia principal y patrón de consumo, la demanda de tratamiento más elevada sigue siendo por cocaína (31 %).
- Sin embargo, si se considera el alcohol en su conjunto (ya sea en grandes cantidades o en cualquier dosis, así como asociado a otras sustancias) se situaría en primer lugar, con un 38,7%.
- El cannabis, con un 9,3%, aparece a continuación por orden de relevancia.

21. EVOLUCIÓN DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL DE CONSUMO (2012-2016)

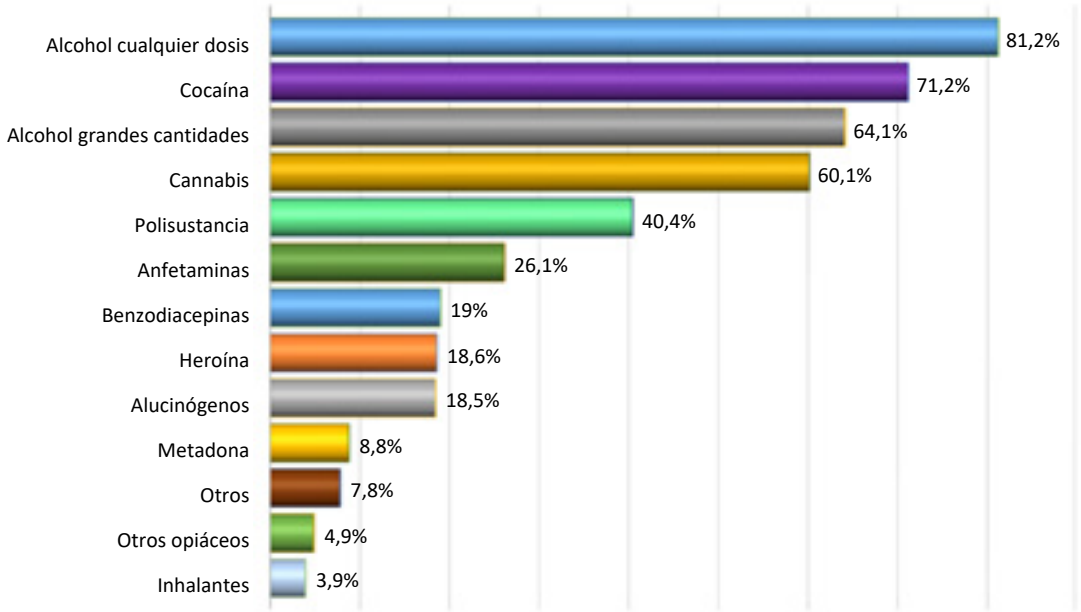


- El alcohol como sustancia principal por la que se demanda ayuda se reduce progresivamente sobre el conjunto de las personas atendidas en Proyecto Hombre.
- En cambio, el cannabis incrementa y el resto de drogas tienden a una cierta estabilidad en los últimos 5 años.

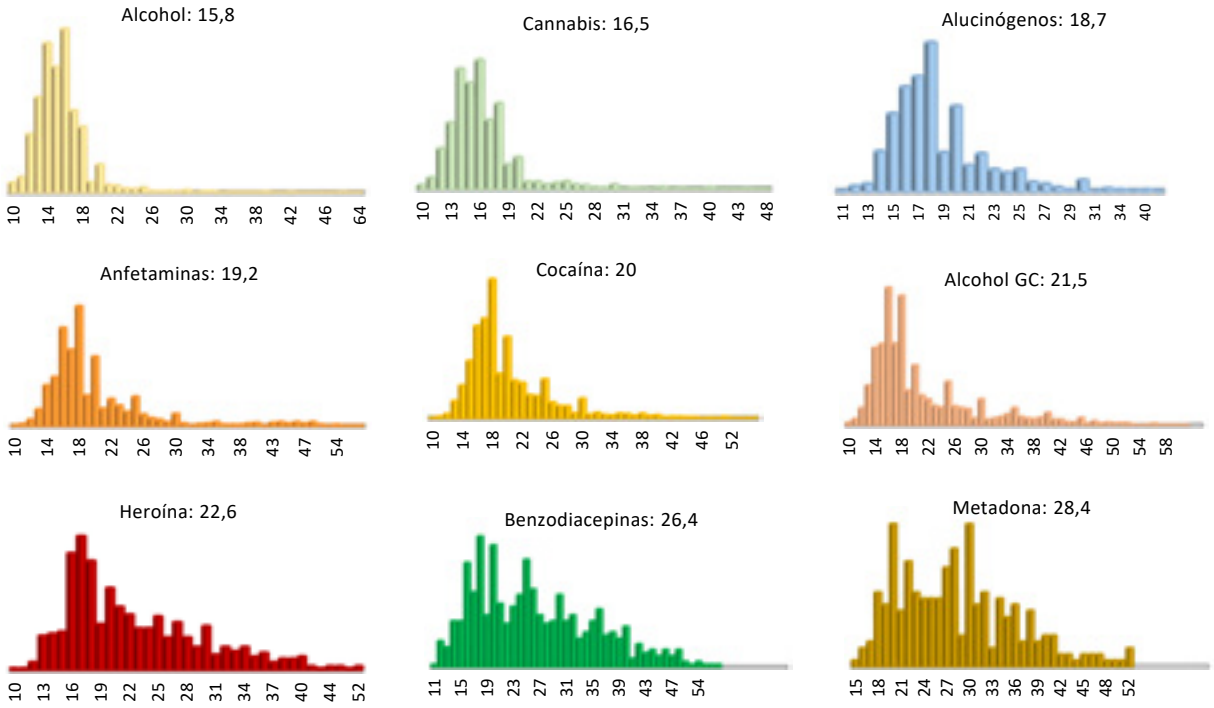
(Sustancias agrupadas).

22. CONSUMO REGULAR O PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS A LO LARGO DE LA VIDA

- A lo largo de la vida, se registra un consumo regular o problemático de diversas sustancias, siendo el alcohol (81%), la cocaína (71%) y el cannabis (60%) las sustancias que reportan unos mayores porcentajes -no excluyentes- de personas consumidoras.
- En un nivel intermedio se encuentra el policonsumo (40%), las anfetaminas y derivados (26%), benzodiacepinas (19%), heroína (19%) y alucinógenos (19%).
- En un nivel inferior se sitúan la metadona (9%), otros opiáceos (5%), inhalantes (4%) y otras drogas (8%).



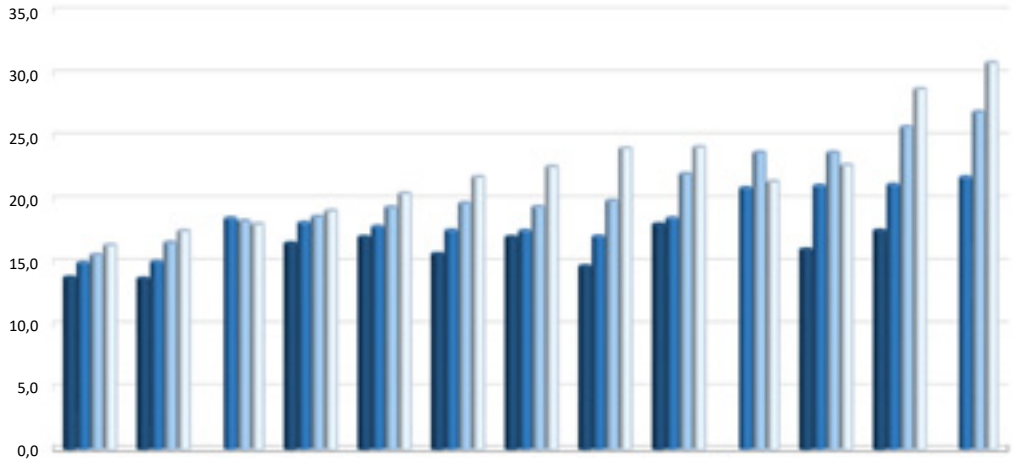
23. EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS



A.B.

24. EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SUSTANCIAS

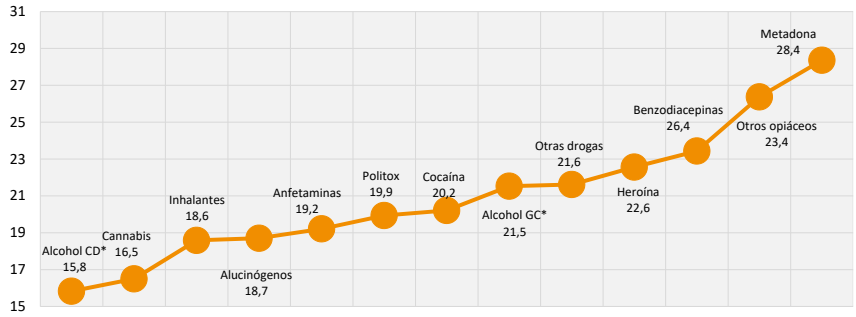
- En general, hay una disminución de la edad del inicio de consumo en paralelo a la edad de las personas usuarias.
- Quienes tienen entre 18 y 30 años, habrían iniciado sus consumos una media de entre 3 y 5 años antes que los que ahora tienen entre 50 y 59 años.
- La diferencia es llamativa en cocaína (de 23 a 17 años) o en benzodiacepinas (de 29 pasaría a menos de 18 años). El policonsumo antes comenzaba a los 22 años y ahora a los 16.
- En cuanto a alcohol, los más jóvenes empezaron a beber en consumos regulares/problemáticos a los 14 años, mientras que en el grupo de mayores de 50 el inicio se registraba a los 16 años.



	Alcohol CD*	Cannabis	Inhalantes	Alucinógenos	Anfetaminas	Politox	Cocaína	Alcohol GC*	Otras drogas	Heroína	Otros opiác.	Benzodiacep.	Metadona
18 a 29	13,8	13,7		16,5	17,0	15,7	17,0	14,7	18,0		16,0	17,5	
30 a 39	15,0	15,0	18,5	18,2	17,8	17,5	17,5	17,1	18,5	20,9	21,1	21,2	21,8
40 a 49	15,6	16,6	18,3	18,6	19,4	19,7	19,4	19,9	22,0	23,7	23,7	25,8	27,0
50 a 59	16,4	17,5	18,0	19,1	20,5	21,8	22,6	24,1	24,2	21,4	22,8	28,8	30,9

25. EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL

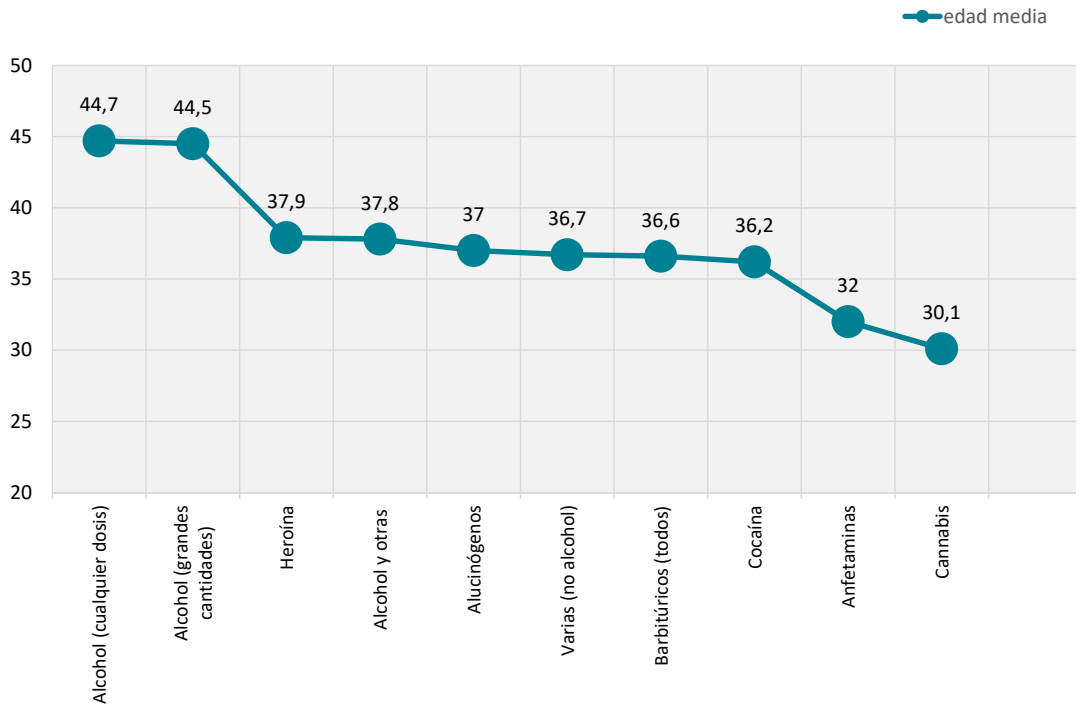
- Las personas usuarias reconocen haber iniciado el consumo de alcohol entre los 15 y los 16 años, y el de cannabis entre los 17 y los 18.
- El inicio en alucinógenos y anfetaminas se sitúa en los 19 años. A partir de los 20 años comienza el consumo de diferentes combinaciones de sustancias, siendo el de heroína y opiáceos los que aparecen a partir de los 22-23 años.



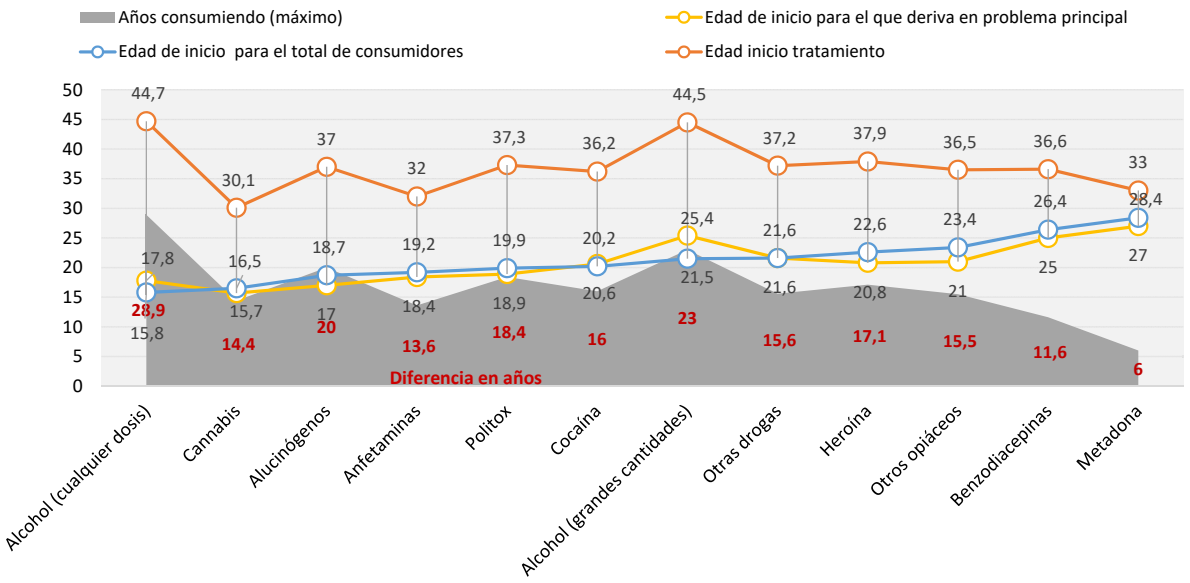
** Alcohol CD: Alcohol cualquier dosis*
** Alcohol GC: Alcohol grandes cantidades*

26. EDAD DE INICIO AL TRATAMIENTO POR SUSTANCIA PRINCIPAL DE CONSUMO

- El alcohol, que es la sustancia de inicio más precoz (14 años), es la que registra un inicio de tratamiento más tardío (45 años).

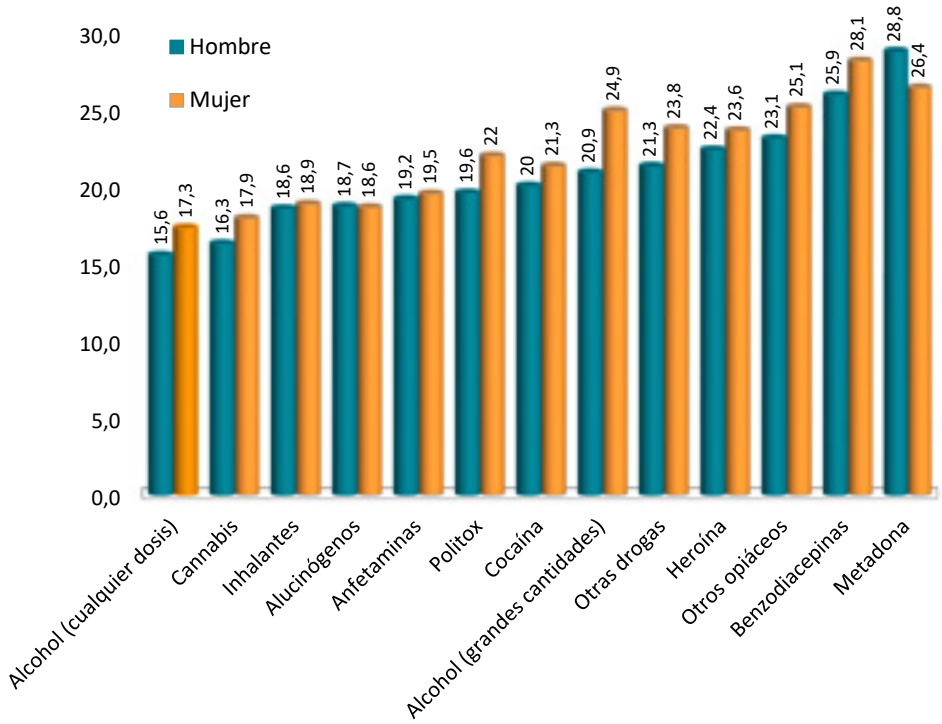


27. SUSTANCIA PRINCIPAL, AÑOS DE CONSUMO E INICIO DE TRATAMIENTO

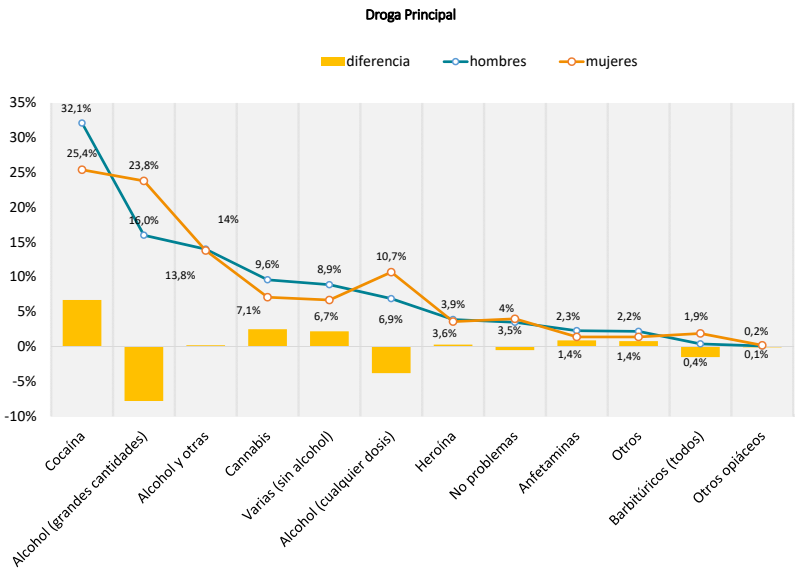


28. EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO SEGÚN SUSTANCIA Y SEXO

- Por sexos no se detectan diferencias relevantes, si bien las mujeres tienden a iniciar el consumo regular o problemático más tarde que los hombres y de manera especial en el alcohol en grandes cantidades (cuatro años más tarde).



29. SUSTANCIA PRINCIPAL SEGÚN SEXO



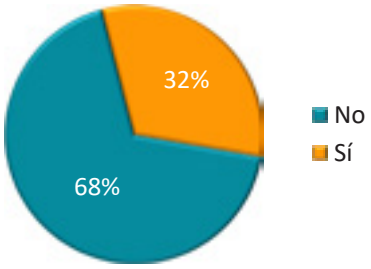
- No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la sustancia principal por la que demandan tratamiento, con excepción del alcohol y barbitúricos, donde la incidencia es comparativamente superior entre las mujeres.
- En el caso de los hombres se registra un mayor consumo de cocaína con una diferencia de 7 puntos respecto a las mujeres.

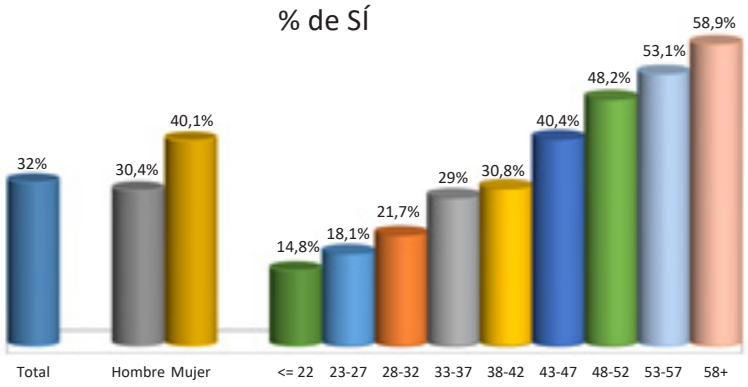
PROBLEMAS MÉDICOS

Projecte Home Balears.

30. PROBLEMAS MÉDICOS CRÓNICOS QUE INTERFIEREN EN SU VIDA COTIDIANA

- El 32% de las personas en tratamiento afirma padecer algún problema médico crónico que interfiere en su vida, siendo mayor este porcentaje entre las mujeres -que asciende hasta el 40%- y se incrementa a medida que avanza la edad de las personas usuarias, alcanzando el 59% de enfermos crónicos entre los mayores de 58 años.
- En 2014 aparecía un 26% de enfermos crónicos entre las personas en tratamiento, en 2015 un 30% y en 2016 el porcentaje es del 32%. Por todo esto, se puede hablar de una tendencia al alza de estos enfermos en la población atendida en Proyecto Hombre.

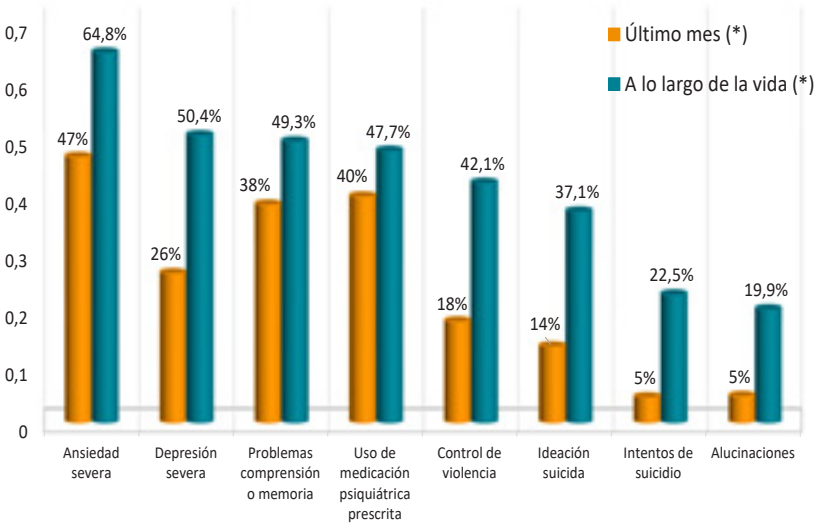




PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS

- *J.R.S.*

31. FACTORES PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS

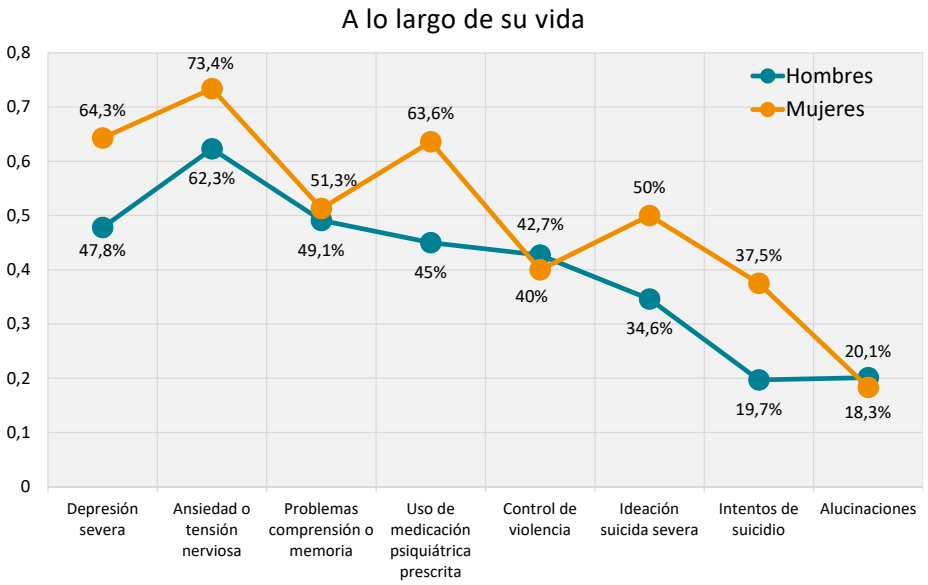


(*) No por uso de alcohol o drogas

- Elevada prevalencia en la comorbilidad de la adicción con la presencia de trastornos psiquiátricos. Más concretamente, cabe señalar la alta incidencia a lo largo de la vida de trastornos de ansiedad severa (65%), seguido de depresión severa (50,4%) y problemas de comprensión o memoria (49,3%). Otro indicador sobre el grado de afectación de la salud mental en esta población es que el 48% ha tenido o tiene prescrita medicación psiquiátrica.

32. FACTORES PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS SEGÚN SEXO

- Se aprecian importantes diferencias entre hombres y mujeres, siendo mayor la proporción de mujeres que dice haber sufrido algunas de las problemáticas señaladas, salvo en control de violencia y padecer alucinaciones.
- Así, el 73% de mujeres ha sufrido ansiedad, más del 64% depresión severa y hasta un 37,5% ha realizado intentos de suicidio a lo largo de su vida.
- Depresión severa y uso de medicación psiquiátrica son los dos aspectos donde se registran mayores diferencias comparativas entre sexos.



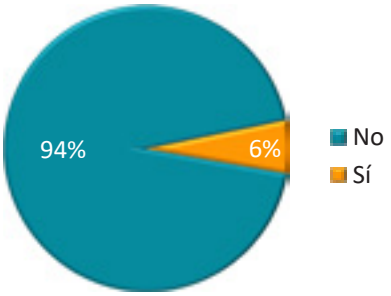
- *Projecte Home Balears.*

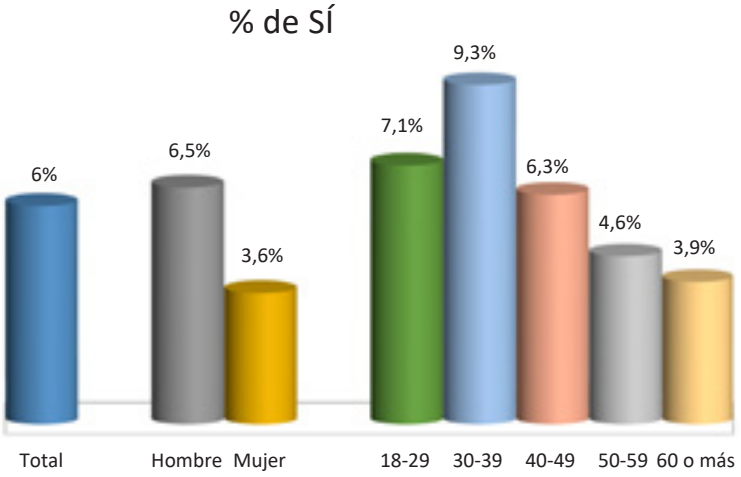
PROBLEMAS LEGALES

▪ *A.B.*

33. INGRESO PROMOVIDO POR SUGERENCIA JUDICIAL

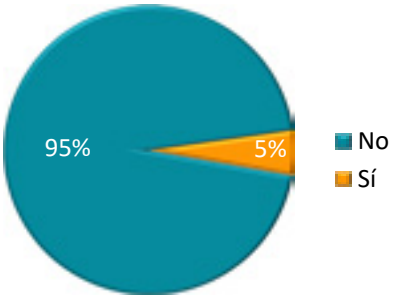
- Un 6% de personas iniciaron tratamiento motivadas por la aplicación de medidas judiciales que posibilitan el no ingreso en prisión con el objetivo de realizar un proceso de tratamiento y rehabilitación.

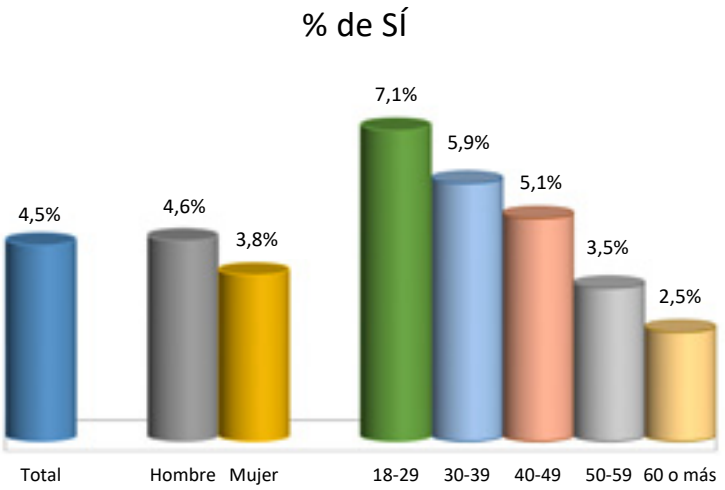




34. EN LIBERTAD CONDICIONAL

- Sólo el 5% de personas que iniciaron tratamiento se encontraban en libertad condicional en ese momento, no observándose diferencias entre hombres y mujeres (5% de hombres frente al 4% de mujeres).

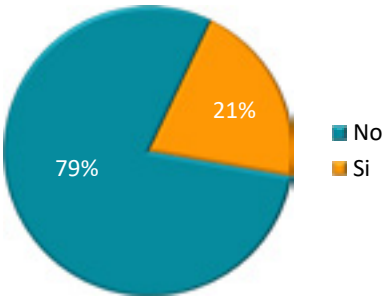


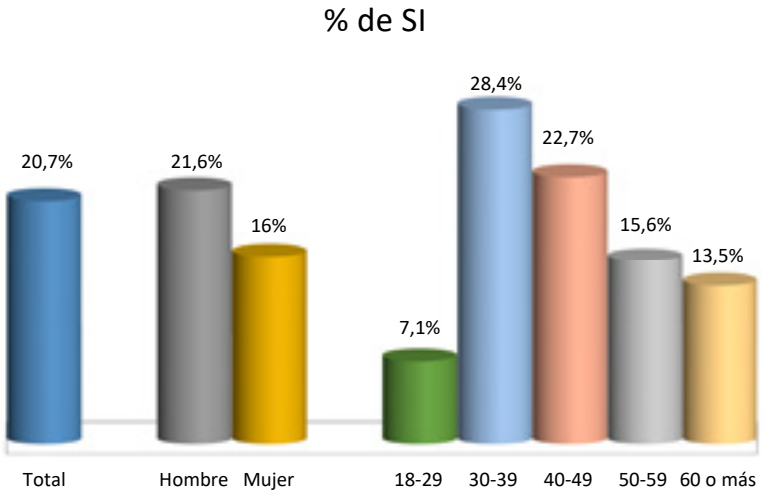


- *Proyecto Hombre Córdoba.*

35. CAUSAS PENDIENTES EN EL MOMENTO DE INGRESO

- Aunque la mayoría de personas no tenía problemas con la justicia (79%), 1 de cada 5 estaba pendiente de cargos, juicios o sentencias en el momento de iniciar el tratamiento.
- Esta situación se da en mayor medida entre hombres (21,6%) que entre mujeres (16%) y más en la franja de edades comprendidas entre los 30 y 39 años (28,4%).





- *Proyecto Hombre Alicante.*

Datos generales por Comunidades Autónomas

3

Andalucía

Sexo	
Hombre	87,8%
Mujer	12,2%
Edad al ingreso	34,8
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	55,6%
Tiempo parcial	21,1%
Desempleado/hogar	12,0%
Estudiante	7,5%
Retirado/invalidez	2,7%
Servicio militar	0,6%
Ambiente protegido	0,6%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	33,4%
Alcohol GC	12,6%
Alcohol y otras	10,7%
Cannabis	15,7%
Varias drogas no alcohol	9,6%
Alcohol Cualquier dosis	9,4%
Heroína	2,1%
Sin determinar	3,8%
Anfetaminas	0,3%
Otros	1,0%
Barbitúricos	1,1%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,1%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Asturias

Sexo	
Hombre	83,7%
Mujer	16,3%
Edad al ingreso	37,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	35,5%
Tiempo parcial	8,6%
Desempleado/hogar	32,2%
Estudiante	0,0%
Retirado/invalidez	10,5%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	13,2%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	19,2%
Alcohol GC	14,4%
Alcohol y otras	14,4%
Cannabis	16,4%
Varias drogas no alcohol	11,6%
Alcohol Cualquier dosis	2,7%
Heroína	6,8%
Sin determinar	8,2%
Anfetaminas	0,7%
Otros	2,1%
Barbitúricos	1,4%
Metadona/LAAM	1,4%
Otros opiáceos	0,7%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Baleares

Sexo	
Hombre	78,0%
Mujer	22,0%
Edad al ingreso	38,5
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	55,4%
Tiempo parcial	17,4%
Desempleado/hogar	20,0%
Estudiante	0,0%
Retirado/invalidez	6,2%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,0%

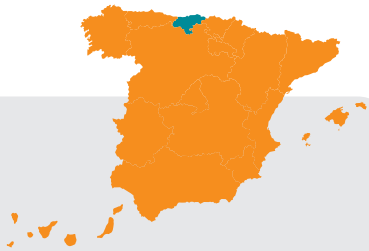
Sustancia principal de consumo	
Cocaína	22,8%
Alcohol GC	17,3%
Alcohol y otras	22,3%
Cannabis	4,1%
Varias drogas no alcohol	23,4%
Alcohol Cualquier dosis	6,6%
Heroína	2,0%
Sin determinar	1,0%
Anfetaminas	0,0%
Otros	0,0%
Barbitúricos	0,5%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Canarias

Sexo	
Hombre	78,8%
Mujer	21,2%
Edad al ingreso	39,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	45,6%
Tiempo parcial	21,1%
Desempleado/hogar	26,3%
Estudiante	1,8%
Retirado/invalidez	4,4%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	0,9%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	40,8%
Alcohol GC	9,2%
Alcohol y otras	1,7%
Cannabis	7,5%
Varias drogas no alcohol	3,3%
Alcohol Cualquier dosis	10,8%
Heroína	10,0%
Sin determinar	12,5%
Anfetaminas	0,8%
Otros	2,5%
Barbitúricos	0,8%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Cantabria



Sexo	
Hombre	80,7%
Mujer	19,3%
Edad al ingreso	39,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	53,8%
Tiempo parcial	23,1%
Desempleado/hogar	13,2%
Estudiante	2,2%
Retirado/invalidez	6,6%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,1%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	26,9%
Alcohol GC	31,2%
Alcohol y otras	16,1%
Cannabis	5,4%
Varias drogas no alcohol	4,3%
Alcohol Cualquier dosis	4,3%
Heroína	3,2%
Sin determinar	1,1%
Anfetaminas	0,0%
Otros	7,5%
Barbitúricos	0,0%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Castilla-La Mancha

Sexo	
Hombre	87,5%
Mujer	12,5%
Edad al ingreso	37,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	43,2%
Tiempo parcial	20,5%
Desempleado/hogar	28,8%
Estudiante	0,0%
Retirado/invalidez	6,1%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,5%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	35,3%
Alcohol GC	21,1%
Alcohol y otras	12,8%
Cannabis	4,5%
Varias drogas no alcohol	8,3%
Alcohol Cualquier dosis	8,3%
Heroína	6,0%
Sin determinar	1,5%
Anfetaminas	0,0%
Otros	1,5%
Barbitúricos	0,0%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,8%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Castilla y León

Sexo	
Hombre	80,4%
Mujer	19,6%
Edad al ingreso	36,4
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	53,1%
Tiempo parcial	17,8%
Desempleado/hogar	22,7%
Estudiante	1,9%
Retirado/invalidez	3,0%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,4%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	30,3%
Alcohol GC	21,2%
Alcohol y otras	8,3%
Cannabis	15,9%
Varias drogas no alcohol	5,0%
Alcohol Cualquier dosis	4,0%
Heroína	4,7%
Sin determinar	3,3%
Anfetaminas	4,4%
Otros	2,6%
Barbitúricos	0,3%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Cataluña

Sexo	
Hombre	76,9%
Mujer	23,1%
Edad al ingreso	40,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	54,5%
Tiempo parcial	22,4%
Desempleado/hogar	14,2%
Estudiante	0,0%
Retirado/invalidez	9,0%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	0,0%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	46,1%
Alcohol GC	17,7%
Alcohol y otras	1,4%
Cannabis	2,1%
Varias drogas no alcohol	7,1%
Alcohol Cualquier dosis	10,6%
Heroína	4,3%
Sin determinar	7,8%
Anfetaminas	0,0%
Otros	2,8%
Barbitúricos	0,0%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Extremadura

Sexo	
Hombre	94,7%
Mujer	5,3%
Edad al ingreso	30,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	65,8%
Tiempo parcial	21,1%
Desempleado/hogar	10,5%
Estudiante	2,6%
Retirado/invalidez	0,0%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	0,0%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	34,2%
Alcohol GC	2,6%
Alcohol y otras	10,5%
Cannabis	15,8%
Varias drogas no alcohol	7,9%
Alcohol Cualquier dosis	18,4%
Heroína	5,3%
Sin determinar	2,6%
Anfetaminas	2,6%
Otros	0,0%
Barbitúricos	0,0%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Galicia

Sexo	
Hombre	84,3%
Mujer	15,7%
Edad al ingreso	36,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	51,2%
Tiempo parcial	10,1%
Desempleado/hogar	23,0%
Estudiante	6,0%
Retirado/invalidez	6,9%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	2,8%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	29,8%
Alcohol GC	29,8%
Alcohol y otras	8,1%
Cannabis	10,9%
Varias drogas no alcohol	12,1%
Alcohol Cualquier dosis	0,0%
Heroína	3,2%
Sin determinar	4,0%
Anfetaminas	0,8%
Otros	0,8%
Barbitúricos	0,4%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

La Rioja

Sexo	
Hombre	92,0%
Mujer	8,0%
Edad al ingreso	36,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	59,2%
Tiempo parcial	14,5%
Desempleado/hogar	13,2%
Estudiante	3,9%
Retirado/invalidez	7,9%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,3%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	23,4%
Alcohol GC	14,3%
Alcohol y otras	2,6%
Cannabis	9,1%
Varias drogas no alcohol	1,3%
Alcohol Cualquier dosis	6,5%
Heroína	7,8%
Sin determinar	1,3%
Anfetaminas	29,9%
Otros	2,6%
Barbitúricos	0,0%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	1,3%
Inhalantes	0,0%

Madrid

Sexo	
Hombre	89,7%
Mujer	10,3%
Edad al ingreso	34,5
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	62,7%
Tiempo parcial	14,9%
Desempleado/hogar	13,4%
Estudiante	6,0%
Retirado/invalidez	1,5%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,5%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	26,1%
Alcohol GC	15,9%
Alcohol y otras	20,3%
Cannabis	10,1%
Varias drogas no alcohol	14,5%
Alcohol Cualquier dosis	1,4%
Heroína	2,9%
Sin determinar	4,3%
Anfetaminas	1,4%
Otros	1,4%
Barbitúricos	1,4%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Murcia

Sexo	
Hombre	86,0%
Mujer	14,0%
Edad al ingreso	36,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	76,7%
Tiempo parcial	11,7%
Desempleado/hogar	6,1%
Estudiante	2,5%
Retirado/invalidez	3,1%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	0,0%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	29,1%
Alcohol GC	12,8%
Alcohol y otras	30,2%
Cannabis	6,7%
Varias drogas no alcohol	2,8%
Alcohol Cualquier dosis	5,0%
Heroína	1,7%
Sin determinar	8,4%
Anfetaminas	0,0%
Otros	2,2%
Barbitúricos	1,1%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Navarra

Sexo	
Hombre	84,7%
Mujer	15,3%
Edad al ingreso	37,0
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	50,4%
Tiempo parcial	18,5%
Desempleado/hogar	17,6%
Estudiante	8,4%
Retirado/invalidez	3,4%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	1,7%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	21,2%
Alcohol GC	17,7%
Alcohol y otras	12,4%
Cannabis	15,0%
Varias drogas no alcohol	2,7%
Alcohol Cualquier dosis	10,6%
Heroína	2,7%
Sin determinar	1,8%
Anfetaminas	15,0%
Otros	0,9%
Barbitúricos	0,0%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,0%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Comunidad Valenciana

Sexo	
Hombre	80,8%
Mujer	19,2%
Edad al ingreso	38,5
Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años	
Tiempo completo	58,1%
Tiempo parcial	19,3%
Desempleado/hogar	16,6%
Estudiante	1,4%
Retirado/invalidez	4,0%
Servicio militar	0,0%
Ambiente protegido	0,6%

Sustancia principal de consumo	
Cocaína	29,8%
Alcohol GC	13,0%
Alcohol y otras	17,5%
Cannabis	6,2%
Varias drogas no alcohol	16,9%
Alcohol Cualquier dosis	10,3%
Heroína	2,6%
Sin determinar	0,2%
Anfetaminas	0,2%
Otros	2,5%
Barbitúricos	0,7%
Metadona/LAAM	0,0%
Otros opiáceos	0,2%
Alucinógenos	0,0%
Inhalantes	0,0%

Proyecto Hombre Salamanca.

- *Proyecto Hombre Navarra. F.B.*

Conclusiones y recomendaciones finales

4

La importancia de evaluar la situación actual de las personas drogodependientes y la necesidad de optimizar los programas de la red de dispositivos terapéuticos y de prevención de Proyecto Hombre son las razones por las que desde el año 2012 se vienen realizando nuevas ediciones del presente Informe del Observatorio Proyecto Hombre.

Los estudios en el campo de las adicciones poseen importantes implicaciones de cara a la práctica clínica. Ello se debe a que permiten una adecuada caracterización de los consumidores de sustancias psicoactivas que facilita el avance en el conocimiento de esta población de difícil tratamiento, teniendo en cuenta cuatro aspectos esenciales para la intervención terapéutica:

a) Valorar la probabilidad de implicación en el tratamiento y de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

b) Modificar las características del tratamiento para adaptarlas de forma individualizada al paciente.

c) Establecer apropiadamente los objetivos terapéuticos.

d) Determinar la necesidad de una mayor o menor rigidez en la estructuración del contexto terapéutico.

Además, dado que las drogodependencias son un problema en constante evolución, consideramos que los informes del Observatorio Proyecto Hombre resultan útiles para orientar al profesional del tratamiento de las adicciones a la hora de profundizar en el conocimiento de las intervenciones más adecuadas, en función de las características de cada persona, así como de las diferentes sustancias y patrones de consumo de cada individuo.

En el presente Informe del Observatorio, se realiza un estudio descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas más relevantes sobre una muestra de 2.863 sujetos en tratamiento en los diferentes centros de Proyecto Hombre en toda España. Aquí se analizan datos relacionados con las características específicas del consumo de drogas que hacen estos pacientes: inicio, duración, intensidad, variedad de sustancias consumidas, etc.

A continuación se detallan las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de este informe.

Projecte Home Balears.

CONCLUSIONES

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIOLABORALES

- La variable edad, con una **media de 38,3 años**, muestra un incremento progresivo en los últimos años. Destaca que la mayor parte de la muestra se encuentra entre los 28 y los 47 años (68,8%), período que coincide con el de máxima ocupación de la población activa en general.
- En cuanto al promedio de edad de la muestra y la relación de dicha variable con la edad media global de inicio del consumo, podemos afirmar que **el inicio del tratamiento se demora casi 20 años desde que se comienza a consumir la sustancia que motiva el tratamiento**, siendo la cantidad de años aún mayor cuando se trata del alcohol como sustancia principal de demanda de tratamiento.
- Atendiendo a la **distribución por sexos** (83,9% hombres y 16,1% de mujeres), la mujer se incorpora progresivamente a los programas de tratamiento de Proyecto Hombre en mayor proporción respecto a años anteriores (13,8% en 2012), si bien la diferencia respecto al porcentaje de hombres sigue siendo muy amplia.

- Respecto a la **forma de convivencia**, existe un amplio abanico de situaciones: un 25,2% convive con sus padres; un 23,1% con pareja e hijos; un 14,3% vive en solitario; o un 3,5% vive en un entorno protegido.
- Cabe señalar que mientras **únicamente un 1,1% de los hombres vive solo con sus hijos**, esta situación se da en el 9,8% de las mujeres. Este podría ser un factor clave a la hora de disponer de mayor o menor facilidad para incorporarse a los programas de tratamiento, tanto de carácter residencial como ambulatorio.
- Por otra parte, teniendo en cuenta que se trata de una mayoría de población adulta (un 86,1% tienen más de 27 años de edad), destaca el **perfil de personas que mayoritariamente vive sin pareja** (un 60%), ya que solo un 23% convivía con su pareja e hijos y otro 17% únicamente con su pareja. Esto coincide tanto con la tendencia que se viene manteniendo en años anteriores, como con los datos publicados en otros informes sobre adicciones (*Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías 2015)*. Tal situación obedecería a las grandes y complejas dificultades que esta población presenta en cuanto a sus relaciones interpersonales y fundamentalmente a la hora de mantener relaciones estables.
- En este sentido, los datos son coherentes con el hecho de que las relaciones con la pareja sean la principal fuente de problemas serios, tanto por lo que se refiere al último mes (32%) como a lo largo de la vida (65%). Estos datos refuerzan la idea de que **las personas con problemas de adicciones presentan relaciones conflictivas en diferentes ámbitos**; en cualquier caso, esa falta de estabilidad en las relaciones afectivas no es un problema puntual y pasajero sino que suele ser un patrón relacional que los acompaña a lo largo de la mayor parte de su vida. Y es que casi la mitad de los casos analizados no ha tenido relaciones estables, próximas y duraderas, con las figuras de apego más importantes a lo largo de su vida.
- La información recogida en los EuropASI, confirma que **la exposición a experiencias traumáticas de abusos, en general en la infancia y la vida adulta, es muy superior entre las mujeres que acuden a tratamiento a nuestros centros que entre los hombres**. Así, entre las mujeres, la prevalencia de haber sufrido alguna vez en la vida abusos emocionales sería del 69,2%, de un 50,6% de abusos físicos y de un 25,7% de abusos sexuales. Unos registros que en el caso de los hombres son sensiblemente inferiores (45,1%, 23,2% y 4,4%, respectivamente).
- En el mismo sentido, al hablar de **dificultades relacionales**, destaca el relativamente elevado porcentaje de personas que carece de amigos íntimos (29,6%) o tan solo cuenta con uno (17,2%). Se trata de otro indicador que señala la debilidad -cuando no la inexistencia- de la red sociofamiliar de apoyo para un porcentaje significativo de las personas que inician tratamiento. Esta variable reafirma el protagonismo que tanto la familia como un entorno social adecuado adquieren como factor de protección ante las adicciones.
- En conjunto, las personas atendidas en Proyecto Hombre presentan un **importante déficit en formación académica**. A pesar de que un 9,3% cuenta con estudios universitarios, un 67% no dispone de estudios o no ha ido más allá de primaria, sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres.
- En contrapunto a este bajo nivel formativo, nos encontramos con **un perfil mayoritariamente normalizado desde el punto de vista laboral**. Así, un 72,5% de personas que acceden a tratamiento habrían estado trabajando como situación más habitual en los tres años anteriores

al ingreso (54,7% a tiempo completo y 17,8% a tiempo parcial). Sin embargo, **las mujeres presentarían comparativamente una mayor incidencia de desempleo** (28,2%) y de empleo a tiempo parcial (25,5%) que los hombres (16,3% y 16,1%, respectivamente).

- En relación al tipo de empleo y de categoría profesional, encontramos una **representación de toda la escala sociolaboral**: empresarios y directivos, personal técnico altamente cualificado y también, en el extremo opuesto, trabajadores no cualificados e incluso personas que nunca han desarrollado una actividad laboral. No obstante, **la mayor concentración (80%) se da entre personal administrativo y de servicios y personal de la industria y la construcción**.
- A pesar de este **perfil profesional "normalizado"**, en el momento del ingreso solo un 39,2% habría recibido ingresos por empleo en los 30 días anteriores al ingreso. Esta diferencia entre la situación predominante en los 3 años anteriores respecto a la inmediatamente anterior al ingreso muestra una evolución negativa en la empleabilidad de las personas de la que no puede desvincularse el propio proceso adictivo.
- Ligado a lo anterior, debe remarcarse la **dependencia económica de la red primaria de apoyo**: más de 4 de cada 10 entrevistados (un 41%) informa que su soporte económico es la red primaria de apoyo (familia, amigos...).
- Considerando los aspectos anteriormente mencionados no sorprende que **dos de cada tres personas declaren tener deudas** (la media no sobrepasa la cifra de 900 euros).
- En conjunto, y en relación al ámbito sociolaboral de las personas atendidas en Proyecto Hombre, puede afirmarse que estas comparten en un mayor o menor grado de incidencia idénticas problemáticas con otros colectivos vulnerables: bajo nivel de formación; desempleo; deterioros en los procesos vitales, relacionales y sociales; problemas legales y dependencia económica.

Projecte Home Balears.

USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- Entre las personas que ingresan a tratamiento **es poco frecuente encontrar perfiles "puros" de consumidores de una única sustancia psicoactiva, siendo habitual el consumo problemático y/o la adicción a varias sustancias.** Así, independientemente de la sustancia principal de demanda de tratamiento, destacan el alcohol (81,2%), la cocaína (71,2%) y el cannabis (64,11%), como sustancias que presentan o han presentado un consumo regular o problemático a lo largo de la vida de las personas en tratamiento.
- En cuanto a la **sustancia principal de consumo**, el alcohol aparece en primer lugar (38,7%) de las sustancias que generan la necesidad de ingreso, ya sea como consumo básicamente exclusivo (24,9%) o con adicción añadida a otras sustancias (13,8%). En segundo lugar, se encuentra la cocaína (31,1%) y en tercer lugar, el cannabis (9,3%). Por su parte, la heroína y los opiáceos suponen un 4% de los casos analizados.
- Existe una **diferenciación entre los patrones de inicio de consumo por edades en función de las diferentes sustancias**. Las personas que ingresan a tratamiento reconocen haber iniciado el consumo regular o problemático de alcohol entre los 15 y los 16 años. El cannabis entre los 17 y los 18. Más adelante, a los 19 años, aparecen inhalantes, alucinógenos y anfetaminas. Y a partir de los 20-22 años comienzan los consumos regulares de cocaína, heroína y los policonsumos de diversas sustancias. En todo caso, debe señalarse la relevancia del alcohol, tanto por la precocidad del inicio de su consumo regular como por su vinculación con el desarrollo de patrones policonsumidores.
- Relacionando la edad de inicio de consumo con la de tratamiento, llama la atención observar cómo siendo el alcohol la sustancia con un consumo más precoz, es la que más tarde se inicia el tratamiento. Esto implica reflexionar sobre el hecho de hasta qué punto puede influir su legalidad y la **normalización social del alcohol** como para que las personas tarden más tiempo en plantearse la necesidad de tratamiento.

A continuación se detallan algunas de las **características básicas de las personas en función de la sustancia principal de consumo**:

- **Alcohol**: se trata de un perfil que cuenta con una media de edad (48 años) más alta que la media del conjunto de personas atendidas, su estado civil es mayoritariamente separado/divorciado (39%), seguido de casado (33%) y soltero (25%), y en su mayoría cobran una pensión, seguridad social, paro u otras ayudas sociales. Como se ha indicado anteriormente, es la sustancia con un inicio de consumo más temprano y de tratamiento más tardío.
- **Heroína y opiáceos**: con una edad media de inicio de consumo de 22,6 años, el inicio de tratamiento se da con 37,2 años. En este perfil se encuentra el porcentaje más elevado de personas que no han terminado la enseñanza obligatoria (50%), con más ingresos procedentes de fuentes ilegales o de la red primaria de apoyo, y que han estado conviviendo en un medio protegido más que el resto.
- **Cannabis**: quienes solicitan tratamiento por esta sustancia destacan por ser los que alcanzan un nivel de estudios superior al resto. Suelen convivir con su familia de origen (padres y/o madres) en un porcentaje más elevado que el resto de los perfiles. La edad media de inicio del tratamiento es la más joven (30,1 años).
- **Cocaína**: es el perfil que, tras el alcohol, supone una mayor demanda de tratamiento (31,1%). La edad media de este perfil cuando acude a tratamiento es de 36,2 años (dos años por debajo de la edad media del conjunto de la muestra). Con frecuencia se asocia al consumo de otras sustancias (alcohol, cannabis...), presentan mayor inserción laboral (50% tienen empleo) y suelen convivir con familia propia (42,6%).

Proyecto Hombre Córdoba.

PROBLEMAS MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS

- El 31,6% de las personas en tratamiento padece **algún problema médico crónico** que interfiere en su vida, siendo mayor este porcentaje entre las mujeres (que asciende hasta el 40,1%) y como es de esperar, se incrementa de manera proporcional a la edad de los usuarios, alcanzando el 59% de alguna patología crónica entre las personas mayores de 58 años.
- En 2014 aparecía un 26% de **enfermos crónicos** entre las personas en tratamiento, en 2015 un 30% y en 2016 el porcentaje es del 32%, por lo que podemos hablar, a partir del presente informe, de una característica ligeramente al alza entre la población atendida en el conjunto de los dispositivos territoriales de Proyecto Hombre.
- Los estudios sobre las relaciones causales entre los trastornos psicológicos y los inducidos por sustancias no son concluyentes, pero sí hay consenso en que los síntomas de los trastornos mentales y de los problemas de adicción interactúan y se condicionan mutuamente.
- En el presente estudio, también se observa la incidencia de este tipo de trastornos entre la **población con problemas de conducta adictiva**. Así, un 64,8% indica haber padecido o padecer un trastorno de ansiedad severa, un 50,4% depresión severa, y un 47,7% haber recibido medicación psiquiátrica.
- Según los datos recogidos, se da una mayor incidencia de patologías psiquiátricas entre las mujeres que inician tratamiento. Así, un 64,3% manifiesta haber padecido depresión severa durante un tiempo significativo de su vida, un 73,4% ansiedad severa y un 63,6% uso de medicación psiquiátrica, unas cifras claramente superiores a las registradas entre hombres.

  Se trata de una pauta que también se observa en la población general. Sin embargo, como apuntan Llopis y Rebollida (2001), la presencia de psicopatologías entre las mujeres usuarias de drogas es notablemente mayor que en los hombres, sobre todo por lo que a los trastornos afectivos se refiere, al igual que la presencia de trastornos adictivos en el entorno familiar inmediato de estas mujeres.

Proyecto Hombre Salamanca.

Proyecto Hombre Córdoba.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en su informe anual "Comorbilidad con el uso de sustancias y los trastornos de salud mental en Europa", la depresión es dos veces más probable entre las mujeres con trastornos por uso de sustancias en comparación con las mujeres de la población general, lo que convierte a este grupo de mujeres en una población especialmente vulnerable y en objetivo particularmente sensible para los criterios de tratamiento. (OEDT, 2015).

- El abuso de sustancias y otros trastornos mentales se identifican como factores asociados con la conducta suicida. En esta línea, parece revelador que **un 22,5% de los casos del presente estudio dicen haber realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida** (37,5% de las mujeres y 19,7% de los hombres).

PROBLEMAS LEGALES

Un bajo porcentaje de personas (6%) inicia tratamiento motivada por la aplicación de medidas judiciales que posibilitan el no ingreso en prisión con el objetivo de realizar un proceso de tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, la mayor parte de la muestra no tiene problemas con la justicia en el momento de iniciar tratamiento en Proyecto Hombre (79,3%), lo que supone un **bajo porcentaje de perfiles delictivos** entre quienes realizan tratamiento. A destacar que un 20,7% estaría pendiente de cargos, juicios o sentencias y un 18,1% habría estado en algún momento de su vida en prisión.

RECOMENDACIONES

- El hecho de que la mayor parte de la muestra se encuentre en edad laboral, supone que es necesario incidir especialmente en el mantenimiento del puesto de trabajo o la **reincorporación al mundo laboral**, así como potenciar la mejora de la empleabilidad con el objetivo de favorecer y consolidar el proceso de inserción de las personas en tratamiento. Teniendo en cuenta el intervalo de años que trascurren entre que una persona se inicia en el consumo de la sustancia principal y la demanda de tratamiento, **es preciso continuar con las estrategias preventivas**, pero también promover la detección precoz, tanto en el ámbito de salud (atención primaria, especialistas, urgencias...), como en el ámbito laboral, el escolar, el familiar y comunitario, de manera que pueda acortarse el período transcurrido hasta el inicio del tratamiento.
- Se recomienda que se implanten **recursos de apoyo** que faciliten a las mujeres con cargas familiares y laborales el acceso y continuidad en el tratamiento del trastorno adictivo, tales como: guarderías, adaptación horaria, ayuda económica para mujeres sin recursos o de baja laboral en tratamiento, figuras de soporte en el cuidado de mayores y personas con diversidad funcional, recursos residenciales de apoyo al tratamiento específicos para mujeres, y otros.
- Es necesario plantear en el seno de Proyecto Hombre **un análisis en profundidad sobre el impacto que los abusos de cualquier tipología sufridos en mujeres** pueden tener en el posterior uso de drogas y qué incidencia tiene este aspecto sobre los tratamientos, así como en el desarrollo de modelos y procedimientos de tratamiento específicos para las necesidades de las mujeres.
- La **intervención en el ámbito sociofamiliar** debe tenerse presente en el diseño, desarrollo y evaluación de los diferentes programas de prevención y tratamiento. Disponer de un entorno sociofamiliar adecuado es tanto un factor de protección ante las adicciones como un factor facilitador del proceso terapéutico.
- **Formación y empleo son factores estratégicos en el proceso de inserción sociolaboral de las personas con problemas de adicción** por lo que se debe desarrollar a nivel individual (dentro del

Proyecto Hombre Córdoba.

plan de intervención personal), pero también de conjunto de programas de acciones que permitan implementar la integración sociolaboral de las personas que siguen tratamiento (diagnóstico, orientación y plan de formación y capacitación, apoyo a la búsqueda de empleo y acompañamiento en la inserción).

En este sentido, **destaca la incorporación de Proyecto Hombre, desde marzo de 2016, al Proyecto INSOLA**, que tiene como objetivo facilitar la integración sociolaboral de las personas con problemas de adicción. Este proyecto, que cuenta con la cofinanciación del Fondo Social Europeo, supone una apuesta innovadora por la inserción sociolaboral de personas desfavorecidas que se encuentran en tratamiento por un problema adictivo con el objeto de incrementar el nivel de formación y capacitación laboral, desarrollar nuevas competencias para facilitar el acceso al empleo, y para ayudar a mantener el empleo de quienes ya cuentan con él.

- Dado el elevado porcentaje de casos que señalan posibles trastornos psiquiátricos añadidos al problema de adicción, debe contemplarse una atención integral y en paralelo de las adicciones y de dichos trastornos psiquiátricos. En este caso, es fundamental la **coordinación con la red pública de salud mental**, tanto para la determinación efectiva de los diagnósticos como para el tratamiento y seguimiento de dichas patologías, a la par que se desarrolla el proceso educativo-terapéutico para el abordaje de las adicciones.
- Atendiendo a los bajos porcentajes de personas que inician tratamiento motivadas por el sistema judicial o que se encuentran en libertad condicional cuando realizan tratamiento, es preciso **incentivar la aplicación de medidas alternativas al ingreso en prisión** para que se realice tratamiento, facilitando la reincorporación a la sociedad como miembros activos de la misma.
- Al mismo tiempo, y teniendo en cuenta que una de cada cinco personas que inician tratamiento tienen causas pendientes, sería aconsejable disponer de un **servicio de asesoramiento jurídico** que permita conjugar el hacer frente a este tipo de responsabilidades con el tratamiento de la adicción y el proceso de inserción social.

J.R.S.

Interpretaciones

5

Los datos presentados aquí proporcionan una visión convincente y fascinante de un período en el desarrollo de una organización extremadamente compleja y extensa. Compleja, porque la metodología de la comunidad terapéutica sobre la que se basa el trabajo de Proyecto Hombre representa, por sí misma, un enfoque complejo y multidimensional del cambio de comportamientos. En el caso de Proyecto Hombre esta metodología fundacional se ha complementado con una serie de diferentes estrategias basadas en la evidencia e intervenciones de tratamiento diseñados para adaptar la metodología central a fin de satisfacer las necesidades de una población diversa de personas necesitadas. Extensa, porque Proyecto Hombre ofrece servicios (de muchos tipos) en toda España, tanto en ambientes urbanos como en ciudades pequeñas y entornos rurales. Estos servicios llegan a las vidas de una amplia gama de personas en peligro; tanto a través de su propio uso de sustancias como a través de la sustancia utilizando comportamientos de un ser querido.

Ejercicios de este tipo no pueden, por supuesto, ser nunca más que una breve instantánea, un momento en el tiempo; pero pueden proporcionar información vital sobre la naturaleza del trabajo, los cambios que podrían ser necesarios para el enfoque de la organización y, más ampliamente, las tendencias en el uso de sustancias en toda la nación.

Cabe destacar una serie de aspectos de los datos. La edad media de los usuarios vistos es algo superior a la registrada en encuestas nacionales, tanto en España como en otros países europeos; aunque no es diferente de las edades registradas por otras comunidades terapéuticas europeas.

En parte, esto puede ser simplemente un reflejo de la estructura nacional de derivación. Un número significativo de los servicios provistos por Proyecto Hombre son comunidades terapéuticas residenciales. En la mayoría de los países europeos (y no parece haber ninguna razón para sospechar que esto sea diferente en España), existe la firme convicción de que los servicios residenciales son caros y por lo tanto deben ser utilizados como la intervención de último recurso. Esta visión da lugar a una estructura de financiación y entrega que asegura que solo aquellos cuya conducta es seriamente autodestructiva y caótica (y que lo han demostrado al fracasar consistentemente en los servicios ambulatorios en los que han estado atendidos) son derivados a una opción residencial. Las dos consecuencias de esto son que, en un número significativo de casos, los usuarios de sustancias llegan al tratamiento residencial mucho más tarde en su "carrera" adictiva y que, por lo general, están mucho más dañados por su propia experiencia.

Lo cierto es que el argumento de que la rehabilitación residencial es una opción más cara no resiste realmente a un escrutinio serio. Los pocos estudios que se han llevado a cabo no tienen en cuenta a menudo los costos no relacionados con el tratamiento de las intervenciones ambulatorias donde los usuarios a menudo seguirán siendo un despilfarro de los recursos públicos como la vivienda, atención sanitaria, tiempo de la policía, etc. La mayoría de los estudios tampoco llegan a tener en cuenta el ahorro procedente de un resultado basado en la abstinencia en lugar de una necesidad continua de atención médica y social constantes durante muchos años (ver: Yates, 2010 para un resumen de estudios comparativos de costo-beneficio). Además, si bien la terapia de reemplazo de opiáceos -el tratamiento de primera elección en la mayoría de los países europeos- tiene una fuerte base de evidencia en términos de reducción del uso ilícito de drogas y de actividades delictivas, estas actividades, en la mayoría de casos, disminuyen en vez de desaparecer, y esto da lugar a costes continuos para la sociedad.

Otro aspecto de gran interés dentro del conjunto de datos aquí presentado es la amplia gama de sustancias utilizadas; ya sea exclusivamente o en combinación con otras. Al igual que ocurre con muchas otras comunidades terapéuticas en Europa, la presencia de aquellos con adicciones a los opiáceos se ha estabilizado o reducido, mientras que la que implica el consumo de alcohol, cocaína y cannabis se ha convertido en el principal problema. Esto es de interés no solo en términos de tendencias generales, sino como un indicador de cambios que es necesario tener en cuenta en la estrategia.

A diferencia de los opiáceos (principalmente heroína adquirida en la calle), estos fármacos son en mayor o menor medida socialmente aceptables. De hecho, el alcohol es - para la mayoría de la gente y en la mayoría de los casos - legal[1]. Este hecho por sí solo tiene implicaciones para el desarrollo de los elementos propios del post-tratamiento en los programas proporcionados. Al mismo tiempo, los servicios posteriores al tratamiento

1 La cuestión de la legalidad es compleja, pero en su raíz, todas (o casi todas) las sustancias psicoactivas están proscritas de alguna manera en los países desarrollados. La heroína es legal si es recetada por un médico para el dolor postoperatorio. El alcohol es ilegal si el consumidor está por debajo de cierta edad, ¡o está a punto de pilotar un avión! La cuestión es, por supuesto, el alcance de la proscripción y eso es en gran parte producto de las actitudes sociales y la conveniencia política.

podrían consistir en aconsejar el programa-finalizador para evitar esta específica área y estos tipos particulares de personas. Cuando la droga principal de consumo es el alcohol (o en menor medida, la cocaína y el cannabis), simplemente evitar ciertas áreas o personas no es realmente una opción.

Los aspectos del tratamiento también se ven afectados. Si bien las personas con uso prolongado de opioides se caracterizarán por una mala salud física, es probable que sus niveles de intoxicación hayan sido razonablemente consistentes. Con los usuarios de cocaína (o crack) y, en menor medida, de un uso excesivo de alcohol, la experiencia física de "a veces sobrio, a veces borracho" presentará problemas muy diferentes, física y psicológicamente. Además, la abstinencia física del alcohol (y benzodiacepinas) es mucho más compleja que con los opiáceos y durará más tiempo. Esto tendrá implicaciones particulares para la restauración de patrones de sueño normales, por ejemplo.

La amplia gama de usuarios en ambas edades y los tipos de sustancias utilizadas podrían ser un testimonio para Proyecto Hombre en términos, tanto de su aceptabilidad como su accesibilidad para un grupo variado de usuarios. Este es un elemento difícil de lograr en la prestación de servicios y muchas organizaciones fracasan completamente en conseguirlo. En particular, Proyecto Hombre ha mantenido una elevada proporción de mujeres sobre los hombres durante varios años; incluso reduciendo la brecha ligeramente. Las mujeres usuarias/residentes en esta encuesta muestran altos niveles de abuso (sexual, emocional y físico). Esto es consistente con los hallazgos en una serie de estudios europeos y se observó por primera vez en el estudio BIOMED II en 2002 (Eley-Morris et al, 2002). Estas experiencias conllevan altos niveles de sintomatología de TEPT en este grupo, y se dan comúnmente comportamientos suicidas y auto-lesivos. Todo lo cual requerirá ajustes en la modalidad de comunidad terapéutica y experiencia complementaria.

En general, el cuadro aquí presentado es el de una organización diversa y competente que ofrece servicios complejos y completos a una amplia gama de consumidores de sustancias y sus familias inmediatas. El alto índice de aceptación sugiere que Proyecto Hombre es un servicio de confianza y respetado para este grupo de personas desplazadas socialmente y que los servicios proporcionados probablemente serán necesarios durante muchos años.

Rowdy Yates

Investigador Titular Asociado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Stirling

Presidente, Federación Europea de Comunidades Terapéuticas (EFTC)

Director Ejecutivo, Grupo de Trabajo Europeo sobre Investigación Orientada a las Drogas (EWODOR)

REFERENCIAS

- Yates, R. (2010) Recovery we can afford: an analysis of a sample of comparative cost-based studies, *International Journal of Therapeutic Communities*, 31 (2), pp. 145-156.
- Eley-Morris, S., Yates, R. and Wilson, J. (2002) Trauma histories of men and women in residential drug treatment: the Scottish evidence, *The Drug and Alcohol Professional*, 2 (1), p. 20-28.

J.R.S.

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

LISTADO DE CENTROS
DIRECCIONES DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA

▪ *A.B.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JAÉN
C/ Juan Montilla, 1
23002 Jaén
Tels.: 953 24 07 66
info@proyectohombrejaen.org
www.proyectohombrejaen.org

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROYECTO HOMBRE ASOCIACIÓN

www.proyectohombre.es

Financiado por:

Con la colaboración de:

Obra Social "la Caixa"