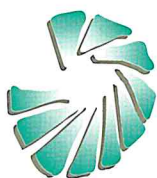


ASOCIACIÓN
10 AÑOS PROYECTO
HOMBRE
MEMORIA
1994





ASOCIACIÓN
10 AÑOS PROYECTO
HOMBRE
MEMORIA
1994



ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE

AGRADECEMOS LA COLABORACIÓN PARA LA EDICIÓN DE ESTA MEMORIA DE:



**PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS**
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

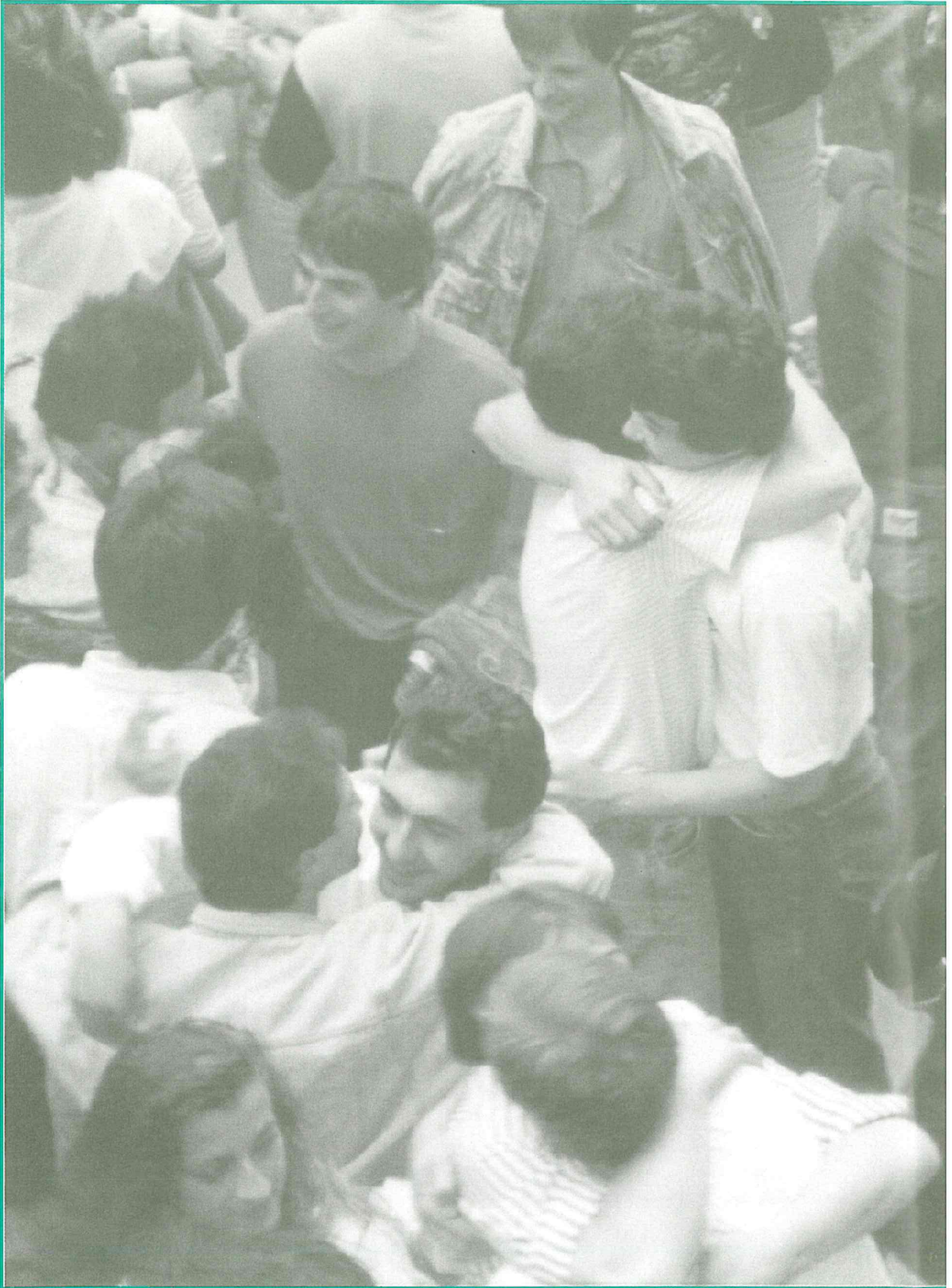


MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

SUMARIO

PRESENTACIÓN	5
1. LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE: ORGANIGRAMA	9
2. PROGRAMA EDUCATIVO-TERAPÉUTICO	13
2.1. ESTRUCTURA TRADICIONAL EN TRES FASES.	14
2.2. ESTRUCTURA DE LOS GRUPOS DE APOYO.....	14
2.3. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA NOCTURNO.....	15
2.4. OTRAS ESTRUCTURAS.....	16
2.5. LA FAMILIA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.....	17
3. DIEZ AÑOS: ENTRE LA MEMORIA Y LA CREATIVIDAD.....	19
4. CRÓNICA 1994	27
4.1.- PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN.....	29
4.2.- ESCUELA DE FORMACIÓN.....	31
4.3.- COMISIÓN MÉDICA.....	33
4.4.- COMISIÓN JURÍDICA.....	37
4.5.- COMISIÓN DE CENTROS DE ESTUDIOS.....	39
4.6.- REVISTA "PROYECTO" Y DPTO. DE COMUNICACIÓN.....	39
5. MEMORIA ECONÓMICA.....	43
6. PROYECTO HOMBRE EN CIFRAS.....	49
7. FICHA TÉCNICA DE CADA PROGRAMA.....	53
8. PERFIL PSICOSOCIAL DEL RESIDENTE.....	80
8.1. INTRODUCCIÓN.....	81
8.1.1. Consideraciones iniciales.....	81
8.1.2. Objetivos.....	82
8.1.3. Metodología.....	82
8.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS BÁSICAS	83
8.2.1. Evolución del número de atendidos, sexo y edad.....	83
8.2.2. Distribución por programas locales.....	86
8.2.3. Nativos y emigrantes.....	89
8.2.4. Estructura sociofamiliar.....	90
8.2.5. Trayectoria escolar.....	93
8.2.6. Trayectoria laboral.....	98
8.2.7. Trabajo y drogas.....	103
8.3. HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS.....	106
8.3.1. Inicio y frecuencia de consumo de las distintas drogas.....	106
8.3.2. Motivos por los que comenzaron a consumir drogas.....	110
8.3.3. La vinculación con las drogas.....	111
8.3.4. Hábitos de consumo de heroína.....	113
8.4. HISTORIA DE INTENTOS PREVIOS DE ABANDONAR EL CONSUMO Y MOTIVOS PARA INGRESAR EN EL PROYECTO HOMBRE.....	116
8.5. DROGAS EN LA FAMILIA	119
8.6. PROBLEMÁTICA POLICIAL Y JUDICIAL	122
8.6.1. Incidencias con las instituciones de menores.....	122
8.6.2. Detenciones.....	122
8.6.3. Antecedentes penales.....	123
8.6.4. Prisión.....	125
8.7. BIBLIOGRAFÍA	127

PRESENTACIÓN





1 DIFÍCIL ES EXPRESAR EN UNAS PÁGINAS LA LABOR LLEVADA A CABO POR LA ASOCIACIÓN DURANTE TODO UN AÑO, POR TODO LO QUE DE ESFUERZO, ILUSIONES Y DECEPCIONES COMPORTA, MAS DIFÍCIL TODAVÍA ES INTENTAR ABARCAR ESTOS DIEZ AÑOS DE PRESENCIA VIVA Y ACTIVA DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA. SIN EMBARGO, ESTO ES LO QUE PRETENDEMOS AL PRESENTAR LA MEMORIA DE 1994

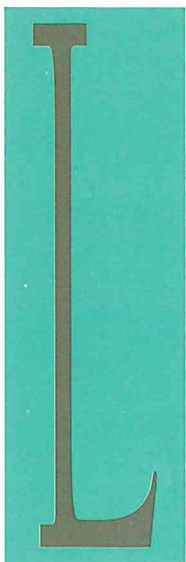
DE LA MANO DE DOS EXPERTOS VAMOS A TRAZAR EL ITINERARIO. PARA EL RECORRIDO HISTÓRICO CONTAMOS CON LA COLABORACIÓN DEL QUE FUERA PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN (1992-1994) Y UNO DE LOS PROTAGONISTAS DESDE SUS INICIOS, ISAAC NUÑEZ. "DIEZ AÑOS DE PROYECTO HOMBRE" OFRECE LA HISTORIA DE LA IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA Y APORTA UNA LUMINOSA VISIÓN DE FUTURO EN DONDE SE PLASMAN LAS INQUIETUDES, PREOCUPACIONES Y TRABAJO DE NUESTRA ASOCIACIÓN.

PARA HACER EL RECORRIDO POR LA EVOLUCIÓN DEL PERFIL DEL DROGODEPENDIENTE QUE ACUDE A NUESTROS CENTROS, CONTAMOS CON LA AYUDA DEL SOCIÓLOGO DOMINGO COMAS, DEL GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (GID). SU ESTUDIO, ADEMÁS DE HACER UNA COMPARACIÓN CON LOS DATOS DE AÑOS ANTERIORES Y CON EL SISTEMA ESTATAL DE INFORMACIÓN, INCLUYE UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DROGODEPENDIENTES INGRESADOS EN PROYECTO HOMBRE: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, HISTORIAS DE CONSUMO, PROBLEMÁTICA POLICIAL Y JUDICIAL ENTRE OTROS TEMAS DE INTERÉS QUE SERVIRÁ PARA TENER UN CONOCIMIENTO MAYOR DE NUESTROS USUARIOS Y ASÍ PODER CUMPLIR MÁS RIGUROSAMENTE CON NUESTRO COMPROMISO DE DAR UNA RESPUESTA EFICAZ.

EN TORNO A ESTOS DOS PILARES NO PUEDE FALTAR LA CRÓNICA ANUAL DE LOS DISTINTOS SERVICIOS DE LA ASOCIACIÓN, LAS CIFRAS Y DATOS DE TODOS LOS PROGRAMAS Y UNA MENCIÓN ESPECIAL AL PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN, QUE SIN DUDA FUE EL ACONTECIMIENTO MAS RELEVANTE DEL AÑO, POR LO QUE SUPUSO DE ESFUERZO Y DE AVANCE EN NUESTRA PRESENCIA EN LA SOCIEDAD.

UNA VEZ MÁS, LA MEMORIA QUE PRESENTAMOS QUIERE SER PORTADORA DE UN MENSAJE DE ESPERANZA PARA TODOS LOS QUE CREEN EN LA PERSONA Y DECIDEN TENDER LA MANO A LOS QUE PIDEN AYUDA PARA SALIR DE LA DROGADICCIÓN. JUNTOS SE PUEDE SALIR.

1 ASOCIACIÓN
PROYECTO
HOMBRE.
ORGANIGRAMA



os Programas de la Asociación son autónomos e independientes, enraizados cada uno en su propio medio, siendo la fidelidad a los principios de Proyecto Hombre y un mismo estilo terapéutico lo que los iguala. Ningún Centro puede arrogarse la representación de los demás, ni ser interlocutor válido ante la Administración Central, ni ante otras administraciones o entidades, en nombre de todos los demás.

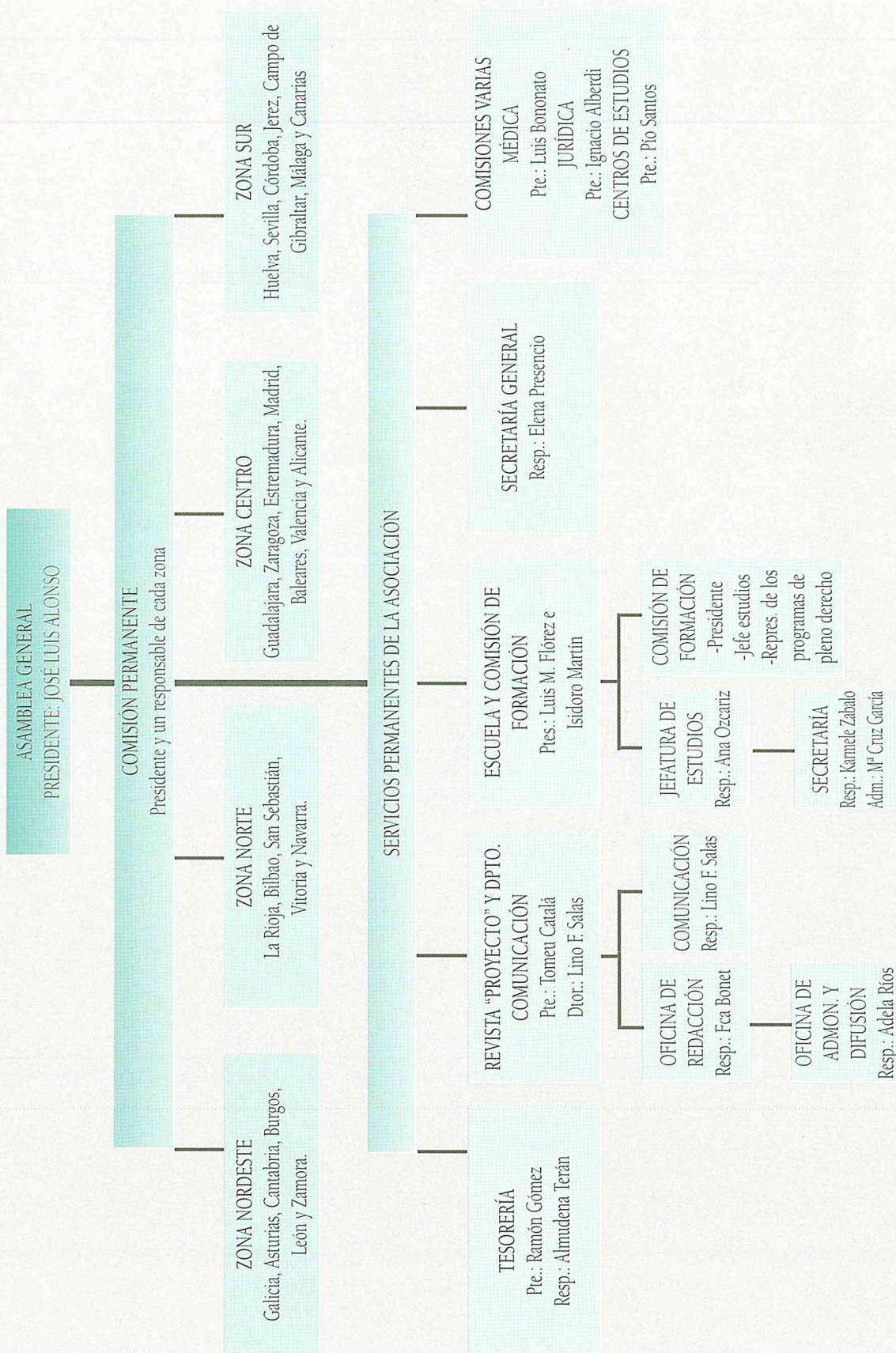
La Asociación, cuyos estatutos fueron aprobados por el Ministerio del Interior el 25 de septiembre de 1989, es de ámbito estatal y viene a llenar la laguna de representatividad de los diferentes Programas de Proyecto Hombre de España, así como a garantizar el estilo terapéutico y los principios de su carta fundacional. Son socios todos los Directores/Presidentes de los distintos Programas del Estado Español. En la actualidad son 25 Programas con alrededor de 100 centros,

Para conseguir una mayor agilidad y una más efectiva integración y coordinación, desde 1992, la Asociación está estructurada en cuatro zonas.

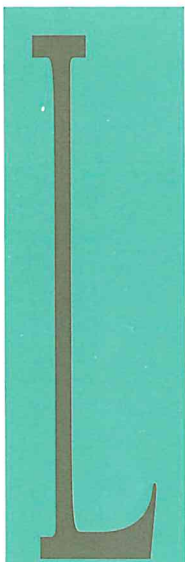
La Asamblea General es el órgano supremo de la Asociación que a su vez es administrada y dirigida por la Junta Directiva o Comisión Permanente. Todos los cargos de la Comisión Permanente, desde el Presidente hasta los cuatro vocales, uno por zona, son elegidos por el pleno asambleario por un periodo de dos años y son cargos sin remuneración.

El organigrama presenta la actual distribución de los 25 programas en cuatro zonas y los distintos servicios permanentes establecidos para cumplir sus fines.

ORGANIGRAMA DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



2 PROGRAMA
EDUCATIVO
TERAPÉUTICO



a base antropológica de la filosofía de Proyecto Hombre, fe incondicional en la persona, y el mismo método educativo-terapéutico, caminar con el drogodependiente, capaz de retomar su proceso de crecimiento y no caminar delante diagnosticando y aconsejando, ni detrás auto-juzgando y/o condenando y reprimiendo, exigen estar constantemente a la escucha y percepción del perfil cambiante del drogodependiente para ir adaptando las estructuras y en su caso ir creando las necesarias.

Notemos que en todas, la metodología es la de autoayuda y la fuerza está en el grupo de autoayuda de pares, si bien se complementa con grupos temáticos, grupos formativos e informativos, seminarios, coloquios...

2.1. ESTRUCTURA TRADICIONAL EN TRES FASES:

El Programa se estructura en tres fases interdependientes que constituyen un proceso global:

CENTRO DE ACOGIDA:

(1ª Fase=Centro de Día) Objetivo: Ruptura con la droga y alcanzar la motivación para llevar a cabo el cambio personal.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA:

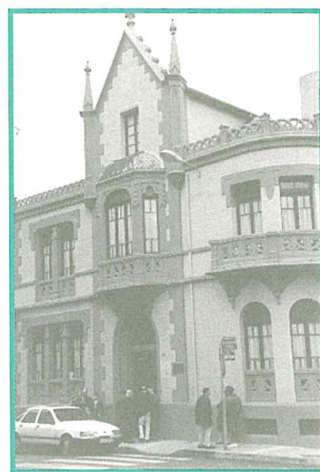
(2ª Fase=Régimen de Internado) Objetivo: Trabajo personal de autoconocimiento a todos los niveles.

CENTRO DE REINserCIÓN:

(3ª Fase=Inicialmente régimen de Internado y luego Régimen Ambulatorio) Objetivo: la autonomía, la consolidación de un proyecto personal libremente construido por él y la inserción o reinserción social, cultural y laboral.

2.2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE APOYO:

Es una alternativa a las fases de Comunidad Terapéutica y de Reinserción para drogodependientes con un perfil concreto cuyos rasgos generales son: personas no excesivamente desestructuradas, con buen apoyo familiar y motivación para el cambio personal bien definida y contrastada.



CENTRO DE ACOGIDA DE MIERES DEL P.H. ASTURIAS



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL P.H. BURGOS



CENTRO DE REINserCIÓN DEL P.H. MÁLAGA



CASA DEL PROGRAMA DE APOYO "DOS HERMANAS" DEL P.H. SEVILLA

El programa de Apoyo es para drogodependientes con un perfil concreto cuyos rasgos generales son: personas no excesivamente desestructuradas, con buen apoyo familiar y motivación para el cambio personal, bien definida y contrastada.

MIEMBROS DEL PROGRAMA NOCTURNO DEL P.H. MADRID



Tres fases conforman la estructura de esta alternativa que se inicia después de la Acogida de la Estructura Tradicional:

FASE I:

En régimen de Centro de día, sus objetivos son: crecer en autoconocimiento personal a todos los niveles y retomar o iniciar su red social.

Se prevén durante esta fase varias convivencias residenciales de dos o tres días para profundizar especialmente en algunos aspectos del análisis personal, de la convivencia, etc.

FASE II:

En régimen ambulatorio, acuden tres o cuatro días por semana al centro y sus objetivos son: la autonomía personal, la consolidación de su proyecto personal asentado en valores elegidos e interiorizados por él, y la inserción o reinserción social, cultural y laboral.

El paso de la fase I a la II y de ésta a la última fase se hace en sendas convivencias residenciales de un par de días.

FASE III:

En régimen ambulatorio, acuden normalmente sólo una vez por semana y sus objetivos son: La verificación del proceso de interiorización de los valores, la verificación de la consolidación del proyecto personal y estilo de vida elegido, y la verificación del nivel de autonomía y grado de estabilidad personal alcanzado.

2.3. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA NOCTURNO

Otra alternativa a la estructura tradicional es la del Programa Nocturno que por el momento la ha desarrollado el Programa de Madrid (Ver: "Programa Terapéutico Educativo Proyecto Hombre Madrid" Madrid. 1994, pags. 49 ss.). Características generales del perfil de los drogodependientes que pueden acceder a él son: la edad (mayores de 24 años), suficiente estructuración personal para asumir con responsabilidad su proceso de cambio y crecimiento personal, buen apoyo familiar en la propia familia y/o en la parental y relativamente buena relación en el campo profesional-laboral.

El equipo del Centro de Acogida del Programa Tradicional evalúa y selecciona a estas personas que inician el proceso con una fase de Acogida breve (dos o tres meses) y pasan luego a las tres fases propias del Programa Nocturno que se desarrollan todas en régimen ambulatorio:

FASE I:

Durante unos seis meses acuden todos los días al Centro por la tarde para abordar, fundamentalmente en los grupos

terapéuticos, el análisis del entorno y sus conflictos, la elaboración de un plan de trabajo personal, la creación o regeneración de una red social y la orientación hacia la búsqueda del sentido de la vida.

Tiene cuatro fines de semana residenciales para abordar toda la problemática ligada a la historia personal.

FASE II:

Durante unos cuatro meses acuden al Centro cuatro días a la semana y los objetivos son: la autonomía personal asumida con responsabilidad y la consolidación de su proyecto personal en confrontación constante con su realidad.

FASE III:

Durante unos cuatro meses acuden al Centro una tarde a la semana y los objetivos son: la verificación de la interiorización de los valores elegidos que conforman su proyecto personal y estilo de vida por el que han optado, así como la verificación del buen nivel de autonomía y grado de estabilidad alcanzados.

2.4. OTRAS ESTRUCTURAS

En ese intento de adaptación a los nuevos perfiles de drogodependientes que acuden a nuestros centros merece destacar **EL TRABAJO CON ADOLESCENTES**. En varios programas de la Asociación está aún a nivel de proyectos, pero en el de Sevilla y Valencia es ya una realidad que viene funcionando desde finales de año.

Está pensado para chicos entre los 14 y 19 años cuya crisis de identidad representa un fuerte riesgo de abandono escolar y posible consumo de estupefacientes.

La fuerza de la intervención sigue estando en el grupo de iguales, pero cuentan también con el apoyo de los especialistas de las líneas de intervención: Terapeuta, Terapeuta Familiar y Psicopedagogo que se ocupan de los chicos, de sus padres y de los profesionales de la educación respectivamente.

El Programa consta de tres fases en régimen de externado y en cada una se contempla el trabajo paralelo con las familias.

FASE I:

Dura unos tres meses y el objetivo fundamental es el ir asumiendo responsabilidades y la relación con el grupo.

Se prevén dos convivencias con el objetivo de despertar nuevas alternativas al ocio e iniciar un trabajo de autoconocimiento.

FASE II:

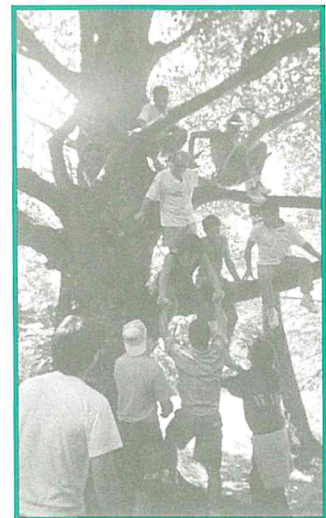
Dura unos cinco meses y el objetivo fundamental es la constancia en las responsabilidades y la relación socio-cultural.

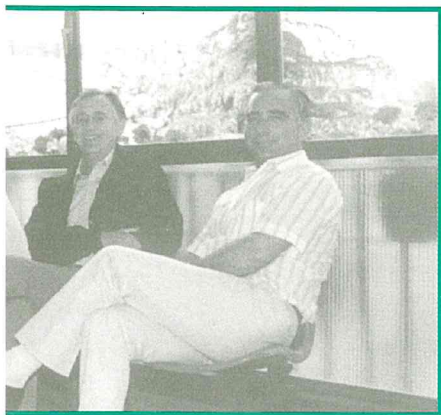
También se prevén dos convivencias como continuación del trabajo iniciado en las anteriores.



PADRES EN LA TERRAZA I

El programa para adolescentes es para jóvenes entre 14 y 19 años cuya crisis de identidad representa un fuerte riesgo de abandono escolar y posible consumo de estupefacientes.





OGIDA DEL P.H. NAVARRA

La familia debe acompañar al chico en su crecimiento como entorno que propicia el crecimiento de cada miembro como persona y como persona autónoma, lo cual conlleva a veces, según los roles desprendimiento y/o independencia.

ENCUENTRO FAMILIAR EN LA C.T. DEL P.H. MÁLAGA



FASE III:

Dura unos cuatro meses y el objetivo fundamental es la integración socio-cultural.

Merece también consideración el **TRABAJO INTRAPENITENCIARIO** que varios programas llevan a cabo en coordinación con las instituciones penitenciarias. Aunque no podemos hablar de un programa educativo-terapéutico de rehabilitación en sentido estricto y aunque las formas de intervención según los distintos programas y centros penitenciarios son diversos, los objetivos, en lo que tienen de coincidentes, son: Orientación a una vida sin drogas y a ciertos cambios comportamentales dentro de la prisión y motivación para realizar un programa de rehabilitación extrapenitenciario en cuanto sea posible.

2.5. LA FAMILIA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

Si todos sabemos de la importancia de la familia como agente de prevención (ver Memoria 93, pags. 10-11), de igual modo estamos convencidos del papel tan fundamental que tiene en el proceso de rehabilitación del drogodependiente.

Para desarrollar dicho papel, implicándose en el proceso, el programa ofrece a la familia diversos instrumentos y medios: grupos de apoyo y seguimiento, terapia familiar sistémica, grupos de conocimiento, grupos de autoayuda...

Con ellos no se pretende hacer terapia sobre o en la familia, sino acompañarla en su crecimiento como entorno que propicia el crecimiento de cada miembro como persona y como persona autónoma lo cual conlleva a veces, según los roles, desprendimiento y/o independencia.

Este servicio se brinda a la familia propia y/o a la parental. En todas las estructuras anteriormente mencionadas se hace este trabajo, aunque con desigual intensidad: es muy importante el trabajo con la familia en la estructura tradicional, como es sabido, pero la familia ha de estar más presente y ser más activa en la de los Programas de Apoyo; si en el trabajo con adolescentes hay que acompañar a la familia parental, en el Programa Nocturno se ha de implicar la propia pareja, si la hay, y en menor medida a los padres.

Para los casos en que el acogimiento familiar falla la mayoría de los programas han creado diferentes alternativas: otras familias, pisos de Acogida gestionados por educadores o voluntarios (ver Memoria 93, pag. 19).



3 DIEZ AÑOS:
ENTRE
LA MEMORIA Y
LA CREATIVIDAD

AUTOR:
ISAAC NÚÑEZ
EX-PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO
HOMBRE Y DEL PROGRAMA DE LEÓN



CONCIENCIA SORPRESIVA

Volviendo la mirada a aquellos comienzos —años 1983 y 84—, uno se sorprende ahora de ciertas

cosas. Una de ellas es cómo, de repente, aparecen casi a la vez y de un extremo al otro de nuestra geografía, diversas iniciativas decididas a trabajar seriamente en la rehabilitación de los drogodependientes. Sin obedecer a ninguna consigna, sin previo conocimiento unas de otras, entidades diversas de la Iglesia Católica —Cáritas Diocesana, Congregaciones religiosas...,— por iniciativa institucional o a propuesta de determinados sacerdotes o religiosos-as, confluyen casi simultáneamente en el Progetto Uomo de Roma para poner en marcha programas de rehabilitación de drogodependientes, que suponían una inversión de recursos humanos y materiales de gran envergadura. El pionero fue el programa de Madrid, seguido inmediatamente del programa de San Sebastián y, poco después, los de León (Ponferrada), Zaragoza, Bilbao, Valencia y Málaga.

Es cierto que precisamente a lo largo de los años anteriores se produce el “boom” del consumo de heroína en España, coincidiendo con la transición democrática y la “ruptura” cultural del momento. Es cierto también, que durante aquellos años apenas existían programas terapéuticos metodológicamente adecuados, aunque sí una proliferación voluntarista y sin coordinación alguna entre las diversas iniciativas. Es precisamente el año 1985 cuando se crea el Plan Nacional sobre Drogas (P.N.S.D.), que comenzará a marcar pautas y ordenar la red de actuaciones públicas y privadas en todos los ámbitos de las drogodependencias.

COINCIDEN PERSONAS QUE PODRÍAN DENOMINARSE “DE FRONTERA”, AUNQUE DE SENSIBILIDADES, IDEOLOGÍAS Y CREENCIAS DISTINTAS.

Pero, con todo ello, aún sorprende cómo, inopinadamente, brotan espontáneamente de entidades eclesiales diversas opciones profunda y rigurosamente comprometidas con las drogodependencias. En años posteriores, algunos altos cargos de la Administración Pública criticaron claramente a la Iglesia Católica por no colaborar activamente ante el problema de las drogodependencias. La crítica tiene razón y no la tiene: ni la Conferencia Episcopal ni Cáritas Nacional adoptaron programáticamente tal opción, pero sí

la fueron asumiendo decididamente múltiples entidades eclesiales, especialmente a través de Proyecto Hombre, teniendo en cuenta además su carácter aconfesional.

MAYOR Y PARADÓJICA SORPRESA: PLURALIDAD PROFESIONAL Y RIGOR METODOLÓGICO

El Progetto Uomo de Roma constituía un “fenómeno” curioso y atractivo, pero muy organizado y riguroso. Sumergirse en su dinámica interna suponía una aventura arriesgada. No era admisible asomarse al mismo como espectador, sino que, voluntaria o provocativamente, se producía una implicación personal a nivel de participación activa, comunicación personal y cuestionamiento de actitudes y conductas. No se trataba de aprender simplemente una metodología aplicable —por lo demás, minuciosamente diseñada y puesta en práctica—, sino que el terapeuta era obligado a interactuar con los demás terapeutas, los residentes y las familias,

poniendo en juego actitudes, sentimientos y comportamientos concretos. La drogodependencia quedaba fuera de lugar para poner de manifiesto abiertamente la realidad personal de cada uno.



Allí, pues, coinciden una gama de personas que podría denominarse “de frontera”, aunque de sensibilidades, ideologías y creencias distintas. Sacerdotes, religiosos, religiosas, laicos, profesionales y no profesionales, exdrogodependientes, enviados por instituciones diversas o animados prácticamente por su inquietud personal... confluyen en el Proyecto Uomo de Roma y se “someten” con gran flexibilidad, aunque con un enorme esfuerzo a veces, a las exigencias organizativas, participativas y terapéuticas del mismo.



Seguramente lo que amalgamaba a todos era la “filosofía” e inspiración humanista de Progetto Uomo, su simplicidad y practicidad a pesar de su aparente complejidad, la actitud de voluntariado y de servicio gratuito a las personas y un cierto sentido providencialista. Para personas “de frontera”, todo ello engarzaba con una opción existencial de aventura, riesgo y entrega. No era un proyecto de seguridades bajo ningún concepto, pero sí de autorrealización profunda y de verdadero servicio a los drogodependientes, a sus familias y a la sociedad.

Seguramente lo que amalgamaba a todos era la “filosofía” e inspiración humanista de Progetto Uomo, su simplicidad y practicidad a pesar de su aparente complejidad, la actitud de voluntariado y de servicio gratuito a las personas y un cierto sentido providencialista. Para personas “de frontera”, todo ello engarzaba con una opción existencial de aventura, riesgo y entrega. No era un proyecto de seguridades bajo ningún concepto, pero sí de autorrealización profunda y de verdadero servicio a los drogodependientes, a sus familias y a la sociedad.

COMIENZOS TAN ENTUSIAÍSTICOS COMO DIFICULTOSOS

Realmente, eran momentos fundacionales y, como tales, preñados a la vez de ilusión y de inseguridad. Entonces, iniciar Proyecto Hombre en nuestro país era una auténtica aventura por varios motivos:

-un programa terapéutico inédito en España, sin precedentes tanto en cuanto a su estructura global —fases terapéuticas, Trabajo con Familias, de larga duración...— como en lo referente a su contenido y dinámica terapéutico educativa;

-la necesidad de una ingente inversión en recursos humanos —equipo terapéutico amplio—, infraestructura inmobiliaria, de equipamiento y mantenimiento económico, salarios... Para ello, además del apoyo de las instituciones públicas y de las aportaciones sociales, todo lo cual, en aquellos momentos no era objetivamente nada seguro;

-la aconfesionalidad de Proyecto Hombre, asumida con mayor o menor convicción o reservas por las entidades eclesiales patrocinadoras;

-la incertidumbre en cuanto a la afluencia de los drogodependientes y sus familias.

Salvando la diversidad de situaciones de los programas terapéuticos, éstas y otras dificultades fueron tema común de preocupación y de arduo esfuerzo: problemas institucionales, penurias económicas que llevaban a organizar múltiples acciones de sensibilización y recaudación de fondos, relaciones unas veces fáciles y otras de reserva y desconfianza —no de rechazo— con las instituciones públicas, y oposición virulenta en muchos casos por parte de la población a la ubicación de los Centros...

Era un proceso cargado de entusiasmo y de enorme preocupación y esfuerzo, que correspondía a una etapa fundacional nueva y original en nuestro país. Personalmente, yo he pensado y manifestado ulteriormente que poseía —poseíamos en el programa de León— una confianza rayana con la ceguera, de modo que, si hubiese imaginado entonces lo que iba a suponer la implantación del programa terapéutico y adonde iba a llegar, lo hubiera desechado por imposible; curiosamente, esta imposible viabilidad fue uno de los mayores obstáculos que me fueron objetados en aquellos momentos y, curiosamente también, con gran ingenuidad rechacé entonces tal ausencia de viabilidad: aquella in-

NO ERA UN PROYECTO DE SEGURIDADES, BAJO NINGÚN CONCEPTO, PERO SÍ DE AUTORREALIZACIÓN PROFUNDA Y VERDADERO SERVICIO.





entre 1984 y 1985 y todos sin excepción se han ido desarrollando progresivamente en toda su globalidad hasta hoy. No sólo lograron ganarse el apoyo y confianza populares sino también el respeto y el reconocimiento de las instituciones públicas y sociales.

UNA FILOSOFÍA CENTRADA EN LA PERSONA.

Lo decíamos antes. Proyecto Hombre ha tenido la capacidad de aglutinar en torno a sí a personas e instituciones muy diversas porque sencillamente ofrece una visión de las drogodependencias nada original, pero sí profunda y objetiva, simplemente humana. “El problema no es la droga: Es la persona”. Pero, la persona contextualizada en toda su globalidad: persona es el individuo en relación, influido e influyente, actuante e interactuante. Es el individuo y su “mundo” familiar, socio-ambiental, socio-cultural... Por ello, no hay derecho a estigmatizar al drogodependiente ni a cualquier otra persona; al contrario, todos —sujeto, familia, instituciones educativas, sociedad...— somos agentes y pacientes unos en relación a los otros. La drogodependencia, en el fondo, es un problema de inmadurez o falta de identidad y autonomía positivas en el marco de una sociedad, un estilo de vida y una educación individualista, competitiva, consumista y permisiva. Muchos ciudadanos —no sólo los drogodependientes— adolecen de un egocentrismo que cosecha frutos de soledad e insatisfacción profundas. El consumo de drogas resulta entonces un sucedáneo fácil y seductor, de emoción rápida.

LA DROGODEPENDENCIA, EN EL FONDO, ES UN PROBLEMA DE INMADUREZ O FALTA DE IDENTIDAD Y AUTONOMÍA POSITIVAS.

Como consecuencia, la ayuda al drogodependiente se ceñirá en ayudarle a él, a su familia y a la sociedad a descubrir, practicar e interiorizar un estilo de vida realmente humano, positivo, que pone en juego los

propios recursos y necesidades personales, abierto a la interrelación y la autoayuda y, por ello, profundamente satisfactorio y autorrealizador. La rehabilitación será un proceso lento, pero ascendente, de “aprendizaje” consciente y práctico de ese estilo de vida en un marco grupal y comunitario cálido, respetuoso, atento, personalizado, a la vez que exigente y responsabilizador. La autoayuda incondicional provoca tanto el reconocimiento de la necesidad de ayuda como la actitud activa de ayuda al otro. Y ello conlleva una actitud participativa constante. En rigor, nadie sustituye a nadie, nadie es salvador: La ayuda es siempre mutua, grupal o comunitaria y su efectividad depende del grado de implicación —protagonismo— de cada una de las personas.

En tal proceso, a la vez terapéutico y educativo, entran todos: drogodependientes, familias, terapeutas, voluntarios... La riqueza de valores humanos, actitudes y prácticas conductuales que encierra este modelo es grande: comunicación, apertura, colaboración y solidaridad, amor, respeto, autovaloración y valoración del otro, honestidad, responsabilidad, autocrítica y humildad, análisis y decisonalidad ética y axiológica...

En Proyecto Hombre lo primero, por tanto, es la persona. El drogodependiente es persona y, como tal, igual que yo, con capacidades, con una enorme potencialidad. El programa y el terapeuta

ven a la persona —no al drogodependiente—, le tratan como persona y creen y confían en él como persona. El terapeuta no es superior, no es el profesional que indaga y prescribe, sino que es, princi-



palmente, persona que acompaña, ayuda y potencia la toma de conciencia y la motivación del otro.

Y así todos, en intercomunicación e interacción continuas, a

nivel cotidiano pero profundo, en un verdadero “encuentro existencial”.

Se trata, en cierto modo, de una “fe”, fe en la persona concreta y en la ayuda interpersonal.

Dentro de esta “filosofía” humanista se entienden como necesarios algunos otros planteamientos esenciales a Proyecto Hombre como:

-la gratuidad, no sólo económica, sino también de acogida incondicional;

-el voluntariado, como espíritu de disponibilidad y motivación exigida a terapeutas, familias, voluntarios...;

-el apartidismo y la aconfesionalidad, entendidas no como rechazo a nada sino como apertura universal y exquisitamente no excluyente y respetuosa hacia todas las personas.

Estos planteamientos se hayan recogidos en el Documento Fundacional de Proyecto Hombre y de la Asociación Española y, a mi juicio, son la verdadera explicación de su eficacia terapéutica y también la aceptación que se ha ganado en la sociedad española. Constituyen, no lo original pero sí lo específico de Proyecto Hombre, que se echa de menos en tantos ámbitos educativos y profesionales de nuestra sociedad y que quizás no son fácilmente exigibles, por suponer planteamientos y actitudes personales que superan la tarea meramente profesional. Lo bueno es que resultan a la vez eficaces terapéuticamente y enriquecedores para el propio terapeuta. En los campos educativos, preventivos y de rehabilitación la implicación personal del profesional resulta esencial para la eficacia de su acción, puesto que no trabaja sobre aspectos sobrevinientes externamente a la persona —como una enfermedad— sino que trabaja con personas cuyo problema son ellas mismas, y únicamente desde la aceptación —acogida—, el amor —autoayuda— y la motivación proveniente de otras personas podrán reconocer su realidad y crecer hacia su propia identidad.

EL TERAPEUTA VE A LA PERSONA -NO AL DROGODEPENDIENTE-, LE TRATA COMO PERSONA Y CREE Y CONFÍA EN ÉL COMO PERSONA.

Esta es la riqueza de Proyecto Hombre, por encima de cualquier otra consideración terapéutica o metodológica. Una riqueza que ha de renovar y cuidar siempre con esmero.

(RE) APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.

Proyecto Hombre en España emanó de la experiencia del CeIS (Centro Italiano de Solidaridad), que creó el Progetto Uomo de Roma y durante los primeros años bebió el agua de su fuente. Al principio, incluso se daba una excesiva fidelidad, una fidelidad casi literal, se copiaba de Roma. La vinculación o, más bien, dependencia, era no sólo terapéutica y organizativa sino también institucional.

Pero, muy pronto en algunos programas y más lentamente en otros, se va efectuando una revisión en profundidad. Inicialmente se modifican aspectos más superficiales, aunque llamativos, como ciertas normas comportamentales, terminologías, aspectos organizativos... Progresivamente, la revisión se hace más profunda, apuntando hacia una mayor fidelidad a los fundamentos humanistas y terapéuticos de Proyecto Hombre (voluntariado, autoayuda, protagonismo de la persona...) y hacia una comprensión más amplia y actual tanto del problema de la





drogodependencia como de la intervención terapéutica:

-la drogodependencia como problema existencial y la correspondiente línea terapéutica de corte

existencial (sentido de la vida, sentido ético y axiológico...);

-la “normalización” de la drogodependencia y la integración social del drogodependiente.

-la familia como coterapeuta;

-el grupo/comunidad como coterapeuta;

-redefinición del rol y la relación residente-terapeuta.

Se va produciendo, pues, a diverso ritmo y profundidad según los programas, una superación del esquematismo y la rigidez iniciales y una profundización clarificadora y enriquecedora a diversos niveles: relación terapéutica, familias, voluntariado, apertura a la sociedad...

Cada programa sigue su proceso particular en este sentido. Es el equipo terapéutico quien analiza, revisa, propone y asume criterios y planteamientos renovadores. A veces no resulta fácil y brotan tensiones y crisis internas. Porque la revisión no es puramente metodológica sino principalmente actitudinal y motivacional. La asunción perseverante de las actitudes y la motivación del voluntariado y la verdadera autoayuda por parte del equipo terapéutico resulta a veces muy conflictiva y en algunos casos es causa de dolorosas rupturas en el mismo.

En algunos programas se crea el rol de Responsable de Formación que, aunque con distintas atribuciones según los programas, ayuda a clarificar y cohesionar el equipo en planteamientos y líneas comunes, y programa la formación continua sobre aspectos terapéuticos.

ES EL EQUIPO TERAPÉUTICO QUIEN ANALIZA, REvisa, PROPONE Y ASUME CRITERIOS Y PLANTEAMIENTOS RENOVADORES.

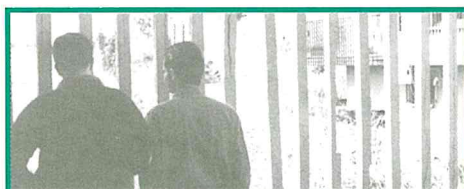
La Asamblea de Presidentes de la Asociación de Proyecto Hombre reflexiona periódicamente y, de modo más completo durante una semana anual de trabajo, sobre los aspectos que considera más relevantes también a nivel terapéutico.

En octubre de 1990 comienza a funcionar la Escuela de Formación de Proyecto Hombre en España. Hasta la fecha la formación de los nuevos terapeutas tenía lugar en el Progetto Uomo de Roma y, en España, se efectuaban periódicamente jornadas de revisión y actualización para los antiguos terapeutas. En mi opinión, la Escuela de Formación en España, organizada por una Comisión de Formación coordinada por Lucio Soave, del Progetto Uomo de Roma, ha venido prestando un servicio extraordinario a los programas terapéuticos. Diseñó, puso en marcha un sistema formativo que integra admirablemente los aspectos conceptuales, existenciales y “prácticos” del terapeuta, siguiendo un proceso de asimilación progresiva desde el autoanálisis y la autoayuda grupal. Es un aprendizaje terapéutico global a través de la participación e implicación personal. Integra la formación del terapeuta desde el ámbito de su propio programa, evitando impartir una formación desconectada de la realidad de los programas: la formación se efectúa simultáneamente en el programa terapéutico y en la Escuela de Formación.

La Escuela de Formación ha tenido y tiene el inestimable valor de impartir una formación común para todos los programas de la Asociación que, sin inhibir el camino peculiar de cada programa, sí marca las líneas fundamentales y comunes.

Esta revisión, profundización y actualización de Proyecto Hombre a nivel interno, en mi opinión,

no está concluida y no se debería dar nunca por concluida. Es tal la potencialidad terapéutica y existencial que encierra Proyecto Hombre que, de no continuar alimentando su llama, fácilmente se apagaría y, al



menos, impediría su fecundidad creativa. Sería bueno, por tanto, fortalecer la Comisión de Formación y la Escuela de Formación, que, por otra parte, puede acoger, difundir y de algún modo “homologar” la creatividad de cada uno de los programas terapéuticos.



PROCESO DE ORGANIZACIÓN, CRECIMIENTO Y AUTONOMÍA DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Como decíamos anteriormente, los programas mantuvieron inicialmente una fuerte dependencia del CeIS, que progresivamente fue disminuyendo hasta alcanzar una plena autonomía. La relación con el CeIS, sin embargo, ha existido siempre y continúa viva; el Presidente del Progetto Uomo de Roma continúa formando parte de la Asociación.

Ya en 1986 se crea la Asociación Española y se aprueba el Documento Fundacional, que recoge los principios fundamentales que definen a Proyecto Hombre

En septiembre de 1989 se aprueba el Reglamento de Régimen Interno y la Confederación pasa a ser Asociación Proyecto Hombre. Cada programa conserva su autonomía jurídica y terapéutica, salvando los principios fundamentales de la Asociación; se crea una Comisión Permanente y una serie de Comisiones sectoriales. Para entonces eran once los programas terapéuticos existentes. Pero, la Asociación seguía creciendo a un fuerte ritmo, lo que hacía más complejo su funcionamiento. A comienzos de 1992 eran 18 los programas existentes. Ello hizo necesaria una reestructuración de la asociación: Se estructura en cuatro Zonas geográficas con competencias específicas; se mantiene la Comisión Permanente, constituida por un representante de cada Zona. Se reestructura también la Escuela de Formación.

CADA PROGRAMA CONSERVA SU AUTONOMÍA JURÍDICA Y TERAPÉUTICA, SALVANDO LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ASOCIACIÓN.

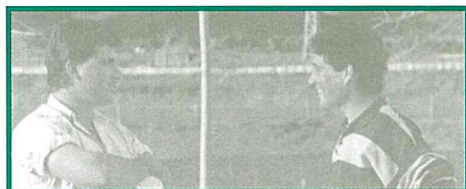
Algunos otros hitos importantes son la aparición de la revista “Proyecto” en diciembre de 1991 y, ya recientemente, el I Congreso Nacional de Proyecto Hombre, celebrado en Vitoria en noviembre de 1994.

Este crecimiento no ha sido autoimpulsado por la Asociación Proyecto Hombre; al contrario, a veces ha sido lentificado. Responde a una verdadera demanda de la sociedad española, que supone una gran valoración del programa terapéutico. La dificultad y el riesgo de tamaña expansión radican en la tentación de dispersión o en el contentarse con lo conseguido hasta ahora. Pero, las posibilidades de un mayor y mejor servicio a la sociedad, desde una fidelidad creativa, son enormes. Dependerá de la disponibilidad de todos los programas y de la capacidad de gestión de la Asociación.

CREATIVIDAD DESDE EL SERVICIO

Hasta ahora Proyecto Hombre se ha ceñido de modo exclusivo al tratamiento, reinserción social de drogodependientes y a la atención a sus familias. En ello ha sabido renovarse y ha desarrollado una gran capacidad de servicio y creatividad, por ejemplo en la atención a drogodependientes sin apoyo o seguimiento familiar (Pisos de Acogida, Familias de Acogida...), en la diversificación de modalidades terapéuticas (Programa de Apoyo, Programa Nocturno,





Programas con Adolescentes...). Es evidente que todo cambia, y también los drogodependientes: un programa terapéutico ha de adaptarse a las nuevas tipologías

de drogodependientes. No se puede decir con rigor que Proyecto Hombre es un programa elitista: las estadísticas demuestran lo contrario. Sí es cierto, pero también legítimo, que muchos drogodependientes no acceden a Proyecto Hombre por definirse como “programa libre de drogas” —creo que ese carácter lo ha de mantener nitidamente, para evitar ambigüedad tanto hacia dentro como hacia fuera— y por su exigencia de un profundo cambio personal. Un aspecto que sí me parece acuciante es el de los colectivos más marginales de drogodependientes, que quedan fuera de todo acceso terapéutico si no se desciende a su propia ámbito socio-ambiental.

Pero, Proyecto Hombre no tiene una “vocación” exclusiva de rehabilitación. El CeIS de Roma, que creó el Proyecto Hombre, nació en los años 70 como un recurso de respuesta a todas las formas de malestar juvenil.

En el propio ámbito de las drogodependencias existen campos diversos necesitados de ofertas serias de intervención:

-el alcoholismo, que constituye una lacra social mayor que el consumo de drogas ilegales: unos 2.500.000 alcohólicos en España y 15.000 muertos anuales. Una droga, el alcohol, de intensa dependencia, tolerancia y grave síndrome de abstinencia. Una drogodependencia engañosa por su larga y lenta dependencia y por su aceptación social. ¿Qué consideración recibe el alcoholismo en Proyecto Hombre hacia dentro y hacia fuera del mismo?

-el tabaquismo, que produce 45.000 muertos anualmente en España (por 600-700 a consecuencia de la heroína). También la adicción a psicofármacos...

Otra dependencia rampante es la del juego (ludopatía).

Pero, es quizás la Prevención de las drogodependencias lo que debiera de preocupar más hoy. Un planteamiento no precisamente radical

sino objetivo uniría siempre rehabilitación y prevención. Porque, de otro modo, se introduce sibilamente un discurso engañoso: instituciones maravillosas que se alimentan a sí mismas de las “desgracias ajenas” y éstas, eternamente agradecidas. El verdadero voluntariado de servicio a la persona incide sobre los factores asociados a la génesis de los problemas —eso es Prevención— y no se limita solamente a “curar” —asistencia o asistencialismo—. Por tanto, es necesario rehabilitar a los drogodependientes, pero sería más adecuado integrar simultáneamente la Prevención.

El campo de la Prevención es muy amplio y variado. Abarca los ámbitos familiar, educativo, comunitario, laboral, colectivos juveniles en situación de riesgo —adolescentes..., colectivos marginales—

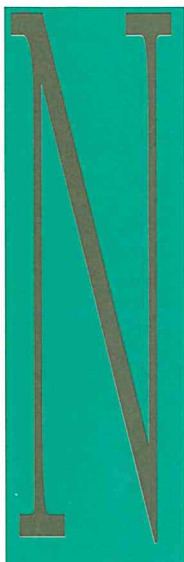
La prevención es todavía la gran asignatura pendiente en el campo de las drogodependencias.

Proyecto Hombre tiene capacidad sobrada para afrontar estos retos y necesidades sociales. Simplemente necesita capacitarse y formarse adecuadamente para ello, lo que también sabe hacer con gran rigor. Sobre todo, posee la llave del éxito en la atención a los problemas humanos: el interés por la persona, el servicio gratuito, las actitudes de voluntariado y la autoayuda... Son esas las herramientas más

eficaces en cualquier trabajo humanizado. Conjuntadas con la capacitación-metodológica adecuada, se transforma en la verdadera respuesta a tantos problemas de jóvenes y adultos en nuestra sociedad.



4 CRÓNICA
1994



o es fácil recapitular todos los acontecimientos acaecidos en la Asociación Proyecto Hombre, ya sean nacidos en nuestra propia organización o de hechos externos. Y aún más difícil si quisiéramos abarcar cuanto ha ocurrido en todos y cada uno de los Programas que conforman nuestra Asociación.

CONGRESOS

Tanto el I Congreso Nacional como las publicaciones, hechos de los que damos cuenta más adelante nos hablan de esa apertura e intercomunicación.

Hemos asistido como invitados al encuentro de preparación del Forum Mundial de 1994 "El papel de las ONGs en la Reducción de la Demanda" que se celebró, posteriormente en Bangkok y en la cual estuvieron tres representantes de la Comisión Permanente.

Participamos con un stand en las Jornadas de Voluntarios que organizó el IUVE en el mes de Diciembre en Madrid.

También hemos visto la consolidación de las relaciones con los programas de Proyecto Hombre existentes en Portugal y la solocidad de formación por parte de Centros de Latinoamérica.

NUEVOS PROGRAMAS

De expansión y afianzamiento nos habla igualmente la continua apertura de nuevos Programas en el Estado Español. En 1994 lo hicieron los programas de: Alicante, Córdoba, Huelva y Plasencia.

RECONOCIMIENTOS

No entran dentro de los objetivos de la Asociación, ni de sus miembros, el ser reconocidos, o el ocupar un puesto privilegiado en la sociedad, pero sí nos parece importante señalar que varias Instituciones han reconocido el trabajo que se hace en P. H.. Es una labor realizada por los terapeutas y voluntarios y con el esfuerzo, en definitiva, de familias y residentes, últimos protagonistas a los que siempre haremos referencia como verdaderos premiados:

-De manos del Ministerio de Justicia recibimos la Medalla de Oro al Mérito Social Penitenciario, en reconocimiento a la labor que se desarrolla en las prisiones.

-Premio a la Institución Transparente de 1994, otorgado por la Asociación Nacional de Empresas de fabricación Automática de Envases de Vidrio (ANFEVI).

-"Premio a la Solidaridad por la labor humanitaria", entregada por el Aula Social Universitaria de Salamanca a Proyecto Hombre por la labor realizada en el Comité "Drogas No".



CENTRO DE ACOGIDA DEL P.H.
ALICANTE



CENTRO DE ACOGIDA DEL P.H.
CORDOBA



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL P.H.
HUELVA

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL P.H.
PLASENCIA (EXTREMADURA)

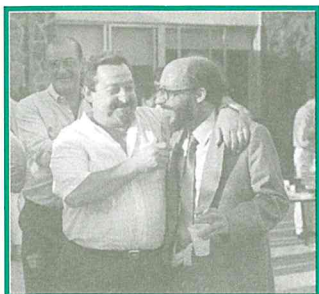




MOMENTO DE LA ENTREGA DE LA MEDALLA DE ORO AL MÉRITO SOCIAL PENITENCIARIO

No está entre los objetivos de la Asociación, el ser reconocida o el ocupar un puesto privilegiado en la sociedad, pero sí nos parece importante señalar que varias Instituciones han reconocido el trabajo que se hace en Proyecto Hombre

DOS EX-PRESIDENTES: A LA IZQ. EPIFANIO LÓPEZ Y A LA DCHA. ISAAC NÚÑEZ



-Por 2º año consecutivo hemos sido finalistas al premio Príncipe de Asturias en el apartado de “La Concordia”.

COMITÉ “DROGAS NO”

El Comité “Drogas No” con S.M. LA REINA como Presidenta de Honor y presidido por D. Baltasar Garzón, Johan Cruyff y Luis del Olmo organizó el III partido. Esta vez fue en Sevilla entre un combinado Sevilla/Betis y una Selección de Estrellas de la Liga. Le precedió, como en las dos ocasiones anteriores, el partido entre veteranos y famosos. Todo un éxito, y el clamor fue unánime: Drogas No, Si a la Vida. Para la distribución de lo recaudado entre los programas de Proyecto Hombre ver la Memoria Económica.

DESPEDIDAS

No queremos terminar esta pequeña crónica sin recordar a los directores-presidentes de los distintos Programas de la Asociación que a lo largo de 1994 han dejado su cargo, ya que han formado parte importante en la fundación y consolidación de P. H.

- Isaac Núñez, León y anterior Presidente de la Asociación
- Joan Almela Hijalva. Valencia.
- Félix Azurmendi Ayerbe. San Sebastián.
- Epifanio López López. Zaragoza.
- Juan Ramón Trabudua. Bilbao.

Y como no, la bienvenida a esta gran familia y nuestros mejores deseos a los que han tomado el relevo: Francisco Palanca de Valencia, Alberto Ruiz de Alegría de S. Sebastián, Iñiqui Mujika de Bilbao, Alicia Rivera de Zaragoza (en funciones) y que nos acompañarán en este caminar del día a día, entre ellos al elegido en el mes de Julio como nuevo Presidente de la Asociación, José Luis Alonso.

4.1. PRIMER CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN

1994 ha sido y será para Proyecto Hombre el año de su primer congreso. Del 15 al 18 de Noviembre la ciudad de Vitoria-Gasteiz acogió al I Congreso de la Asociación Proyecto Hombre, bajo el lema “10 años proyectando vida”. Fueron tres días intensos en que más de 500 congresistas pudieron conocer la evolución del problema de las drogodependencias en el Estado Español y los nuevos retos que les plantea esta situación a los profesionales y a la Asociación Proyecto Hombre.

El objetivo de este Congreso ha sido analizar el alcance de estos 10 años “proyectando vida” y con el propósito de encontrar vías que sirvan para seguir incidiendo y actuando positivamente en la rehabilitación de drogodependientes.

Este I Congreso ha servido para abrir las puertas, mostrar lo que se está realizando y a su vez recibir a profesionales que desde otros ámbitos trabajan e investigan en el campo de las drogodependencias. Durante tres días ponentes y congresistas: médicos y

sociólogos, psicólogos, religiosos y trabajadores sociales; educadores, terapeutas, padres y voluntarios de diferentes ONGs, se han reunido y trabajado en común.

La expectación suscitada se debe a que son 10 años de aportación, que se han de valorar y hacer balance; pero, sobre todo, por el interés en el análisis del presente y con la intención de adelantarse a un futuro lleno de nuevos retos que preocupan.

Sociedad, Terapia y Familia han sido los tres grandes temas o bloques en que se ha organizado el Congreso y han servido para diferenciar las tres jornadas.

La conferencia inaugural corrió a cargo de D. Luis Rojas Marcos, médico psiquiatra y responsable de los Servicios de Salud Mental de Nueva York, versando sobre "Sociedad y Drogodependencias".

Las ponencias presentadas fueron las siguientes:

- "El equipo terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias" a cargo del Dr. Juan Antonio Abeijon Merchán, médico-psiquiatra. Responsable de prácticas del Master de Drogodependencias (Deusto). Jefe del Servicio de la Comunidad Terapéutica Manu-Ene y Unidad de Toxicomanías "Julián de Ajuriaguerra"

- "El fenómeno de las drogodependencias desde Proyecto Hombre", a cargo de Alberto Ruiz de Alegría, psicólogo y terapeuta, Presidente de P.H. de San Sebastián; Aitor Aresti, psicólogo y terapeuta; Yolanda Busto Gómez, profesora y terapeuta. Todos ellos miembros de la Comisión de Formación de la Asociación P.H.

- "La Droga como problema social", a cargo del Dr. Amando Vega Fuente, sociólogo y profesor de la Universidad del País Vasco.

- "La familia española y las drogas: una perspectiva generacional", a cargo del Dr. Domingo Comas Arnau, sociólogo, profesor de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid y Presidente del Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas.

- "Modelo de intervención en Proyecto Hombre", a cargo de D. Lucio Soave, director de formación de la Federación Italiana de Comunidades Terapéuticas y miembro del Centro Italiano de Solidaridad (CeIS) de Roma.

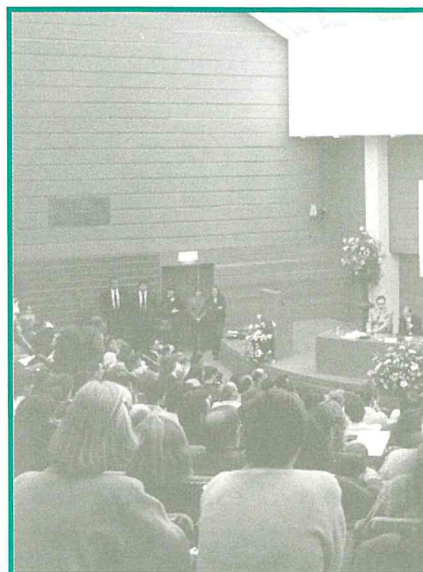
- "Qué no se puede cambiar en la Comunidad Terapéutica", a cargo del Dr. Donald Ottenberg, médico, pionero del Movimiento de Comunidades Terapéuticas en U.S.A. y formador de terapeutas en Europa y U.S.A.

Los talleres de trabajo brindaron a los congresistas la oportunidad de conocer o participar en algunas técnicas terapéuticas o corrientes de la psicología que, sin duda, servirán para la renovación de los recursos en el abordaje de las drogodependencias. Los temas tratados en dichos talleres han sido:

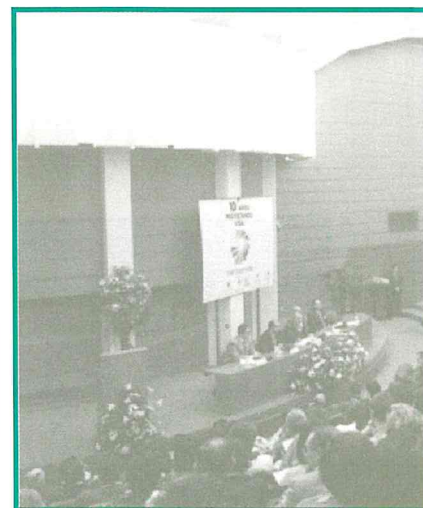
- "Análisis Transaccional", dirigido por Dña. Elena Gismero, psicóloga y psicoterapeuta, profesora de la Universidad de Comillas (Madrid).

- "Bioenergética", dirigido por D. Jorge Puig, psicólogo.

- "Educación en el Tiempo Libre", dirigido por D. Alfonso Francia, pedagogo.



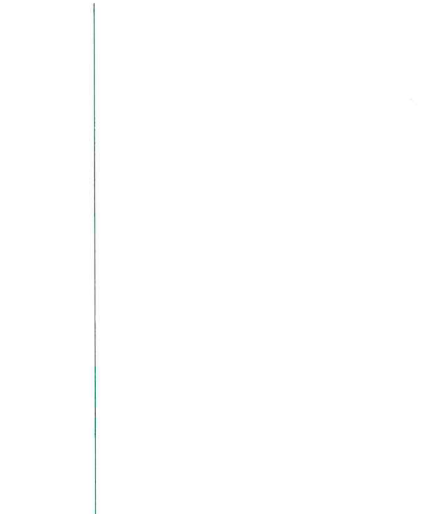
APERTURA DEL CONGRESO DE LA ASOCIA



VISTA PARCIAL DE L



EL PALACIO DE CONGRESOS DE VITORIA



ANTES AL CONGRESO



- "Intervención en cárceles", dirigido por D. Enrique Arnanz, sociólogo y director de Iniciativas Culturales (Madrid).

- "La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención", dirigido por el Dr. Domingo Comas Arnau, sociólogo, profesor de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid y Presidente del Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas.

- "Logoterapia", dirigido por Dña. Natalia Barbona, psicoterapeuta. Logoterapeuta por el Instituto Alemán de Logoterapia.

- "Musicoterapia", dirigido por D. Patxi Del Campo San Vicente, musicoterapeuta, director del Instituto Universitario de Musicoterapia "Música, Arte y Proceso" y secretario de la Federación Mundial de Psicoterapia.

- "Programas con Adolescentes", dirigido por el Dr. Amando Vega, sociólogo y profesor de la Universidad del País Vasco.

- "Psicodrama", dirigido por Dña. Angélica Groterath, psicóloga y coordinadora y directora científica del Departamento Morreniano de la Asociación Italiana de psicología y psicoterapia.

- "Psicoterapia Gestáltica", dirigido por el Dr. José Antonio García-Monge, psicoterapeuta y psicólogo. Profesor de la Universidad de Comillas (Madrid) y del Instituto de Interacción y Dinámica Personal (Madrid).

- "Sexualidad-Afectividad", dirigido por D. Cosme Puerto Pascual, sexólogo.

- "Solidaridad y Voluntariado", dirigido por D. Isaac Núñez García, ex-presidente de la Asociación P.H. y del P.H. de León y D. Juan Antonio García Almonacid, responsable del Programa de Drogodependencias de Cáritas.

A lo largo del Congreso se presentaron 24 comunicaciones repartidas en tres apartados: Proyecto Hombre, Medicina y Temas Generales. Mediante estas comunicaciones se han dado a conocer los distintos trabajos de investigación que se han realizado.

El Congreso no tendrá sentido, si después de esta puesta en común de las experiencias, del balance de los años recorridos y de la actitud de apertura hacia los otros programas, no nos comprometiera a cada uno desde nuestro puesto de trabajo a asumir los nuevos desafíos.

4.2. ESCUELA DE FORMACIÓN

La formación en Proyecto Hombre reviste una importancia primordial. Quienes trabajan en el Programa terapéutico han de conocer y asumir tanto los principios teóricos y la sistematización metodológica del mismo como las características actitudinales y existenciales que conforman su propio estilo de intervención terapéutica. Es una formación teórico-experiencial en total sincronía temporal y vivencial: un proceso integrativo de información-comprensión conceptual y de clarificación interiorización de las condiciones y actitudes personales y necesarias: autoco-

nocimiento, autoayuda, disponibilidad de voluntariado, etc.

La principal actividad de la Escuela es la formación básica e inicial para los futuros terapeutas, que se desarrolla a lo largo de un año coordinado entre el respectivo programa terapéutico y la Escuela de Formación.

Además de garantizar la formación básica común a todos los programas terapéuticos, la Escuela de Formación sirve de cauce para mantener una línea de conceptualización y trabajo terapéutico homogéneo entre todos los programas. Sin uniformar ni ahogar la creatividad de cada programa, provoca la armonización básica de criterios, objetivos terapéuticos y estilo de trabajo. A la vez, crea un ámbito de aportación y de contraste enriquecedor de la experiencia de trabajo de cada uno de los programas.

La formación continua, de reciclaje y de revisión terapéutica, dada la magnitud que va logrando la Asociación, se va desplazando cada vez más hacia las cuatro zonas en que está dividida la Asociación y los programas terapéuticos. Ello no excluye la realización de determinados cursos de reciclaje o la revisión terapéutica que oportunamente convenga organizar en la Escuela de Formación.

CALENDARIO DE LA ESCUELA

ENERO

- Del 10 al 14 de enero 3ª semana del 11º Curso Formación Terapeutas.
- Del 26 al 28 de enero Evaluación del 9º C.F.T.

FEBRERO

- Del 7 al 11 de febrero Revisión del tercer C.F.T.
- Del 14 al 18 de febrero 2ª semana del 12º C.F.T.
- Del 21 de febrero al 28 de marzo Curso Base del 11º C.F.T.
- Del 28 de febrero al 1 de marzo Curso de Espiritualidad impartido por el Sr. López Quintas.

MARZO

- 17 de marzo Reunión de la Comisión de Formación

ABRIL

- Del 11 al 15 de abril 3ª semana del 12º C.F.T.
- 21 de abril Reunión de la Comisión de Formación.
- Del 18 al 22 de abril 1ª semana del 13º C.F.T.
- Del 25 al 29 de abril 1ª semana supervisión de Logoterapia.

MAYO

- Del 11 al 13 de mayo Evaluación del 10º C.F.T.
- Del 16 al 20 de mayo Revisión del 4º C.F.T.
- Del 23 de mayo al 17 de junio Curso Base del 12º C.F.T.

JUNIO

- Del 20 al 24 de junio 2ª semana del 13º C.F.T.
- Del 27 al 1 de julio 2ª semana de supervisión de Logoterapia.

JULIO

- 4 de julio Reunión de la Comisión de Formación
- 4 y 5 de julio Reunión de Presidentes



FACHADA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN EN ARAVACA

La Escuela, sin uniformar ni ahogar la creatividad de cada programa, provoca la armonización básica de criterios, objetivos terapéuticos y estilo de trabajo

FOTO ANTIGUA DE CURSISTAS EN LA ESCUELA DE FORMACIÓN





SEGUIMIENTO MÉDICO EN EL P.H.
BALEARES

La existencia de una Comisión Médica pone de manifiesto nuestra preocupación por los temas de salud en el trabajo que hacemos con los residentes.

UNA DE LAS RESPONSABLES DEL TEMA
MÉDICO DEL P.H. CANARIAS



SEPTIEMBRE

- Del 21 al 23 de septiembre Evaluación del 11º C.F.T.
- Del 26 al 30 de septiembre 3ª semana del 13º C.F.T.

OCTUBRE

- Del 3 al 7 de octubre Revisión del 5º C.F.T.
- Del 10 al 11 de octubre Reunión de Presidentes
- 11 de octubre Reunión de la Comisión de Formación
- 13 de octubre Reunión de la Comisión Jurídica
- Del 17 al 21 de octubre 1ª semana del 14º C.F.T.
- Del 24 al 28 de octubre 3ª semana de Supervisión de Logoterapia

NOVIEMBRE

- Del 2 al 4 de noviembre curso de la Zona Centro
- Del 7 de noviembre al 2 de Diciembre Curso Base del 13º C.F.T.

DICIEMBRE

- 13 de diciembre Reunión de la Comisión de Formación
- Del 12 al 16 de diciembre 2ª semana del 14º C.F.T.

4.3. COMISIÓN MÉDICA

La existencia de una Comisión Médica en la Asociación Proyecto Hombre pone de manifiesto nuestra preocupación por los temas de salud en el trabajo que hacemos con los residentes.

En este momento contamos con el número de profesionales suficiente para cubrir las necesidades de seguimiento que requieren nuestros residentes. Unos están contratados por los programas, otros liberados por el INSALUD y en algunos casos son voluntarios.

En la mayoría de los programas hay en marcha un "Programa de Salud" que se lleva a cabo de forma paralela al proceso terapéutico de los residentes y que forma parte importante de su rehabilitación.

Dentro de los objetivos de la Comisión, podemos considerar:

-Asesorar a los Programas de nueva apertura.

-Consensuar líneas de actuación.

-Intercambiar información, experiencia, conocimientos... entre los distintos Programas.

-Revisar los mínimos aprobados desde la Asociación Proyecto Hombre de España, en relación a este sector.

-Formación de precursistas, desde la Escuela de Formación.

-Formación de los voluntarios de Sector Médico de Proyecto Hombre, desde la propia Comisión.

-Investigación (Recopilación de datos, Estudios, Memoria, Revista...).

-Propiciar mayor comunicación entre la Comisión Médica y los distintos Programas que conforman la Asociación Proyecto Hombre de España.

La organización no ha variado respecto del año anterior. El trabajo se divide por zonas, contando cada una de las cuatro

con un Coordinador Médico, que facilita la coordinación entre los distintos Programas y la Comisión.

Dentro de la formación de los terapeutas se siguen impartiendo, por parte de la Comisión Médica, los temas de Salud a los futuros terapeutas.

También desde la Comisión Médica se han establecido unos criterios comunes de funcionamiento que todos los Programas siguen, ya desde el año 93.

Como novedad más significativa del trabajo de esta Comisión en el 94, se presentaron en el Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre de Vitoria los resultados de las investigaciones realizadas, basadas en 4 trabajos, que son:

-Estudio de factores ansiógenos en toxicómanos internados en Comunidad Terapéutica y su relación con variaciones inmunitarias y ponderales. Respuestas en afectados por la infección VIH-SIDA y en no afectados.

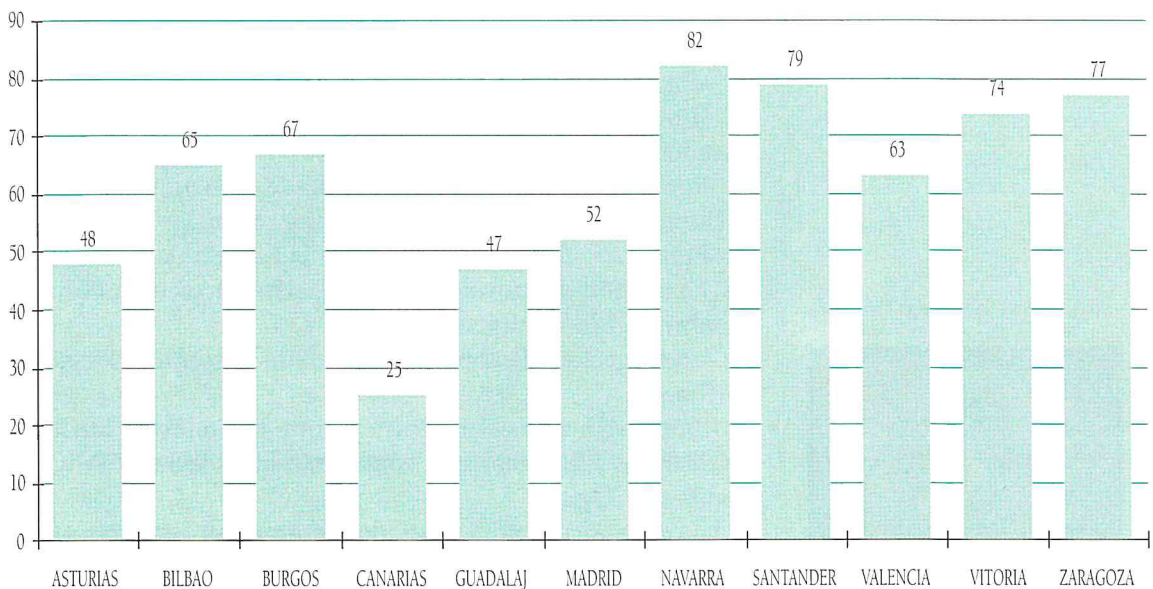
-Estudio de la infección por virus HTL V-II en drogodependientes en rehabilitación.

-Transmisión horizontal del virus de la Hepatitis C en convivientes con drogodependientes en rehabilitación.

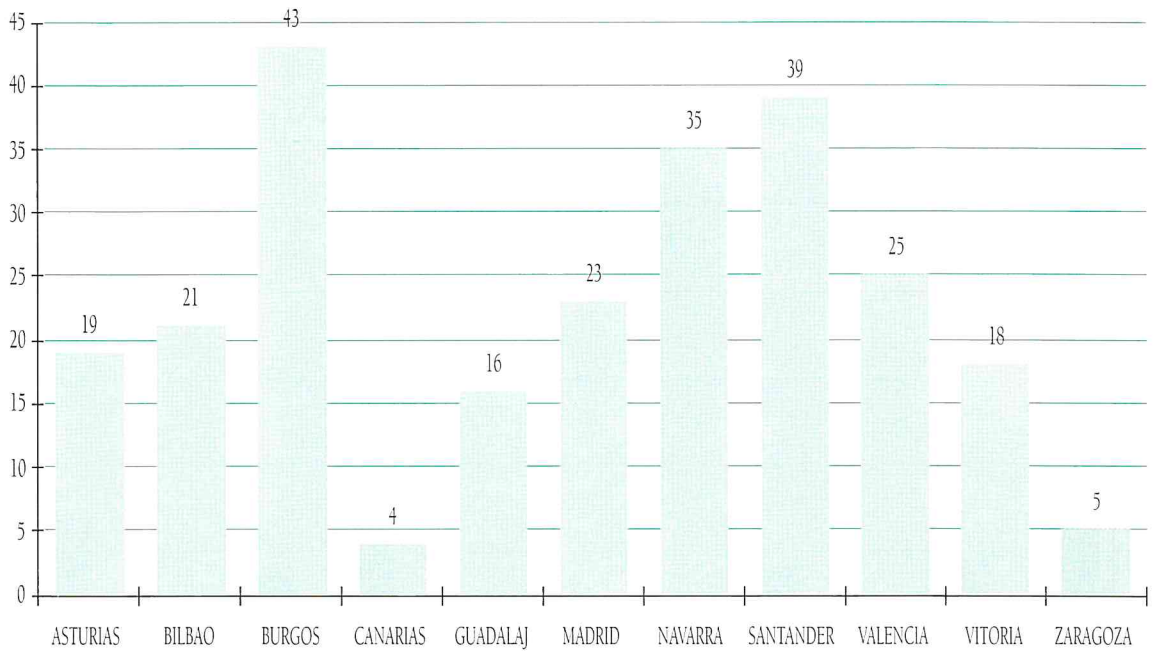
-Seropositividad VIH como factor determinante de abandonos en toxicómanos ingresados en un Programa de alta exigencia.

Los datos correspondientes al año 1994 de los Programas: Asturias (A), Bilbao (BI), Burgos (BU), Islas Canarias (GC), Guadalajara (GU), Madrid (M), Navarra (NA), Cantabria (S), Valencia (V), Alava (VI) y Zaragoza (Z), están referidos al número de historias abiertas en cada uno de ellos, no corresponden al número total de entradas en los distintos Programas. Los valores se representan en porcentajes. En las gráficas están representados los valores porcentuales.

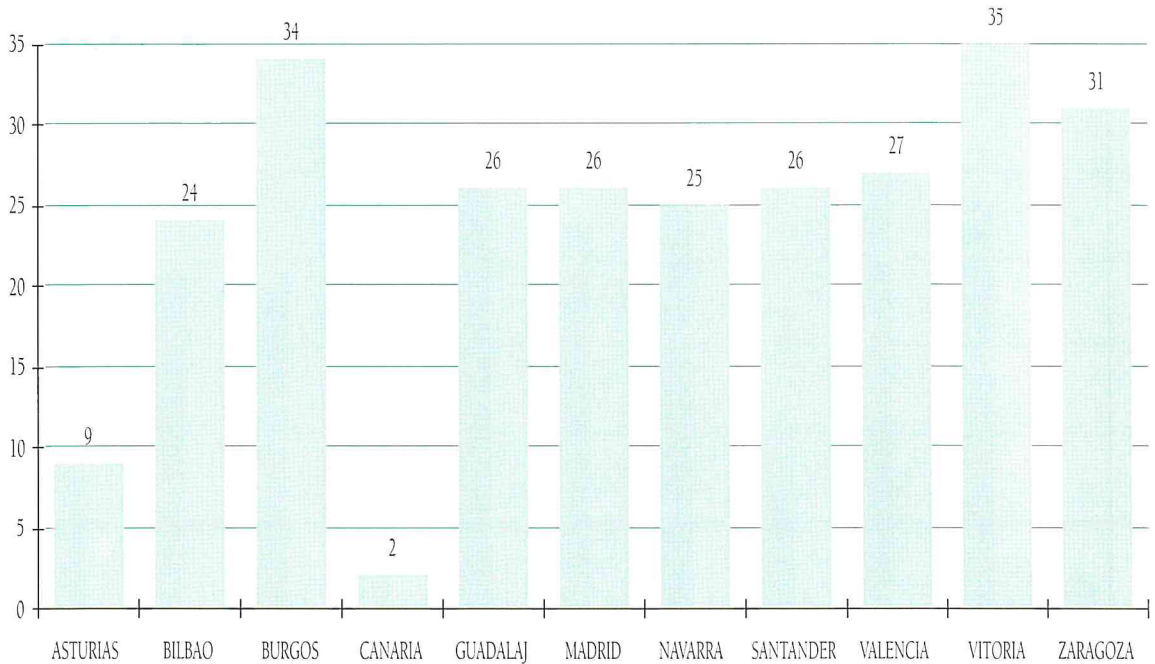
PREVALENCIA SEROLOGÍA VHC POSITIVA VHC



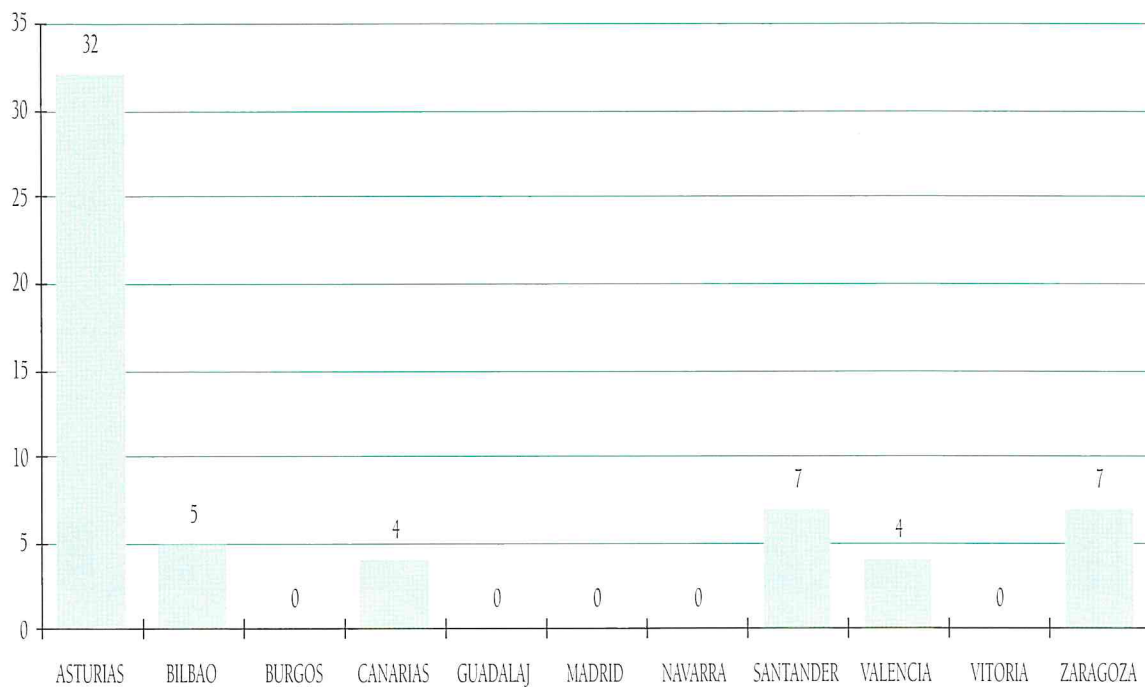
PREVALENCIA REACCIONES TUBERCULÍNICAS POSITIVAS MANTOUX (+)



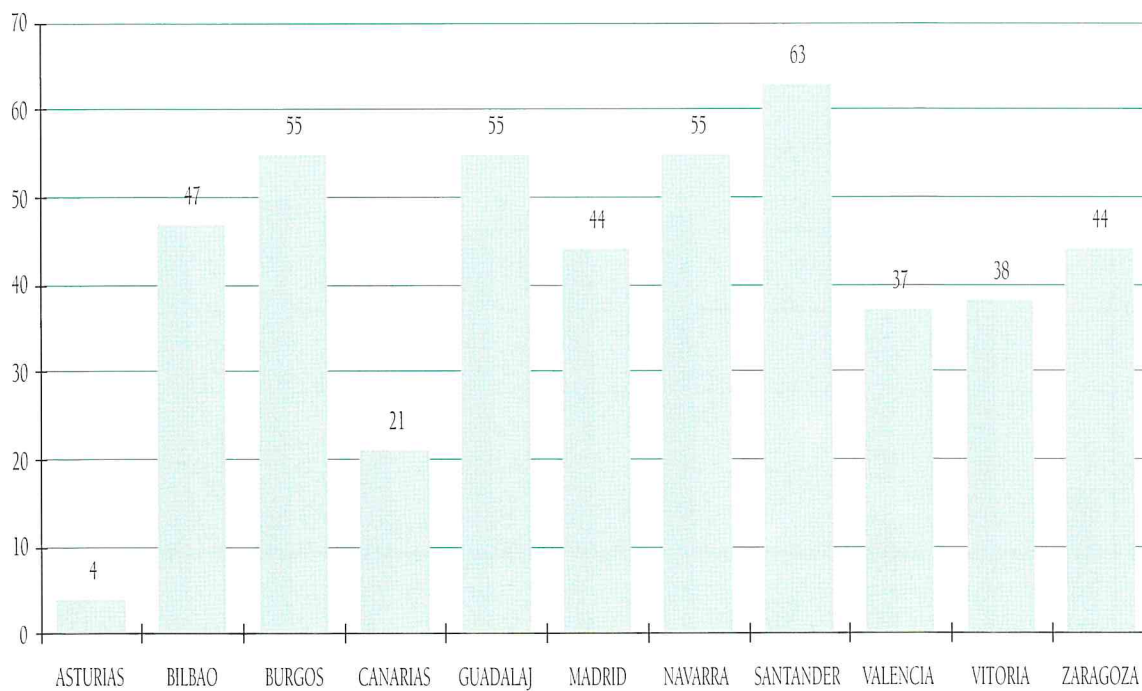
PREVALENCIA SEROLOGÍA VIH POSITIVA VIH (+)



PREVALENCIA SEROLOGÍA HBsAG POSITIVA
HBsAG (+)



PREVALENCIA SEROLOGÍA VHC AC POSITIVA
VHC AC





MIEMBROS DEL CUERPO JURIDICO DEL P.H. CANARIAS

Valoramos como muy positivo el hecho de que 803 personas con responsabilidades judiciales hayan podido iniciar o continuar su programa terapéutico.

VOLUNTARIOS DEL CUERPO JURIDICO DEL P.H. BALEARES



4.4. COMISIÓN JURÍDICA

“La pena privativa de libertad debe tener una finalidad de reinserción”. Así se expresaba Don Juan Alberto Belloch, Ministro de Justicia e Interior el 5 de mayo de 1995. En realidad, citaba de memoria la Constitución.

Y sin embargo 97 jóvenes, han tenido que ingresar en prisión dejando los grupos, un ambiente de autoayuda, un proceso y una rehabilitación que habían iniciado o estaban ultimando en nuestro Programa. Con 21 de estos jóvenes no se ha tenido en cuenta el trabajo de reinserción que estaban haciendo, como no se ha tenido en cuenta el proceso de autoconocimiento que estaban realizando los 20 que dejaron Comunidad y el cambio conductual que se estaba dando en los 56 Centros de Acogida.

En todos esos casos se ha preferido una estructura de violencia al ambiente de autoayuda, y se ha antepuesto la responsabilidad penal al proceso de rehabilitación.

Y lo peor es que según avanzamos en experiencia democrática, aumentan también año tras año estos casos de reclusión obligada desde el Programa: 51 casos en 1992; 65 casos en 1993 y 97 en 1994.

Por otra parte, y como contraste, valoramos como muy positivo el hecho de que 803 personas con responsabilidades judiciales hayan podido iniciar o continuar su programa terapéutico. Hemos pasado de los 573 casos del año pasado a los más de 800 de este año.

Es evidente que aumenta progresivamente el número de jueces que confían en la responsabilidad y capacidad rehabilitadora del Programa PH y de sus Equipos Terapéuticos. Gracias a esa confianza y capacidad 519 jóvenes han hecho el Programa por alternativa ofrecida por el juez. Con el deseo de una mayor aproximación a la realidad tenemos que decir que no es la misma la sensibilidad de todos los jueces. Hay regiones donde ésta es evidente.

Destacamos también el aumento, que se ha dado este año, de la posibilidad de hacer el Programa mediante la concesión del tercer grado. Si ya el año pasado se dio un aumento notable de esta modalidad al pasar de 64 a 141 casos, este año han sido 250 los jóvenes beneficiados por el Art. 57/1 del Reglamento Penitenciario. Esta progresión tan notable se debe, sobre todo, a la disposición de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y de los Equipos de Tratamiento.

Constatamos, con satisfacción, que no existe un aumento significativo de abandonos en estas personas en comparación a los que se dan en aquellas que no tienen causas pendientes. Luego podemos deducir que la alternativa que se ofrece con la participación en el Programa es válida.

Es evidente que la vía de los indultos no es operativa. Adolece de lentitud y de incertidumbre en cuanto a la concesión. Es una gracia de la que desconocemos los criterios de concesión.

En la Memoria del año pasado decíamos que seguía pendiente la respuesta por parte de Instituciones Penitenciarias y del Ministerio de Justicia al aumento del coste económico generado en los Programas por la labor realizada en Prisiones, por el número de personas derivado de las mismas y por la presencia de los que realizan el Programa por alternativa propuesta por los jueces. Este año tenemos que lamentar la falta de avance en estos temas.

Consideramos urgente retomar las relaciones con la Administración de Justicia para dar una respuesta que consideramos de justicia, por la labor que se está realizando.

SEGUIMIENTO JURÍDICO-PENAL

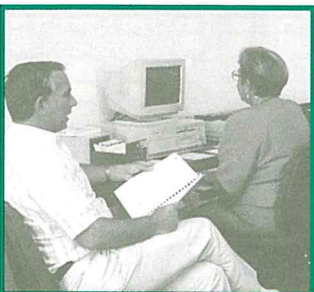
	INGRESOS PRISIÓN			CUMPLIMIENTOS			ABAND. PROGR.		INDULTOS			
	ACOGIDA	C.T.	REINSERC.	JUD. ALTVA.	PENIT. G 3º	BIS 9 3	CUPDA PENA	CUPDO PENA	EN TME.	CONCEDIDO	DENEGADO	SUPREMO
ASTURIAS	10	1	0	48	24	1	13	8	4	0	1	0
ALICANTE	2	0	0	3	10	0	0	0	0	0	0	0
BALEARES	3	0	0	39	11	0	15	10	0	0	0	0
BILBAO	2	0	4	72	12	1	2	8	1	0	1	0
BURGOS	4	2	3	20	21	0	3	5	7	2	3	0
CANTABRIA	2	0	0	16	6	2	0	2	2	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0
CÓRDOBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GALICIA	4	1	0	19	22	1	4	14	1	3	0	0
GIBRALTAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUADALAJARA	1	1	2	7	4	0	1	0	0	1	1	0
HUELVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JEREZ	1	4	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0
LEÓN	6	1	1	16	26	0	8	3	6	0	0	0
MÁLAGA	7	1	3	28	6	0	4	0	12	4	0	0
MADRID	8	3	2	51	45	2	2	0	6	3	0	0
NAVARRA	0	0	0	30	7	0	3	12	1	1	0	0
PLASENCIA	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
RIOJA	0	0	0	8	4	0	3	5	0	1	0	0
S. SEBASTIÁN	0	0	0	101	13	5	2	10	1	1	1	5
SEVILLA	2	1	1	0	3	0	1	0	1	0	1	0
VALENCIA	3	6	3	38	23	1	39	13	5	2	2	0
VITORIA	2	0	0	22	5	4	3	3	0	2	0	0
ZAMORA	2	0	1	40	9	8	7	10	4	1	0	2
ZARAGOZA	5	2	2	11	38	6	2	8	0	0	0	0
TOTAL	56	20	21	519	250	35	110	111	45	18	10	7



CENTRO DE ESTUDIOS DEL P.H.
VITORIA

Sigue siendo una aspiración, no del todo alcanzada, la unificación de la gestión informática en todos los Programas

CENTRO DE ESTUDIOS DEL P.H.
NAVARRA



6.5. COMISIÓN DE CENTROS DE ESTUDIOS

Como cada año la Comisión de Centros de Estudios cumple con su misión fundamental de cuidar la preparación de la Memoria de la Asociación, con la colaboración de los Centros de Estudios de cada programa. Desde la del 1990, junto al Presidente responsable de la Comisión han estado compartiendo esa responsabilidad de la realización de la misma, además del equipo editor de la Revista, el equipo del Centro de Estudios de un programa cada año: Mallorca, la del 90; Vitoria, la del 91; Zaragoza, la del 92; Asturias, la del 93 y Galicia ésta del 94.

Otro objetivo de la Comisión, es el de servir de plataforma para el intercambio de experiencias de los distintos Centros de Estudios, compartiendo medios e iniciativas. Este objetivo cristalizó en la preparación, por parte del Centro de Estudios del Programa de Donostia, de un nuevo programa informático, que completará el de Gestión de Residentes posibilitando el estudio cruzado de los datos almacenados en él y otros análisis más relevantes de los mismos. En breve se presentará a todos los programas. Sigue siendo una aspiración, no del todo alcanzada, la unificación de la gestión informática en todos los programas.

Es tan variado y rico el trabajo que se lleva a cabo desde cada Centro de Estudios de los distintos programas que sólo podemos remitir a las respectivas memorias de cada uno de ellos. Es un complemento necesario a la labor terapéutica, a la que en buena medida le sirve de soporte.

4.6. REVISTA "PROYECTO" Y DPTO. COMUNICACIÓN

PROYECTO

Revista trimestral de la Asociación Proyecto Hombre. Tirada 15 mil ejemplares.

La edición de la revista, no sólo durante 1994, sino en estos tres años ha salido puntualmente. Se han editado trece números —contando el número cero de diciembre del 91— con una tirada total de 60 mil ejemplares distribuidos de la siguiente manera:

-20 mil por correo entre los 5 mil suscriptores,

-26 mil por transporte entre los 25 programas de la Asociación Proyecto Hombre

-8 mil ejemplares directamente que se enviaron a los centros universitarios, congresos, jornadas, profesionales e instituciones.

Al finalizar el año quedaban en existencia unos 6 mil ejemplares.

CONTENIDO

Durante 1994 han colaborado en la revista más de 30 expertos en drogas y enviaron sus crónicas los 24 corresponsales para el suplemento Nuestras Voces.

Enunciamos a continuación algunos de los temas abordados durante el año, que nos dan una idea global de la línea editorial de la revista. Los cuatro dossiers, ilustrados por artistas de reconocido prestigio como: Asun Balzola, Arnal Ballester e Irene Bordo, han tratado sobre:

- “Los adolescentes y las drogas”,
- “Autoestima y drogadicción”,
- “Cocaína, aumento de su consumo y demanda asistencial”
- “Adolescentes, drogadicción y rehabilitación”.

Entrevistamos a:

- Raimon Panikker, filósofo, científico y teólogo
- Rigoberta Menchú, Premio Nobel de la Paz 1992
- Hugo Bleichmar, psiquiatra

Han colaborado firmas tan conocidas como: Mordillo, Pilar Cernuda, Alfredo Conde, Miret Magdalena, Blanca F. Ochoa. Hemos ofrecido artículos sobre: prevención, sexualidad, objetivos intermedios, sida, narcotráfico, depresión infantil, drogas de diseño, mujer y drogas, terapia, grupos de autoayuda, investigación, evaluación de programas, formación, etc. Además, hemos dado cumplida cuenta de congresos y jornadas, organizados tanto en España como en el extranjero y reseñamos aquellos eventos más significativos.

DESTINATARIOS

La revista PROYECTO es un instrumento de comunicación ofrecido a la sociedad en la que se recoge la problemática de drogadicción en toda su extensión, haciendo especial hincapié en:

- Prevención: adolescentes, educación y programas
- La persona y sus valores
- Salud: sida, disminución de riesgos, objetivos intermedios
- Terapia: formación, investigación
- Narcotráfico, entre otros temas.

La revista va dirigida a terapeutas, educadores, voluntarios, profesionales, centros académicos, administración, ONG, etc. Es decir, a todas aquellas personas o asociaciones que trabajan directamente en el mundo de las drogas o están interesados en informarse y colaborar. Por lo tanto es una revista especializada en drogas, pero de carácter divulgativo que se ha marcado el objetivo de ser un punto de referencia en el análisis, debate y difusión del problema de la drogadicción y las alternativas que se están dando tanto en el campo de la oferta como en el de la demanda.

El suplemento: Nuestras Voces es un medio de comunicación entre los diferentes Programas que forman la Asociación. Recoge los hechos, testimonios y experiencias más relevantes que suceden trimestralmente en los diferentes centros. Va dirigido a las familias, residentes, voluntarios y amigos del Proyecto Hombre.

PERFIL DEL LECTOR

Una revista se edita para ser leída, pero con frecuencia nos topamos con la falta de tiempo y la falta de hábito de lectura



REUNIÓN EN MADRID DE CORRESPONSALES DE LA REVISTA

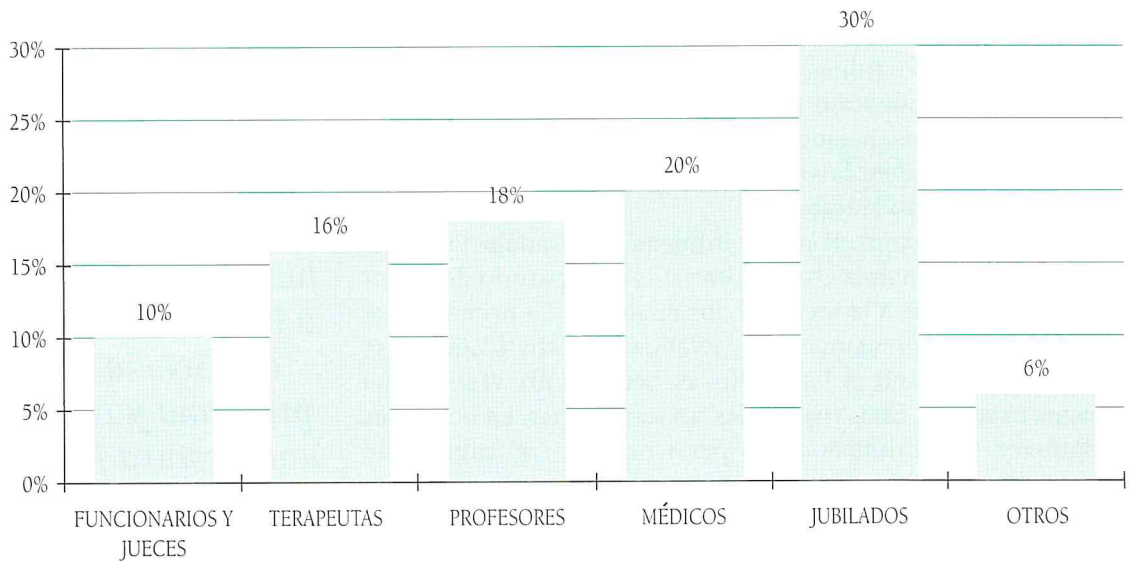
Es una revista especializada en drogas, pero de carácter divulgativo que se ha marcado el objetivo de ser un punto de referencia en el análisis, debate y difusión del problema de la drogadicción.

EL EQUIPO DE REDACCIÓN DE LA REVISTA JUNTO A DONALD OTTEMBERG (EL SEGUNDO POR LA IZQ.)



no sólo de la población en general sino incluso de un buen número de profesionales. Y si hablamos de suscripciones, nos topamos, aun con mayores resistencias por la falta de costumbre, entre otros motivos. Por esto consideramos que el número de suscriptores de Proyecto, es significativo: 4.596, sabiendo que el número de lectores es aun mayor. Por este motivo, nos ha parecido importante reflejar en el siguiente gráfico quiénes son los lectores de proyecto partiendo de los datos que se recogen de las fichas de suscripción.

PERFIL DEL LECTOR



-OTROS: Se incluyen: asistentes sociales, psicólogos, centros académicos, pedagogos, abogados, APAS, voluntarios, etc.
 -JUBILADOS: Este sector es casi en su totalidad familias de residentes.

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN

El equipo Proyecto además de encargarse de la revista se ha ocupado del departamento de comunicación, del Comité "Drogas No" y de las publicaciones de la Asociación.

Departamento de comunicación

Se convocaron durante 1994 seis ruedas de prensa:

-2 en Madrid y

-4 en Vitoria

para presentar la memoria de la Asociación y su primer congreso. La asistencia al congreso y su difusión a través de los medios de comunicación fue muy bien acogida, contamos con un dossier de prensa y un video que recoge los informativos de la T.V.

COMITÉ "DROGAS NO"

Supone la coordinación de las actividades de la organización del partido y asistencia a las reuniones del Comité. Durante 1994 se han hecho 6 reuniones en Barcelona, 4 en Ma-

drid y 2 en Sevilla. Hemos convocado 3 ruedas de prensa en Sevilla y una en Madrid.

La celebración del tercer partido benéfico fue una explosión de alegría y un motivo de fiesta no sólo para Sevilla sino para Andalucía.

Es importante destacar la campaña que los medios de comunicación hicieron antes del partido. Transmitieron el mensaje: celebrar un partido de fútbol para invitar a la gente a tomar conciencia del problema y tomar una postura firme. Se puede vivir y celebrar algo sin consumir drogas.

La institucionalización de los partidos: presencia del presidente de la liga profesional, hay una fecha en el calendario, respaldo de la Casa Real, Clubes...

Experiencia, coordinación y apoyo del Comité Organizador. Capacidad de convocatoria, de limar asperezas (Betis/Sevilla), unir a periodistas, jugadores, clubes... que están enfrentados profesionalmente en favor de una causa común: respaldar la labor del Proyecto Hombre.

Uno de los diarios de mayor influencia en Andalucía y en el resto del país concluía en su editorial, que el partido de fútbol había transmitido a la sociedad dos imágenes. La primera, que a pesar de los enfrentamientos y rivalidades, Cruyff/Valdano se sentaban juntos en el banquillo; el Betis/Sevilla vestían una misma camiseta. Estas rivalidades no son ficticias, en ocasiones adquieren tintes dramáticos, a pesar de esto, son capaces de hacer un paréntesis, ciertamente breve, pero que demuestra la existencia de un último consenso nacional.

Por último, otra de las imágenes que transmitió el partido y recogieron los medios de comunicación, es que este partido convoca a una gran cantidad de personas célebres y poderosas —muchos de ellos visiblemente hostiles entre sí— para producir un espectáculo popular que moviliza las conciencias contra la droga.

PUBLICACIONES

En marzo inauguramos la colección ESTUDIOS con la publicación del libro de Isaac Nuñez: *Ante el debate actual sobre la drogodependencia*, con una tirada de 6 mil ejemplares. En mayo editamos el folleto de la Asociación con una tirada de 30 mil ejemplares y en septiembre, la memoria de la Asociación. En diciembre comenzamos a preparar el diseño y la maquetación del libro de ponencias y comunicaciones del I Congreso de la Asociación, celebrado en Vitoria en el mes de noviembre, y que vio la luz en marzo de 1995.



DE IZQ. A DCHA. BALTASAR GARZÓN, JOHAN CRUYFF Y LUIS DEL OLMO, PRESIDENTES DEL COMITÉ "DROGAS NO"

*Celebrar
un partido de
fútbol para invitar
a la gente a tomar
conciencia del
problema y tomar
una postura firme.
Se puede vivir y
celebrar algo sin
consumir drogas.*



5 MEMORIA
ECONÓMICA

COMENTARIO A LA INFORMACIÓN ECONÓMICA

Al realizar una pequeña reflexión acerca de los datos económicos que se presentan, referidos al ejercicio 1.994, hay que puntualizar los siguientes aspectos:

-La Asociación Proyecto Hombre funciona como una entidad prestadora de servicios a los distintos Programas, siendo uno de los objetivos prioritarios la formación de terapeutas. De esta forma, se podría decir que los fines sociales de la Asociación, en último término, son totalmente afines a los de los programas que forman parte de la misma.

-El presupuesto económico aprobado para cada ejercicio es el marco de referencia de cualquier decisión económica, así como un instrumento que, juntamente con la información contable, permite gestionar correctamente los recursos de los que dispone la Asociación.

-La información referente a la Asociación y que se desprende de la Cuenta de Pérdidas y Ganancias, no recoge los datos económicos de cada uno de los Programas que forman parte de la Asociación Proyecto Hombre, ya que como se recoge en su Carta Fundacional, los Programas tienen un funcionamiento económico y administrativo autónomo. Por lo que, siempre que sea necesario conocer los datos económicos de alguno de los Programas, habrá que remitirse a su memoria o a los datos que aporten los responsables de los mismos.

-Se ofrece, asimismo, información detallada de los fondos recaudados en el partido de fútbol benéfico "DROGAS NO", celebrado en Madrid en el mes de diciembre de 1.993, así como la distribución que se realizó de los mismos. (Esta partida no se contempla en el presupuesto del ejercicio 1.994 ya que es una actividad atípica, cuya realización no depende directamente de la Asociación)

-La subvención concedida por el Ministerio de Asuntos Sociales no se recoge dentro de los datos referidos, ya que la Asociación actúa únicamente de intermediaria, distribuyéndola inmediatamente en base a los criterios señalados por el propio Ministerio. De cualquier forma, ofrecemos en una tabla anexa lo concedido a cada uno de los Programas que forman parte de la Asociación.

CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS, EJERCICIO 1994

GASTOS	INGRESOS
TRAB. REALIZ. OTRAS EMP.....3.809.406	SUBVENCIONES OFICIALES 32.000.000
SUELDOS Y SALARIOS.....15.914.854	INGRESOS POR DONATIVOS 126.548.300
SEGURIDAD SOCIAL EMPRESA4.071.377	SERVICIOS DIVERSOS 17.972
AMORTIZACIÓN INMOV. INMAT.85.976	SUSCRIPCIONES 5.411.670
AMORTIZACIÓN INMOV. MAT.2.302.061	ENTRADAS PARTIDO 26.489.150
INVEST. Y DESARROLLO.....187.000	PRESTACIONES SERVICIOS 25.382.363
ARRENDAMIENTOS6.191.696	INGRESOS FINANCIEROS 9.246.546
REPARACIONES Y CONSERV.2.682.992	
SERV. PROF. INDEP.2.044.396	
PRIMAS DE SEGUROS.....109.262	
SERV. BANCARIOS.....355.809	
PUBLICIDAD Y PROPAGANDA.....1.977.459	
SUMINISTROS.....4.115.515	
OTROS SERVICIOS149.874.858	
OTROS TRIBUTOS120.463	
GASTOS FINANCIEROS.....706.428	
GASTOS EXTRAORDINARIOS.....10.810.060	
PÉRDIDAS INMOV. MATERIAL.....749.263	
RESULTADOS POS. EJERC.....18.987.126	
TOTAL.....225.096.001	TOTAL 225.096.001

INFORMACIÓN RELATIVA A LA SUBVENCIÓN DEL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1.989-1.994) Y A LOS FONDOS RECAUDADOS EN EL PARTIDO DE FÚTBOL DEL BERNABEU (21-12-93)

El presente informe recoge la evolución de la subvención que el Ministerio de Asuntos Sociales ha destinado a la ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE en relación con el crecimiento experimentado por la misma en el campo de la atención de las drogodependencias. Así mismo, se reflejan los fondos recaudados en el partido de fútbol DROGAS NO, celebrado en Madrid, en el Estadio Santiago Bernabeu el 21 de diciembre de 1.993.

I. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PROGRAMAS Y LA SUBVENCIÓN RECIBIDA

AÑO	1989	1990	1991	1992	1993	1994
PROGRAMAS FUNCIONANDO	11	14	18	20	20	21
PRGS. EN PREPARACIÓN	3	4	2	0	6	5
SUBVENCIÓN M.A.S.	115.000.000	135.000.000	132.000.000	102.000.000	146.485.756	138.030.014

2.- EVOLUCIÓN POBLACIÓN ATENDIDA

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
CENTRO DE ACOGIDA	1145	1506	1896	1996	2330	2167
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	629	749	923	1030	1178	1149
CENTRO DE REINSERCIÓN	599	773	876	1035	1321	1446
PROGRAMA DE APOYO			106	178	224	289
TOTAL	2373	3028	3801	4239	5053	6041
ALTAS TERAPÉUTICAS	457	745	1229	1708	2399	3712

Los datos de esta tabla de evolución hacen referencia al número de residentes que se encontraban realizando su proceso de rehabilitación y reinserción social el día 31 de diciembre de cada año, en los distintos centros de Proyecto Hombre, distribuidos por todo el territorio nacional, entre los años 1.989 y 1.994.

En cuanto a las Altas Terapéuticas reseñar que dicho dato se refiere al acumulado de altas, no a las que se producen cada año.

3. TABLA DE SUBVENCIONES RECIBIDAS POR LOS DIFERENTES CENTROS

La siguiente tabla recoge las subvenciones percibidas por cada centro en el período de 1989-1994. En 1989 los programas de Madrid y San Sebastian cedieron parte de la subvención para apoyar a los programas de Asturias, Zamora y Vitoria, que habían salido menos favorecidos. En 1991 los programas de Madrid, San Sebastian y Bilbao cedieron una parte a Zaragoza que había quedado excluido.

PROGRAMA	89	90	91	92	93	94
MADRID	1.950.000	9.000.000	25.000.000	9.000.000	9.000.000	26.000.000
SAN SEBASTIAN	14.000.000	7.000.000	7.000.000	3.000.000		8.552.000
LEON	10.526.532	9.042.000	8.500.000	6.000.000	2.090.000	5.166.667
ZARAGOZA	6.899.321	13.000.000	7.000.000	7.000.000	8.000.000	8.100.000
BILBAO	13.798.642	7.000.000	16.000.000		10.404.744	1.000.000
MALAGA	12.601.153	10.000.000	10.000.000	5.000.000	13.000.000	11.151.000
VALENCIA	11.022.189	14.000.000	15.000.000	16.114.954	28.127.499	24.700.000
BALEARES	5.162.429	14.000.000	13.000.000	7.300.000	10.000.000	7.446.000
VITORIA-GASTEIZ	7.531.823	3.000.000	2.000.000	5.000.000		
ASTURIAS	3.896.477	15.000.000	14.500.000	11.300.000	14.000.000	4.810.000
ZAMORA	3.061.434	2.958.000	2.500.000	3.100.000	3.985.000	2.947.167
GALICIA		12.000.000			9.000.000	9.000.000
LA RIOJA				2.000.000	4.500.000	4.500.000
CANARIAS	2.000.000	19.000.000	7.500.000	3.400.000		
BURGOS				4.500.000	4.828.000	5.687.166
JEREZ				3.350.000		1.500.000
NAVARRA			4.000.000			3.821.000
SEVILLA				3.150.000	1.994.000	5.413.514
CANTABRIA				3.000.000	7.556.513	4.235.500
GUADALAJARA				10.000.000	20.000.000	
CAMPO DE GIBR.						4.000.000
TOTAL	115.000.000	135.000.000	132.000.000	102.214.954	146.485.756	138.030.014

4. DISTRIBUCIÓN FONDOS DEL PARTIDO DEL SANTIAGO BERNABEU DEL 21-12-93

PROGRAMA	LINEAL	RESIDENTES	PORCENTUAL	TOTAL
ASTURIAS	4.090.909	340	6.088.040	10.178.949
BALEARES	4.090.909	157	2.811.242	6.902.151
BILBAO	4.090.909	333	5.962.698	10.053.607
BURGOS	4.090.909	93	1.665.258	5.756.167
CAMPO DE GIBRALTAR	4.090.909	14	250.684	4.341.593
CANARIAS	4.090.909	153	2.739.618	6.830.527
CANTABRIA	4.090.909	90	1.611.540	5.702.449
DONOSTI	4.090.909	365	6.535.690	10.626.599
GALICIA	4.090.909	429	7.681.674	11.772.583
GUADALAJARA	4.090.909	56	1.002.736	5.093.645
JEREZ	4.090.909	123	2.202.438	6.293.347
LA RIOJA	4.090.909	81	1.450.386	5.541.295
LEÓN	4.090.909	327	5.855.262	9.946.171
MADRID	4.090.909	790	14.145.740	18.236.649
MALAGA	4.090.909	442	7.914.452	12.005.361
NAVARRA	4.090.909	179	3.205.174	7.296.083
SEVILLA	4.090.909	225	4.025.850	8.119.759
VALENCIA	4.090.909	360	6.446.160	10.537.069
VITORIA	4.090.909	91	1.629.446	5.720.355
ZAMORA	4.090.909	164	2.936.584	7.027.493
ZARAGOZA	4.090.909	214	3.831.884	7.922.793
PROGRAMAS FORMACIÓN	4.090.909			4.090.911
TOTAL	90.000.000	5.026	89.995.556	179.995.556

En la tabla que anteriormente presentamos, se expresa la distribución de los fondos recaudados con motivo del partido de fútbol DROGAS NO, celebrado en el Estadio Santiago Bernabeu de Madrid el 21-12-93 entre el Real Madrid y una selección de la liga.

Al finalizar el año 1.994, la cantidad de la que se dispone es de 180.000.000 pts., quedando pendientes por diversos conceptos 10.000.000 pts.

El criterio para la distribución de esta cantidad se realiza del siguiente modo: el 50% lineal a cada uno de los centros en funcionamiento y 50% porcentual, en función del número de residentes que estén realizando el Programa.



6 ASOCIACIÓN
PROYECTO
HOMBRE
EN CIFRAS

LA ASOCIACIÓN PROYI

El número de residentes, personal, voluntario

	ALICANTE	ASTURIAS	BALEARES	BILBAO	BURGOS	CANARIAS	GIBRALTAR	CANTABRIA	CÓRDOBA	EXTREM.	GALICIA	GUADALAJ.
APERTURA	10/17/94	9/19/88	8/31/87	11/13/85	2/11/91	10/8/90	11/3/93	11/23/92	11/7/94	11/28/94	1/23/90	11/15/92
INGRESOS 94	38	304	183	233	101	162	105	121	8	26	441	72
RESIDENTES EN EL PROGRAMA A 31-12-94												
CENTRO DE ACOGIDA	24	156	86	122	38	76	20	51	6	19	237	36
COMUNIDAD TERAPEUTICA		84	28	74	31	91	9	39			85	36
CENTRO DE REINSECCION		82	39	103	20	81		31			131	13
PROGRAMAS DE APOYO		12	1								30	
TOTAL	24	334	154	299	89	248	29	121	6	19	483	85
ALTAS TERAPÉUTICAS												
1994		44	8	88	13	16					48	
TOTAL*		139	63	457	13	21					74	
INTERNOS DE LA PRISIÓN CON SEGUIMIENTO DESDE EL PROGRAMA												
	2		29	38	39			8			2	4
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS												
		1021	189	400	137	79		329			1739	
PISOS PARA JÓVENES SIN FAMILIA												
Nº		4	2	5	3	2	1	2			7	4
PLAZAS		24	16	20	13	13	8	24			56	24
ACOGIDOS		17	28	45	28	7	8	20			91	44
ACOGIMIENTOS ALTERNATIVOS												
	5		9		11							
PERSONAL												
	6	44	31	39	22	28	11	23	11	13	48	16
VOLUNTARIADO												
	20	121	105	120	85	40	50	53	23	30	118	20

* Se refiere al total de altas terapéuticas desde la apertura del programa, teniendo en cuenta que se necesitan aproximadamente tres años para

TO HOMBRE EN CIFRAS

en cada programa a 31 de diciembre de 1994

HUELVA 9/5/94	JEREZ 2/11/91	LEÓN 9/9/85	MADRID 8/20/84	MÁLAGA 11/26/85	NAVARRA 2/11/91	LA RIOJA 9/26/90	SAN SEBAS. 2/4/85	SEVILLA 10/7/91	VALENCIA 12/15/85	VITORIA 9/7/87	ZAMORA 10/19/88	ZARAGOZA 10/14/85	TOTAL
68	115	166	600	336	94	61	247	339	420	97	143	149	4629
47	46	81	418	163	37	25	92	155	116	24	81	59	2215
	31	54	71	77	45	18	97	48	90	31	54	47	1140
	40	60	139	125	44	16	118	71	126	26	50	95	1410
		46	121			5	26	10	27			32	310
47	117	241	749	365	126	64	333	284	359	81	185	233	5075
	11	93	134	49	51	12	93	12	86	44	25	31	858
	15	327	631	211	81	36	505	12	386	123	62	190	3346
	21	64	86	4	11	24	70	2	40	44	45		533
	102	600	4000	905	692	184	1330	430	800	260	350	1121	14668
1	2	3	9	2	2	1	4	3	5	1	4	5	72
8	7	15	60	25	10	4	26	14	30	10	32	32	471
7	21	32	120	25	10	10	24	14	62	20	60	73	766
7		14	5			18	8	1			15		93
20	18	36	52	20	25	18	47	22	32	25	17	28	652
75	120	208	120	90	68	90	102	95	190	58	70	112	2183

476

realizar el programa y recibir el alta.

7 FICHA
TÉCNICA
DE CADA
PROGRAMA



ALICANTE

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Deportista César Porcel 11, bajo
Localidad: Alicante
C.P.: 03006
Tlf.: (96) 511 21 25
Fax.: (86) 511 27 24

Localidad: Alicante

C.P.: 03006

Tlf.: (96) 511 21 25

Fax.: (86) 511 27 24

Fecha de inauguración: 17 de octubre de 1.994

DIRECTOR-PRESIDENTE

E. Francis Teuma

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Finca "Campo de Mirra"

Localidad: Campo de Mirra (Alicante)

Tlf.: (96) 597 92 03

Fecha de inauguración: 26 de mayo de 1.995

Nº Plazas: 30

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Deportista César Porcel 11, bajos. Barrio de Asís



CENTRO DE ACOGIDA

ASTURIAS



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Ferrocarril s/n
Localidad: Gijón
C.P.: 33207
Tlf.: (98) 517 02 44
Fax.: (98) 517 19 44

DIRECTOR-PRESIDENTE

Luis Manuel Flórez García

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: C.E.S.P.A. (Centro Español de Solidaridad del Principado de Asturias)
Ámbito territorial que abarca: Principado de Asturias
Fecha de inauguración: 19 de septiembre de 1.988

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Ferrocarril s/n
Localidad: Gijón
C.P.: 33207
Tlf.: (98) 517 02 44

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Casa Infantil Juvenil
Localidad: Antromero - Carreño C.P.: 33410
Tlf.: (98) 587 05 80
Fecha de inauguración: 20 de octubre de 1.992
Nº de Plazas: 80

CENTRO DE REINSECCIÓN

FASES: A, B, C.
Dirección: Pabellón de Mieres, Ctra. del Rubín s/n
Localidad: Oviedo C.P.: 33001
Fecha de inauguración: 31 de enero de 1.990

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: El Alfaraz 30
Localidad: Miranda - Avilés
C.P.: 33410
Tlf.: (98) 554 98 87
Fecha de inauguración: 21 de noviembre de 1.994

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Ramiro Sánchez Fernández



COMUNIDAD TERAPEUTICA MIRANDA

BILBAO



SEDE SOCIAL

Dirección: Avda. Madariaga 63
Localidad: Bilbao
C.P.: 48014
Tlf.: (94) 447 10 33.
Fax.: (94) 447 11 58

DIRECTOR PRESIDENTE

Hasta mayo 1994:
Juan Ramón Trabudua Fernández de Aguirre
Del 13-05-94 al 31-12-94:
Gaspar Martínez F. de Larrinoa

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Gizakia
Ámbito territorial que abarca: Bizkaia
Fecha de inauguración: 13 de noviembre de 1.985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Avenida Madariaga 63
Localidad: Bilbao.
C.P.: 48014
Tlf.: (94) 447 17 17
Fecha de inauguración: 18 de noviembre de 1.985

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Paul Enea. Colegio San José.
Barrio Zubiete s/n
Localidad: Gordexola. C.P.: 48192
Tlf.: (94) 679 91 91
Fecha de inauguración: 10 de marzo de 1.986
Nº de plazas: 80

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIURNA

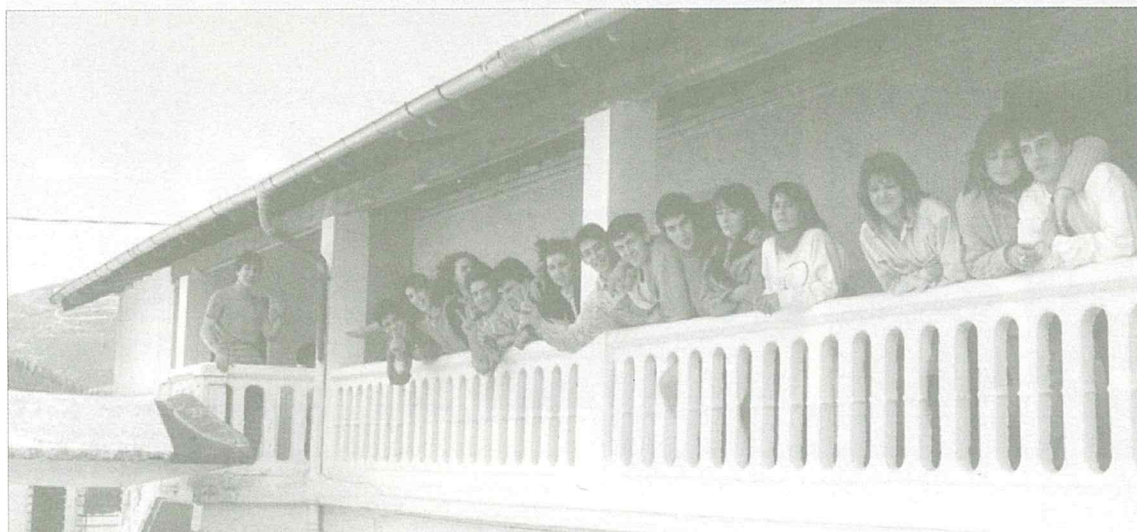
Dirección Avda. Madariaga 63, 5º
Localidad: Bilbao. C.P.: 48014
Tlf.: (94) 447 17 17

PROGRAMA DE REINserción

FASES: A,B,C
Dirección: c/ Simón Bolívar 8
Localidad: Bilbao. C.P.: 48010
Tlf.: (94) 443 28 12
Fecha de inauguración: 5 de febrero de 1.987
Nº de plazas: 68

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Carmen Gállego Rica



COMUNIDAD TERAPÉUTICA PAUL-ENEA



BURGOS

SEDE SOCIAL

Dirección: Palma de Mallorca 3
Localidad: Burgos
C.P.: 09007
Tlf.: (947) 48 10 77 / 48 15 84
Fax.: (947) 48 10 78

DIRECTOR PRESIDENTE

Isidoro Martín Martín

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Candeal
Ámbito territorial que abarca: Burgos, Palencia, Valladolid
Fecha de inauguración: 11 de febrero de 1.991

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Palma de Mallorca 3
Localidad: Burgos
C.P.: 09007
Tlf.: (947) 48 10 77 / 48 15 84
Fax.: (947) 48 10 78
Fecha de inauguración: 11 de febrero de 1.991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

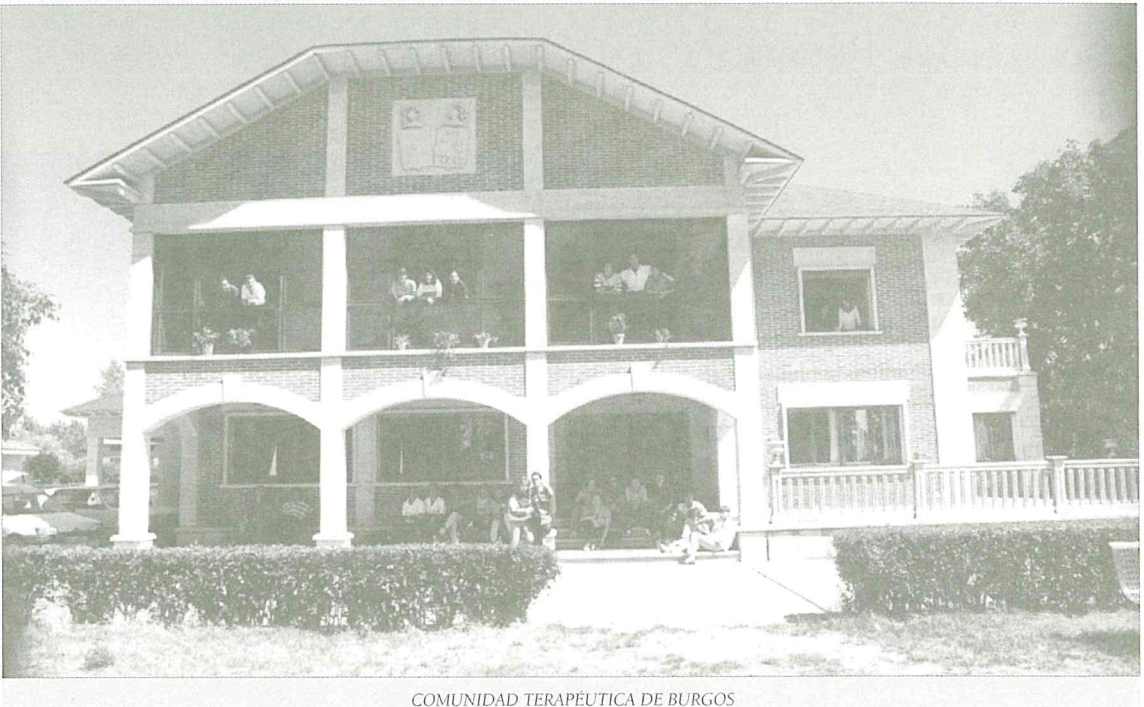
Dirección: Finca "El Priorato"
Localidad: San Medel
C.P.: 09194
Tlf.: (947) 48 47 70
Fecha de inauguración: 21 de enero de 1.992
Nº de plazas: 60

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C
Dirección: Paseo Fuentecillas s/n
Localidad: Burgos
C.P.: 09001
Tlf.: (947) 20 02 68
Fecha de inauguración: 16 e noviembre de 1.992
Nº de plazas: 35

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

M^a Nieves Fernández



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE BURGOS

CAMPO DE GIBRALTAR



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Cartagena. Esquina c/ Ter s/n
Localidad: La Línea
C.P.: 11300
Tlf.: (942) 10 47 88

DIRECTOR PRESIDENTE

Guadalupe Mendoza Losada

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: C.E.S. Campo de Gibraltar
Ámbito territorial que abarca: Campo de Gibraltar
Fecha de inauguración: 3 de noviembre de 1.993

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Cartagena. Esquina c/ Ter s/n
Localidad: La Línea
C.P.: 11300
Tlf.: (942) 10 47 88
Fecha de inauguración: 3 de noviembre de 1.993

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Los Manantiales del Duque. Parcela 4 (Los Barrios)
Localidad: Benharas
Tlf.: (942) 23 61 71
Fecha de inauguración: 30 de septiembre de 1.994
Nº de plazas: 30



FACHADA DEL CENTRO DE ACOGIDA



CANARIAS

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Pedro Doblado Claverie 34
Localidad: Santa Cruz de Tenerife
C.P.: 38010
Tlf.: (922) 66 10 20
Fax.: (922) 66 15 68

DIRECTOR PRESIDENTE

Antonio Hernandez Hernandez

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Centro de Solidaridad de las Islas Canarias
Ámbito territorial que abarca: Canarias
Fecha de inauguración: 8 de octubre de 1.990

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Pedro Doblado Claverie 34 OFRA.
Localidad: Santa Cruz de Tenerife
C.P.: 38010
Tlf.: (922) 66 10 20 / 66 15 00
Fax.: (922) 66 15 68
Fecha de inauguración: 8 de octubre de 1.990

Dirección: c/ López Botas 6, bajos
-Barrio de Vegueta

Localidad: Las Palmas de Gran Canaria

C.P.: 35001

Tlf.: (928) 33 01 40 / 33 02 03

Fax.: (928) 33 01 48

Fecha de inauguración: 23 de febrero de 1.993

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Puerto de la Madera 9 B

Localidad: Tacoronte-Tenerife

C.P.: 38358

Tlf.: (922) 56 35 66

Fecha de inauguración: 2 de abril de 1.991

Nº de plazas: 50

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C

Dirección: c/ Verode 101 (Guajara)

Localidad: La Laguna (Tenerife)

C.P.: (922) 25 29 15

Fecha de inauguración: 18 de febrero de 1.992

Nº de plazas: 25

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Pilar Amador Ramírez



COMUNIDAD TERAPÉUTICA

CANTABRIA



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Isabel La Católica 8

Localidad: Santander

C.P.: 39007

Tlf: (942) 23 61 06

Fax.: (942) 23 61 17

DIRECTOR PRESIDENTE

Pilar Ruíz de la Prada Mazorra

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Centro de Solidaridad de Cantabria "CESCAN"

Ámbito territorial que abarca: Cantabria

Fecha de inauguración: 23 de noviembre de 1.992

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Isabel La Católica 8

Localidad: Santander

C.P.: 39007

Tlf: (942) 23 61 06

Fax.: (942) 23 61 17

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Argomilla de Cayón

Localidad: Argomilla de Cayón

C.P.: 39626

Tlf.: (942) 56 10 60

Fecha de inauguración: 8 de junio de 1.993

Nº de plazas: 70

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C

Dirección: Avenida de los Infantes 10

Localidad: Santander

C.P.: 39005

Tlf.: (942) 27 24 15

Fecha de inauguración: 12 de mayo de 1.994

Nº de plazas: 25

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Mª Avelina Fernández-Oruña Español



CENTRO DE REINSERCIÓN



CÓRDOBA

SEDE SOCIAL

Dirección: Abderramán III, 10
Localidad: Córdoba
C.P.: 14006
Tlf.: (957) 40 19 09.
Fax.: (957) 40 19 26

DIRECTOR PRESIDENTE

Lázaro Castro Villalobos

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación "Centros Español de Solidaridad de Córdoba"
Ámbito territorial que abarca: Córdoba y provincia
Fecha de inauguración: 7 denoviembre de 1.994

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Abderramán III, 10
Localidad: Córdoba. C.P.: 14006
Tlf.: (957) 40 19 09. Fax.: (957) 40 19 26



FACHADA DEL CENTRO DE ACOGIDA

EXTREMADURA



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Coria 25
Localidad: Plasencia
C.P.: 10600
Tlf.: (927) 42 25 99
Fax.: (927) 41 82 62

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Santa Bárbara
Ámbito territorial que abarca: Extremadura
Fecha de inauguración: 28 de noviembre de 1.994

DIRECTOR PRESIDENTE

Fidela Márquez Ventura

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Coria 25
Localidad: Plasencia. C.P.: 10600
Tlf.: (927) 42 25 99. Fax.: (927) 41 82 62



RESIDENTES CON EL EQUIPO TERAPEUTICO ANTE LA ENTRADA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA



SEDE SOCIAL

Dirección: Campillo S. Francisco s/n (Edificio S. Martín Pinario)
Localidad: Santiago de Compostela
C.P.: 15705
Tlf.: (981) 57 25 24
Fax.: (981) 57 36 06

DIRECTOR PRESIDENTE

Ramón Gómez Crespo

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Monte do Gozo
Ámbito territorial que abarca: Comunidad Autónoma de Galicia
Fecha de inauguración: 23 de enero de 1.990

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Campillo S. Francisco s/n (Edificio S. Martín Pinario)
Localidad: Santiago de Compostela
C.P.: 15705
Tlf.: (981) 57 25 24
Fax.: (981) 57 36 06
Fecha de inauguración: 23 de enero de 1.990

Dirección: Avda. Ramón Nieto 245 (Lavadores)
Localidad: Vigo (Pontevedra)
C.P.: 36205
Tlf.: (986) 37 46 46
Fecha de inauguración: 11 de mayo de 1.993

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Comunidad Terapéutica de Proxecto Home "As Cernadas"
Localidad: Cernadas - Protomouro
C.P.: 15871
Tlf.: (981) 88 26 33
Fecha de inauguración: 13 de agosto de 1.990
Nº de plazas: 82

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A Y B
Dirección: c/ Devesa 6 (Arines)

Localidad: Arines - Santiago de Compostela
C.P.: 15892
Tlf.: (981) 54 93 93
Nº de plazas: 36
Fecha de inauguración: 6 de junio de 1.991

FASE: C

Dirección: c/ Troya 3, 1º
Localidad: Santiago de Compostela
C.P.: 15705
Tlf.: (981) 57 81 65
Fecha de inauguración: 6 de junio de 1.991

FASE: A, B Y C

Dirección: Avda. Ramón Nieto 245
Localidad: Vigo (Pontevedra)
C.P.: 36205
Tlf.: (986) 37 44 37
Fecha de inauguración: 11 de mayo de 1.993
Nº de plazas: 30

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Jazmines 10, bajo y 1º
Localidad: Santiago de Compostela
C.P.: 15705
Tlf.: (981) 58 45 20
Fecha de inauguración: 2 de noviembre de 1.993

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Manuel Rodríguez Iglesias



COMUNIDAD TERAPÉUTICA

GUADALAJARA



SEDE SOCIAL

Dirección: Inclusa 1
Localidad: Guadalajara
C.P.: 19001
Tlf.: (949) 25 35 73
Fax.: (949) 25 35 66

DIRECTOR PRESIDENTE

Modesto Salgado Salgado

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Solidaridad del Henares "Proyecto Hombre"

Ámbito territorial que abarca: Castilla La Mancha y Corredor del Henares

Fecha de inauguración: 15 de noviembre de 1.992

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Inclusa 1
Localidad: Guadalajara
C.P.: 19001

Tlf.: (949) 25 35 73

Fax.: (949) 25 35 66

Fecha de inauguración: 15 de noviembre de 1.992

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Carretera de Fontanar Km. 4,5.
Apartado de Correos 262

Localidad: Guadalajara

C.P.: 19001

Tlf.: (949) 82 03 57

Nº de plazas: 60

Fecha de inauguración: 5 de julio de 1.993

PROGRAMA DE REINSECCIÓN

FASES: A,B Y C

Dirección: Adoratrices 14

Localidad: Guadalajara

C.P.: 19002

Tlf.: (949) 25 25 12

Nº de plazas: 25

Fecha de inauguración: 5 de mayo de 1.994



CENTRO DE REINSECCIÓN



HUELVA

SEDE SOCIAL

Dirección: Pabellón "Las Acacias" Crta. Sevilla
Km. 636

Localidad: Huelva

C.P.: 21007

Tlf.: (959) 23 48 56

Fax.: (959) 23 58 92

DIRECTOR PRESIDENTE

Ascensión González Rodríguez

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación C.E.S. Huelva

Ámbito territorial que abarca: Huelva y provincia.

Fecha de inauguración: 5 de septiembre de 1.994

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Pabellón "Las Acacias" Crta. Sevilla
Km. 636

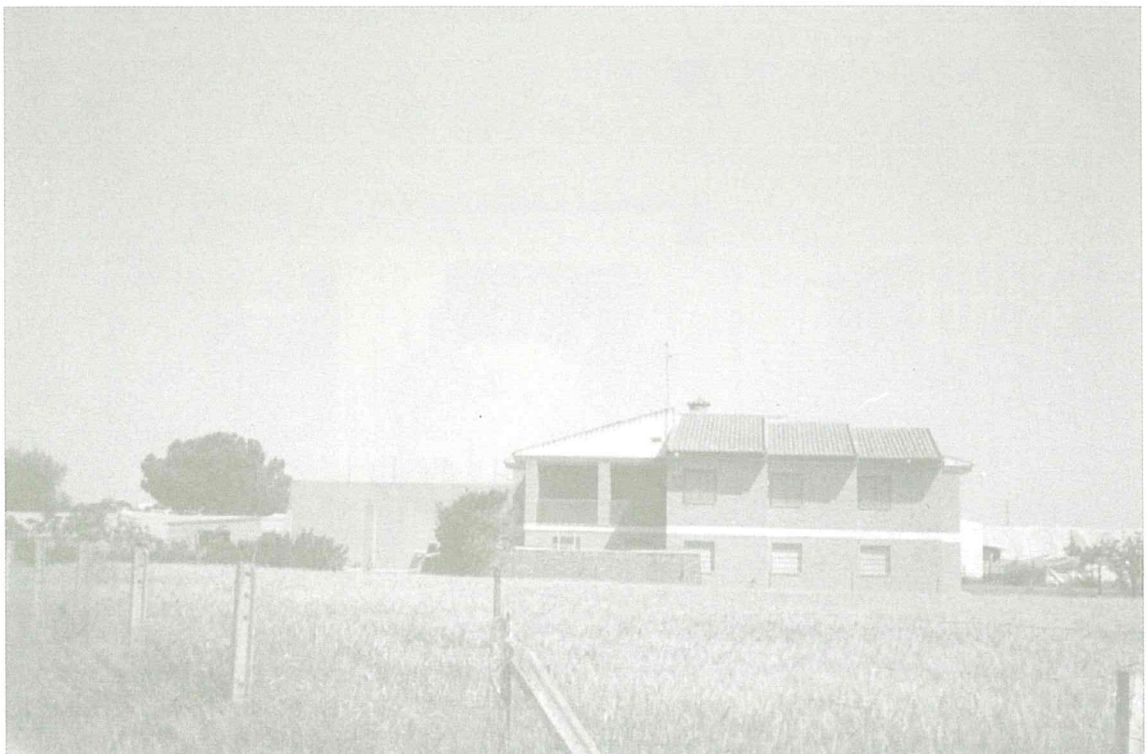
Localidad: Huelva

C.P.: 21007

Tlf.: (959) 23 48 56. Fax.: (959) 23 58 92

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

José Antonio García



COMUNIDAD TERAPEÚTICA



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Lealas 6
Localidad: Jerez de la Frontera
C.P.: 11402
Tlf.: (956) 18 32 74 /18 32 76
Fax.: (956) 18 32 74

DIRECTOR PRESIDENTE

Luis B. Bononato Vázquez

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Centro Español de Solidaridad Jerez
Ámbito territorial que abarca: Cádiz
Fecha de inauguración: 11 de febrero de 1.991

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Lealas 6
Localidad: Jerez de la Frontera
C.P.: 11402
Tlf.: (956) 18 32 74 /18 32 76
Fax.: (956) 18 32 74

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Ctra. Estrella del Marqués-Nueva Jarilla.
Parcela nº 34. "Los Garcíagos"
Localidad: Jerez de la Frontera (Cádiz)
C.P.: 11542
Tlf.: (956) 23 72 21
Fecha de inauguración: 8 de agosto de 1.991
Nº de plazas: 66

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C
Dirección: Picadueña Alta - c/ Padre Manuel
Fernández 3
Localidad: Jerez de la Frontera (Cádiz)
C.P.: 11408
Tlf.: (956) 32 34 79
Fecha de inauguración: 30 de junio de 1.992
Nº de plazas: 20

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Manuel Gómez Pantoja



FACHADA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Manzanera 11, bajo
Localidad: Logroño
C.P.: 26004
Tlf.: (941) 24 88 77
Fax.: (941) 24 86 40

DIRECTOR PRESIDENTE

Matías Salazar Terreros

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Centro de Solidaridad de La Rioja
Ámbito territorial que abarca: Comunidad
Autónoma de La Rioja
Fecha de inauguración: 26 de septiembre de 1.990

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Manzanera 11, bajo
Localidad: Logroño
C.P.: 26004
Tlf.: (941) 24 88 77
Fax.: (941) 24 86 40
Fecha de inauguración: 26 de septiembre de 1.990

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Pasada de las Cabras 1
Localidad: Logroño
C.P.: 26004
Tlf.: (941) 22 33 00
Fecha de inauguración: 11 de julio de 1.991
Nº de plazas: 34

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C
Dirección: c/ Escultor Daniel 8
Localidad: Logroño
C.P.: 26006
Tlf.: (941) 20 89 83
Fecha de inauguración: 26 de mayo de 1.992
Nº de plazas: 18

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: c/ Escultor Daniel 8
Localidad: Logroño
C.P.: 26006
Tlf.: (941) 20 89 83
Fecha de inauguración: 4 de octubre de 1.993

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Mª Soledad López



COMUNIDAD TERAPÉUTICA



SEDE SOCIAL

Dirección: Miguel Servet 8
Localidad: Fuentesnuevas - Ponferrada (León)
C.P.: 24411
Tlf.: (987) 45 51 20
Fax.: (987) 45 51 55

DIRECTOR PRESIDENTE

Pío Santos Gullón

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Patronato Proyecto Hombre San Antonio de Padua
Ámbito territorial que abarca: Castilla-León
Fecha de inauguración: 9 de septiembre de 1.985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Miguel Servet 8
Localidad: Fuentesnuevas - Ponferrada (León)
C.P.: 24411
Tlf.: (987) 45 51 20
Fax.: (987) 45 51 55

Dirección: Dámaso Merino 6
Localidad: León
C.P.: 24003
Tlf.: (987) 27 22 52
Fecha de inauguración: 23 de abril de 1.988

Dirección: Plaza de la Constitución s/n
Localidad: Guardo (Palencia)

C.P.: 34880
Tlf.: (979) 85 16 58
Fecha de inauguración: 28 de octubre de 1.994

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: c/ Carretera del Valle s/n
Localidad: Santibáñez del Toral - Bembibre
C.P.: 24315
Tlf.: (987) 51 13 62
Fecha de inauguración: 25 de febrero de 1.986
Nº de plazas: 90

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

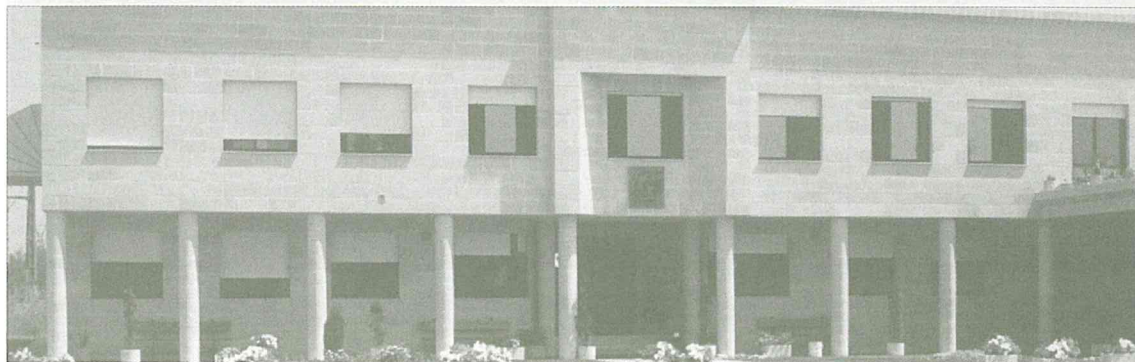
FASES: A, B Y C
Dirección: Miguel Servet 8
Localidad: Fuentesnuevas - Ponferrada (León)
C.P.: 24411
Tlf.: (987) 45 51 12
Fecha de inauguración: 27 de enero de 1.987
Nº de plazas: 80

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Miguel Servet 8
Localidad: Fuentesnuevas - Ponferrada (León)
C.P.: 24411
Tlf.: (987) 45 52 51
Fecha de inauguración: 5 de diciembre de 1.992
Nº de plazas: 60

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

José Aller Gutiérrez



CENTRO DE ACOGIDA



MADRID

SEDE SOCIAL

Dirección: Martín de los Heros 68
Localidad: Madrid
C.P.: 28008
Tlf.: (91) 542 02 71
Fax.: (91) 542 46 93

DIRECTOR PRESIDENTE

Juan Francisco Orsi

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Centro Español de Solidaridad
Ámbito territorial: Comunidad Autónoma de Madrid
Fecha de inauguración: 20 de octubre de 1.984

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Martín de los Heros 68
Localidad: Madrid
C.P.: 28008
Tlf.: (91) 542 02 71
Fax.: (91) 542 46 93

Dirección: Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid
C.P.: 28015
Tlf.: (91) 544 85 09
Fecha de inauguración: 16 de enero de 1991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Camino Serranillos s/n
Localidad: Ugena (Toledo)
C.P.: 45217

Tlf.: (925) 51 29 67
Fecha de inauguración: 14 de noviembre de 1.984
Nº de plazas: 80

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C.

Dirección: Antonio López 264
Localidad: Madrid
C.P.: 28041

Tlf.: (91) 475 44 12
Fecha de inauguración: 30 de septiembre de 1.985
Nº de plazas: 175

PROGRAMA DE APOYO

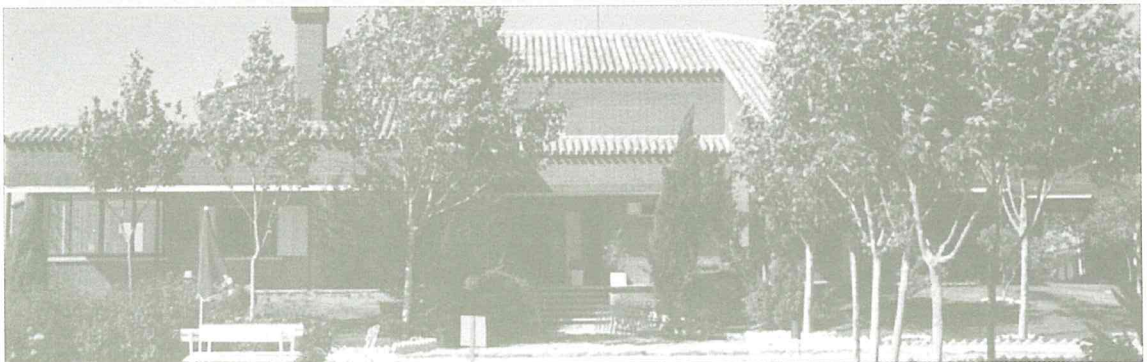
Dirección: Finca La Loma Km. 34,200
Localidad: Navalcarnero (Madrid)
C.P.: 28600
Tlf.: (91) 811 03 57
Fecha de inauguración: 1 de marzo de 1.990
Nº de plazas: 90

PROGRAMA NOCTURNO

Dirección: Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid
C.P.: 28015
Tlf.: (91) 544 85 09
Número de plazas: 40
Fecha de inauguración: 1 de octubre de 1.992

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS:

Adolfo de Pablo



COMUNIDAD TERAPÉUTICA

SEDE SOCIAL

Dirección: Eduardo Carvajal 4
Localidad: Málaga
C.P.: 29006
Tlf.: (95) 235 31 20
Fax.: (95) 235 32 25

DIRECTOR PRESIDENTE

Benito Gil Yuste

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: CESMA (Centro Español de Solidaridad de Málaga)
Ámbito territorial que abarca: Andalucía (excepto Sevilla, Jerez y Campo de Gibraltar)
Fecha de inauguración: 26 de noviembre de 1.985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Eduardo Carvajal 4
Localidad: Málaga
C.P.: 29006
Tlf.: (95) 235 31 20
Fax.: (95) 235 32 25
Fecha de inauguración: 26 de noviembre de 1.985

Dirección: Ríos Rosas 1
Localidad: Ronda (Málaga)
C.P.: 29400
Tlf.: (95) 287 84 02
Fecha de inauguración: 15 de enero de 1.992

Dirección: Pasillas 30
Localidad: Antequera (Málaga)
C.P.: 29200
Tlf.: (95) 270 27 62
Fecha de inauguración: 5 de junio de 1.993

Dirección: Nueve de Julio 13 (Barrio del Real)
Localidad: Melilla
C.P.: 29806
Tlf.: (95) 250 65 15
Fecha de inauguración: 10 de diciembre de 1.992

Dirección: La Cilla 1
Localidad: Vélez-Málaga

C.P.: 29700
Tlf.: (95) 250 65 15
Fecha de inauguración: 19 de septiembre de 1.994

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

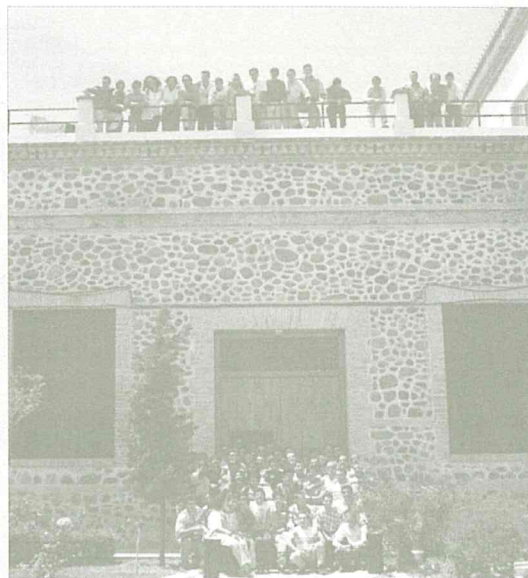
Dirección: Finca "Trayamar" . Carretera de Algarrobo s/n
Localidad: Algarrobo- Costa (Málaga)
C.P.: 29740
Tlf.: (95) 251 10 49
Fecha de inauguración: 10 de octubre de 1.986
Nº de plazas: 80

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C
Dirección: Subida Monte Victoria 3
Localidad: Málaga
C.P.: 29013
Tlf.: (95) 226 80 57
Fecha de inauguración: 6 de mayo de 1.988
Nº de plazas: 138

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Rafael Salcedo Ruíz



COMUNIDAD TERAPÉUTICA



NAVARRA

SEDE SOCIAL

Dirección: Avda. de Guipúzcoa 5

Localidad: Pamplona

C.P.: 31012

Tlf.: (948) 13 00 34

Fax.: (948) 13 00 43

DIRECTOR PRESIDENTE

José Ignacio Alberdi Olano

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Proyecto Hombre Navarra

Ámbito territorial que abarca: Comunidad Foral de Navarra

Fecha de inauguración: 11 de febrero de 1.991

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Avda. de Guipúzcoa 5

Localidad: Pamplona

C.P.: 31012

Tlf.: (948) 13 00 34

Fax.: (948) 13 00 43

Fecha de inauguración: 11 de febrero de 1.991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Avda. de Pamplona 59

Localidad: Estella

C.P.: 31200

Tlf.: (948) 55 29 86

Fecha de inauguración: 4 de junio de 1.991

Nº de plazas: 60

PROGRAMA DE REINserCIÓN

FASES: A, B Y C

Dirección: Villa Teresita. Beloso Alto

Localidad: Pamplona

C.P.: 31006

Tlf.: (948) 23 25 62

Fecha de inauguración: 23 de marzo de 1.992

Nº de plazas: 60

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Federico Crespo Guilmain



CENTRO DE REINserCIÓN

SAN SEBASTIÁN



SEDE SOCIAL

Dirección: "Villa Ulia Enea", c/ Calzada Vieja 87
Localidad: San Sebastián
C.P.: 20013
Tlf.: (943) 27 39 00 / 27 36 90
Fax.: (943) 28 44 44

DIRECTOR PRESIDENTE

Alberto Ruíz de Alegria

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Izan
Ámbito territorial que abarca: Gipuzkoa
Fecha de inauguración: 4 de febrero de 1.985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: "Villa Ulia Enea", c/ Calzada Vieja 87
Localidad: San Sebastián
C.P.: 20013
Tlf.: (943) 27 39 00 / 27 36 90
Fax.: (943) 28 44 44
Fecha de inauguración: 4 de febrero de 1.985

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: "Sustriak", Barrio de las Villas s/n
Localidad: Hernani
C.P.: 28120
Tlf.: (943) 55 18 40
Fecha de inauguración: 22 de abril de 1.985
Nº de plazas: 60

Dirección: "San Millán", Barrio de Lasao
Localidad: Zestoa
C.P.: 20740
Tlf.: (943) 14 80 69
Fecha de inauguración: 14 de junio de 1.991
Nº de plazas: 60

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A
Dirección: c/ Zahar s/n
Localidad: Usurbil
C.P.: 20170
Tlf.: (943) 37 27 12

Fecha de inauguración: 14 de febrero de 1.986
Nº de plazas: 30

FASES: B Y C

Dirección: c/ Martín Etxeberria 4
Localidad: Rentería
C.P.: 20100
Tlf.: (943) 52 48 98
Fecha de inauguración: 12 de noviembre de 1.986
Nº de plazas: 30

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: c/ Intxaurreondo 25
Localidad: San Sebastián
C.P.: 20015
Tlf.: (943) 28 90 87
Fecha de inauguración: 18 de junio de 1.990
Nº de plazas: 40

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Manuel Fernández Muñoz



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE HERNANI



SEVILLA

SEDE SOCIAL

Dirección: Marqués de Nervión 75
Localidad: Sevilla
C.P.: 41005
Tlf.: (95) 463 01 49 / 463 04 00
Fax.: (95) 466 00 02

DIRECTOR PRESIDENTE

Francisco Herrera del Pueyo

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Centro Español de Solidaridad de Sevilla
Ámbito territorial que abarca: Sevilla y provincia
Fecha de inauguración: 4 de octubre de 1.991

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: San Juan de Dios 21
Localidad: Sevilla
C.P.: 41005
Tlf.: (95) 492 53 76 / 492 53 77
Fax.: (95) 466 00 02
Fecha de inauguración: 7 de octubre de 1.991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Cerro Clavijo (Finca Sancarada)

Localidad: Alcalá de Guadaira

C.P.: 41018
Tlf.: (95) 568 19 31
Fecha de inauguración: 22 de abril de 1.992
Nº de plazas: 50

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C
Dirección: Marqués de Nervión 75
Localidad: Sevilla
C.P.: 41005
Tlf.: (95) 463 01 49 / 463 04 00
Fecha de inauguración: 15 de febrero de 1.993
Nº de plazas: 20

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Finca Cantalgallo
Localidad: Dos Hermanas
Tlf.: (95) 566 60 18
Fecha de inauguración: 3 de noviembre de 1.994
Nº de plazas: 50

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Alfonso Castro García



UNA DE LAS SALAS DEL CENTRO DE ACOGIDA

VALENCIA



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Padre Esteban Pernet 1
Localidad: Valencia
C.P.: 46014
Tlf.: (96) 359 77 77
Fax.: (96) 379 92 51

DIRECTOR PRESIDENTE

Francisco Palanca Ferrando

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Cáritas Diocesana
Ámbito territorial que abarca: Comunidad Autónoma de Valencia
Fecha de inauguración: 15 de diciembre de 1.985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Padre Esteban Pernet 1
Localidad: Valencia
C.P.: 46014
Tlf.: (96) 359 77 77
Fax.: (96) 379 92 51

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: C.T. "LEspill" - Ctra. de Valencia-Lliria Km. 17'300
Localidad: Pobla de Vallbona
Tlf.: (96) 276 01 09
Fecha de inauguración: 1 de mayo de 1.986
Nº de plazas: 52

Dirección: C.T. "L'Hort de Betlem" - Camí Font de Carrascosa s/n
Localidad: Alzira
Tlf.: (96) 276 01 09
Fecha de inauguración: 3 de diciembre de 1.990
Nº de plazas: 40

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C
Dirección: c/ Tribunal de las Aguas 5
Localidad: Valencia
Tlf.: (96)
Fecha de inauguración: 9 de marzo de 1.987
Nº de plazas: 75

FASES: A, B Y C

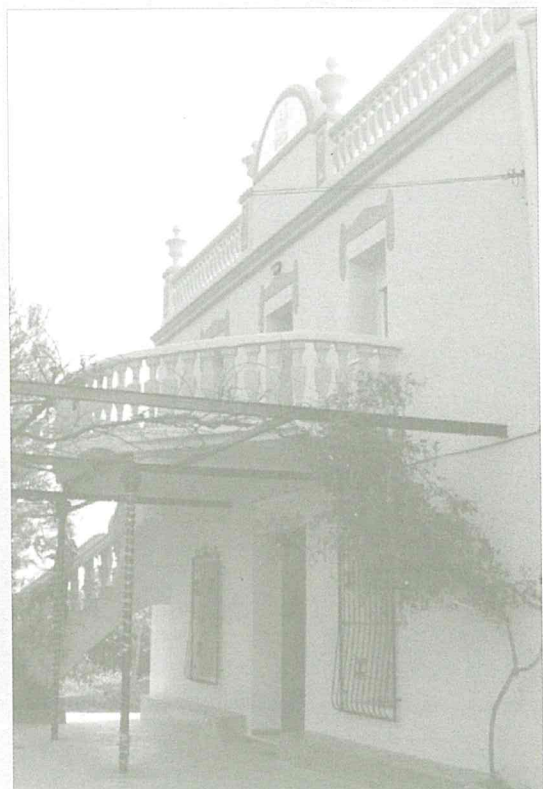
Dirección: c/ Pie de la Cruz 1
Localidad: Valencia
Tlf.: (96) 392 52 31
Fecha de inauguración: 8 de mayo de 1.991
Nº de plazas: 80

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: c/ Pie de la Cruz 19
Localidad: Valencia
Tlf.: (96) 392 52 30
Fecha de inauguración: 1 de julio de 1.990
Nº de plazas: 25

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Finca Pérez de Lucía Monfort



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE REFERENCIA. L'HORT DE BETLEM



VITORIA

SEDE SOCIAL

Dirección: S. Ignacio de Loyola 2
Localidad: Vitoria-Gasteiz
C.P.: 01001
Tlf.: (945) 14 37 20
Fax.: (945) 14 13 04

DIRECTOR PRESIDENTE

José Luis Alonso Quilchano

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Jeiki
Ámbito territorial que abarca: Álava-Alto Deba
Fecha de inauguración: 7 de septiembre de 1.987

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: S. Ignacio de Loyola 2
Localidad: Vitoria-Gasteiz
C.P.: 01001
Tlf.: (945) 14 37 20
Fax.: (945) 14 13 04

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Albaina (Condado de Treviño)

Localidad: Burgos

C.P.: 09216
Tlf.: (945) 37 90 47
Fecha de inauguración: 1 de marzo de 1.988
Nº de plazas: 40

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C

Dirección: c/ Ramón y Cajal 13
Localidad: Vitoria-Gasteiz
C.P.: 01007
Tlf.: (945) 13 24 34
Fecha de inauguración: 7 de febrero de 1.989
Nº de plazas: 40

PROGRAMA NOCTURNO

Dirección: S. Ignacio de Loyola 2
Localidad: Vitoria-Gasteiz
C.P.: 01001
Tlf.: (945) 14 37 20
Fax.: (945) 14 13 04

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Esmeralda Serradilla



RESIDENTES DE ACOGIDA

ZAMORA



SEDE SOCIAL

Dirección: Camino viejo de Villaralbo s/n

Localidad: Zamora

C.P.: 49028

Tlf.: (980) 51 18 70

Fax.: (980) 51 42 95

DIRECTOR PRESIDENTE

Lorenzo Salamanca García

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Centro de Solidaridad de Zamora

Ámbito territorial que abarca: Castilla-León

Fecha de inauguración: 19 de octubre de 1.988

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Camino viejo de Villaralbo s/n

Localidad: Zamora

C.P.: 49028

Tlf.: (980) 51 18 70

Fax.: (980) 51 42 95

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Finca "El Chafaril"- Ctra. Zamora-Peleagonzalo

Localidad: Peleagonzalo (Zamora)

C.P.: 49880

Tlf.: (980) 69 95 21

Fecha de inauguración: 6 de junio de 1.990

Nº de plazas: 60

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A, B Y C

Dirección: Pasaje de Gema 9-B

Localidad: Zamora

C.P.: 49028

Tlf.: (980) 53 00 11

Fecha de inauguración: 26 de junio de 1.991

Nº de plazas: 50

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Marcial Rodríguez Riesco



EDIFICIO VIEJO CON PARTE DEL NUEVO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA



ZARAGOZA

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Manuela Sancho 3-9
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50002
Tlf.: (976) 20 02 16
Fax.: (976) 20 02 18

DIRECTOR PRESIDENTE

Epifanio López López

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Centro de Solidaridad de Zaragoza
Ámbito territorial que abarca: Aragón
Fecha de inauguración: 14 de octubre de 1.985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Manuela Sancho 3-9
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50002
Tlf.: (976) 20 02 16
Fax.: (976) 20 02 18

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Camino de Epila s/n
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50011
Tlf.: (976) 34 01 75
Fecha de inauguración: 17 de junio de 1.994
Nº de plazas: 80

PROGRAMA DE REINSERCIÓN

FASES: A Y B

Dirección: Lucero del Alba 2
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50012
Tlf.: (976) 33 17 75

Fecha de inauguración: 3 de julio de 1.987
Nº de plazas: 43

FASES: C

Dirección: c/ Manuela Sancho 3-9
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50002
Tlf.: (976) 20 02 16

Fecha de inauguración: 15 de febrero de 1.988
Nº de plazas: 59

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: c/ Manuela Sancho 3-9
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50002
Tlf.: (976) 20 02 16

Fecha de inauguración: 15 de octubre de 1.989
Nº de plazas: 59

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Rodolfo Espá Seiquer



COMUNIDAD TERAPÉUTICA

8 PERFIL
PSICOSOCIAL
DE LOS
RESIDENTES

AUTOR:

DOMINGO COMAS

PROFESOR DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MADRID. PRESIDENTE DEL
GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (G.I.D.)

ÍNDICE

8.1. INTRODUCCIÓN	81
8.1.1. Consideraciones iniciales	81
8.1.2. Objetivos	82
8.1.3. Metodología.....	82
8.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS BÁSICAS	83
8.2.1. Evolución del número de atendidos, sexo y edad.....	83
8.2.2. Distribución por programas locales.....	86
8.2.3. Nativos y emigrantes.....	89
8.2.4. Estructura sociofamiliar	90
8.2.5. Trayectoria escolar	93
8.2.6. Trayectoria laboral	98
8.2.7. Trabajo y drogas	103
8.3. HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS	106
8.3.1. Inicio y frecuencia de consumo de las distintas drogas.....	106
8.3.2. Motivos por los que comenzaron a consumir drogas.....	110
8.3.3. La vinculación con las drogas	111
8.3.4. Hábitos de consumo de heroína.....	113
8.4. HISTORIA DE INTENTOS PREVIOS DE ABANDONAR EL CONSUMO Y MOTIVOS PARA INGRESAR EN EL PROYECTO HOMBRE	116
8.5. DROGAS EN LA FAMILIA.....	119
8.6. PROBLEMÁTICA POLICIAL Y JUDICIAL.....	122
8.6.1. Incidencias con las instituciones de menores	122
8.6.2. Detenciones	122
8.6.3. Antecedentes penales.....	123
8.6.4. Prisión	125
BIBLIOGRAFÍA.....	127

8.1. INTRODUCCIÓN

8.1.1. CONSIDERACIONES INICIALES

El Proyecto Hombre inicia su actividad existencial en Madrid, en 1984, en un momento caracterizado por la falta de recursos y la confusión en relación al tipo de respuestas que debía darse a las drogodependencias. Hasta 1990 se vive una etapa de implantación, tanto en el Proyecto Hombre como en otros dispositivos, caracterizada por el objetivo de ofrecer una respuesta urgente a las necesidades y a la angustia social. Al final de dicha etapa, superada en parte la situación de emergencia, se comienzan a plantear cuestiones como el perfil, la calidad y la evaluabilidad de los servicios prestados¹.

En 1990, el Proyecto Hombre diseña un cuestionario que se aplica en diciembre de este mismo año a todas las personas que llevan más de 30 días en cualquiera de los 14 programas locales existentes en aquel momento, repitiéndose la aplicación de un cuestionario similar, —que ya será definitivo—, en la misma fecha del año siguiente (diciembre 1991). En 1992 y 1993, el método de recogida de datos varió y el cuestionario se aplicó en la fase de acogida a todos los nuevos ingresos que permanecían en los programas al final de la subfase de orientación, es decir, entre 30 y 45 días después de su ingreso en el Proyecto Hombre.

En ambos casos, las encuestas a residentes (1990-1991) y las encuestas a ingresos (1992-1993), los datos se completaron con otra encuesta a familiares, siendo los resultados, tanto de una como de otra encuesta, publicados en las sucesivas memorias anuales de la Asociación Proyecto Hombre.

La realización de la encuesta y la publicación de los datos, refleja un cambio cualitativo importante en la dinámica asistencial. En los años 90, la necesidad de dar respuestas urgentes ya no es perentoria y lo que permite dedicar algún esfuerzo para conocer lo que está ocurriendo y mejorar, desde este conocimiento, la intervención. Toma cuerpo así la idea de no avanzar a ciegas sino conociendo y evaluando aquello que se está haciendo.

En 1994, se dan otros pasos, se mejora el instrumento, se informatiza la recogida de datos y una serie de Programas participan en una experiencia multicéntrica que permitió realizar un análisis sociológico de los residentes en algunos programas locales entre 1991 y 1993². Asimismo en este mismo año se solicita un análisis externo de los datos de los ingresos de 1994, cuyos resultados reflejamos en las páginas que siguen.

¹ Una revisión de los estudios realizados hasta 1992 en España puede encontrarse en Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (1994) "La Evaluación de Programas en Drogodependencias", VOLUMEN I: La situación española, Madrid. GID.

² VILLAREAL, Javier y JUARISTI, Patxi (1994 a). "ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DE LOS RESIDENTES DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE". Documento mimeografiado.

8.1.2. OBJETIVOS

-Realizar un análisis descriptivo de los drogodependientes ingresados en el conjunto de Programas Locales que están confederados en el Proyecto Hombre durante 1994.

-Comparar los resultados de 1994 con los datos disponibles y equivalentes de ejercicios anteriores.

-Comparar los datos correspondientes al Proyecto Hombre con los que aparecen en otras fuentes, singularmente el Sistema Estatal de Información sobre Toxicómanos (S.E.I.T.).

-Avanzar en el análisis de los procesos psicosociales de adquisición de dependencia a drogas, así como de las formas de contacto y motivaciones para acudir al Proyecto Hombre.

8.1.3. METODOLOGÍA

Se parte de dos cuestionarios: el primero se aplica al interno y el segundo a su padre (17,2%), a su madre (58,3%), a ambos (23,7%) u otras personas (0,8%). Ambos cuestionarios se rellenan en una entrevista personal con un staf del Proyecto Hombre que tiene lugar aproximadamente al mes y medio de haberse iniciado el programa. Al mismo tiempo, se rellena la hoja de notificación del S.E.I.T.

El momento en el que se aplica el cuestionario garantiza un nivel de sinceridad bastante elevado, si lo comparamos con aquellos estudios que se basan en entrevistas realizadas en el momento de la demanda o a los pocos días de la misma, pero implica una importante pérdida de casos (entre un 30% y 45% según los años). Un índice de retención entre 55%-70% a los 45 días de la demanda, resulta coincidente con los resultados de otros dispositivos, señalándose asimismo que, a partir de este momento, la cifra de abandonos es mucho menor.

Los datos corresponden a todos los ingresos efectuados en 1994, con independencia de la fecha en la que haya sido aplicado el cuestionario.

En algunos programas locales (práctica que en 1995 se ha generalizado a prácticamente toda la confederación), los datos son grabados sobre un soporte informático en el que se mantiene la identidad de cada uno de ellos. En otros programas locales, los datos se acumulan sobre plantillas por lo que pierden identidad y resulta imposible efectuar cruces. En 1994, cada programa local remitió sus plantillas al programa responsable para dicho año (Galicia), el cual grabó todos los datos sobre la hoja de cálculo EXCEL 5.0, logrando una presentación de los mismos, distribuidos por programa local y sexo y, por supuesto, por cada una de las respuestas a las preguntas del cuestionario, lo que permitió agrupaciones y medias pero ni otros cruces de variables ni análisis más relevantes, como podrían ser análisis de segmentación, conglomerados, clusters, etc... con los que constituir tipologías.

En cuanto a los datos de años anteriores se utilizaron tal y como aparecen en las MEMORIAS de la Asociación Proyecto

Hombre de los años 1990, 1991, 1992 y 1993. Las otras fuentes utilizadas aparecen en el texto, habiéndose excluido expresamente los resultados descriptivos que reflejan las MEMORIAS de algunos Programas Locales, por cuanto la posible comparación con los datos nacionales debe corresponder a cada una de ellas. Asimismo no hemos creído oportuno reflejar coincidencias o disonancias entre Programas Locales, salvo en lo relativo a algunas variables sociodemográficas básicas, por cuanto tales divergencias deberían analizarse en el contexto de algunas diferencias estructurales que aparecen en los distintos Programas Locales.

8.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS BÁSICAS

8.2.1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE INGRESOS, SEXO Y EDAD

El número total de internos (1990 y 1991) o ingresos (1992 a 1994) entrevistados en el Proyecto Hombre aparece en el cuadro I, que muestra una cierta tendencia a la estabilidad, aunque la proporción de casos atendidos por el Proyecto Hombre en relación al total de casos notificados el SEIT muestra cierto descenso a partir de 1992, cuando comienzan a contabilizarse los ingresos retenidos al final del período de orientación en la fase de acogida, en vez de los internos en el Programa a 31 de diciembre. En todo caso la proporción de atendidos en el Proyecto Hombre en relación al conjunto de la red asistencial, debe corregirse excluyendo aquellos que ingresan en Programas de Mantenimiento con Metadona, cuya cifra se ha venido incrementando ostensiblemente desde 1992, y compararlo exclusivamente con los ingresos que corresponden a los Programas Libres de Drogas (PLD).

CUADRO I
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ATENDIDOS Y COMPOSICIÓN SEXUAL DE LOS MISMOS

	1990	1991	1992	1993	1994
Varones	79,8	79,1	80,9	83,6	83,0
Mujeres	20,2	20,9	19,1	16,4	17,0
TOTAL	2.598	3.106	2.150	2.688	3.034
% SEIT	10,3	9,9	5,5	6,8	7,8
% PLD	11,7	11,6	7,3	11,3	14,0

En ambas circunstancias, pero de forma más llamativa si sólo consideramos los PLD, observamos como, desde 1992 el P.H. incrementa su presencia en el sector. En cualquier caso a tales cifras conviene añadir otras matizaciones que refuerzan considerablemente su peso en la oferta asistencial.

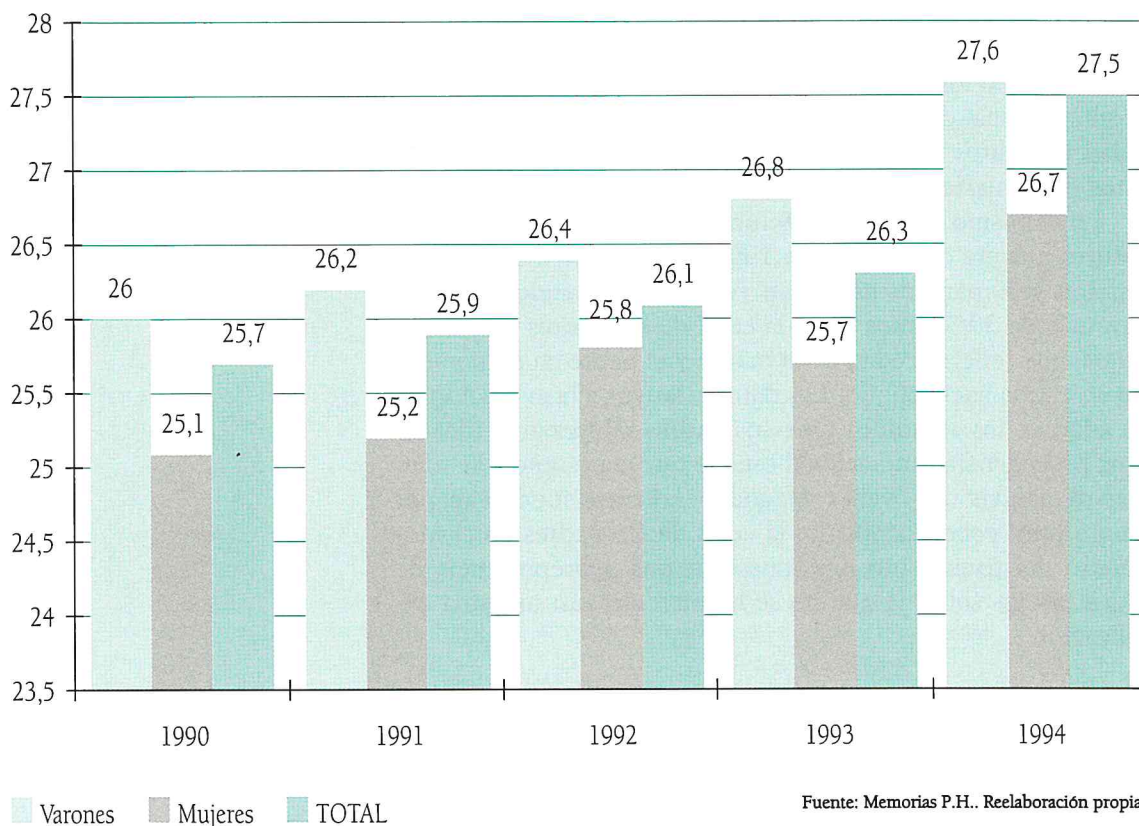
En primer lugar el momento en el que se recogen los datos. En el caso del SEIT la mayoría de los dispositivos completan la Hoja de Notificación, siguiendo las instrucciones del SEIT, “la primera visita que se abre historia clínica, ya sea médica, social o psicológica, en presencia de un profesional”, en cambio, como hemos visto, en el Proyecto Hombre, la recogida de datos se realiza “en el momento que parece más oportuno” al finalizar la fase de orientación (aproximadamente un mes y medio después del ingreso) lo que equivale a “perder” un tercio de los acogidos en origen³, lo que implica, como hemos señalado en el apartado de metodología, que los datos del Proyecto Hombre suponen una minusvaloración de su actividad en relación a otros dispositivos que se ajustan más al criterio SEIT, pero indudablemente las respuestas de los ingresados en Proyecto Hombre, así como las de otros dispositivos que adoptan un criterio similar, son más fiables que las del SEIT al efectuarse cuando el sujeto ya está vinculado al programa y más motivado hacia la sinceridad.

En segundo lugar, la contabilización de los datos en la acogida no permite deducir el peso final de cada intervención que depende de otros factores como duración del Programa, grado de especialización y tasa de retención. En el caso del Proyecto Hombre nos ubicamos en un programa de larga duración y muy especializado, lo que vendría a incrementar notablemente su presencia en el sector, si se hubiera mantenido el criterio de los años 90 y 91 de internos que permanecen en la institución a 31 de diciembre.

Siguiendo con el cuadro I, vemos como en 1994 un 83% de los casos son varones y un 17% mujeres, así como el ligero pero sostenido incremento de la proporción de varones desde 1990. La tendencia en la composición sexual de los atendidos en el PH parece evolucionar en el mismo sentido que los resultados generales, así en 1987 el SEIT recogía 80 varones por cada 20 mujeres y en 1993 se situaba en una proporción 84/16 similar al Proyecto Hombre. En este sentido no parece darse ningún factor de diferenciación sexual ligado a las características del Programa del Proyecto Hombre.

³ Las Memorias de algunos programas locales confirman un índice de retención de aproximadamente 2/3 al finalizar esta fase.

CUADRO II
EVOLUCIÓN DE LAS EDADES MEDIAS DE ATENDIDOS POR SEXO



En cuanto a la edad (Cuadro II) se observa un constante incremento de las edades medias, tanto en hombres como en mujeres, siendo la media de los primeros siempre una año superior a la de las segundas. En cualquier caso, la evolución resulta similar a la que se observa en los datos generales, así en 1987 la edad media recogida en el SEIT era de 24,9 años y en 1993 de 27,2 años, siendo este mismo año la edad media de los varones de 27,3 años y de las mujeres 26,6 años.

La evolución de las edades medias, y la misma distribución de las edades de los ingresos desde 1990, confirma la idea de que estamos ante un único grupo generacional⁴, ya que para todos los años desde 1987 a 1994 tanto para el SEIT como para el Proyecto Hombre, más de un 80% de los varones y el 70% de las mujeres han nacido entre 1960 y 1972, es decir, recogiendo aquellos jóvenes de la tercera generación española de la postguerra que llegan a la adolescencia cuando ya se ha sobrepasado la etapa axiológica de la “ejecución de programas po-

⁴ COMAS, Domingo (1995), “La familia española y las drogas: una perspectiva generacional”, ACTAS PRIMER CONGRESO NACIONAL ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE. Vitoria, Proyecto Hombre.

líticos” y que compartirán con los primeros jóvenes de la cuarta generación la etapa axiológica de “ocupación de actividades puntuales⁵” conformando una única generación desde la perspectiva de su toxicomanía, aunque diferenciada en ciertos aspectos, como los motivos para iniciarse en el consumo⁶, en la frontera actual de los 25-26 años, siendo los mayores de esta edad miembros de la tercera generación y los menores miembros de la cuarta.

En el mismo sentido ha evolucionado la edad media de los padres que era de 54 años en 1991 y ha pasado a 57 para las madres y 59 para los padres en 1994, manteniéndose una diferencia de 30/32 años entre la edad de los padres y la de los hijos, que refleja la edad de la madre y el padre en el momento en el que nació el hijo. Los datos relativos a la evolución de la edad de los atendidos y de sus padres refuerzan la idea de una procedencia generacional estable que la presencia de nuevas demandas de jóvenes drogodependientes modifican por ahora muy poco. Asimismo, la edad de los padres en el momento del nacimiento nos muestran una sobrepresencia de hijos tardíos sobre la que no se ha ofrecido aún ninguna explicación.

8.2.2. DISTRIBUCIÓN POR PROGRAMAS LOCALES

En el cuadro III aparecen, clasificados por programa y sexo, en orden a la antigüedad de cada programa local, los ingresos de 1994, pudiéndose en el mismo observar tanto las notables diferencias en cuanto al tamaño de los diferentes programas locales, con cinco “grandes programas” que acumulan un 50% de la población atendida, algunos “programas medianos” y la mitad que podríamos considerar pequeños programas, la mayoría de reciente creación, como la falta de coincidencia de dichos programas con una única estructura administrativa, lo que implica que cada Programa Local posee una zona de influencia que se corresponde con una determinada área geográfica pero no una referencia administrativa uniforme, existiendo Programas Autonómicos, Provinciales y Locales, algunos con una única estructura asistencial y otros con estructuras en paralelo ubicadas en lugares distintos.

⁵ MARTÍN SERRANO, Manuel (1994), HISTORIA DE LOS CAMBIOS DE MENTALIDADES DE LOS JÓVENES ENTRE 1960 Y 1990. Madrid, INJUVE.

⁶ VILLAREAL, Javier y JUARISTI, Patxi (1994 a), Op. Cit.

CUADRO III
DISTRIBUCIÓN POR PROGRAMA Y SEXO DE LOS INGRESADOS
Y RETENIDOS AL FINAL DEL PERÍODO DE ORIENTACIÓN

	TOTAL	%SOBRE TOTAL	% MUJERES
MADRID	391	12,8	22,5
GUIPÚZCOA	128	4,2	19,5
LEÓN	108	3,5	13,8
ZARAGOZA	108	3,5	29,6
BILBAO	233	7,6	15,8
MÁLAGA	342	11,2	13,4
VALENCIA	328	10,8	16,7
BALEARES	171	5,6	19,2
VITORIA	93	3,0	18,2
OVIEDO	145	4,7	13,1
ZAMORA	90	2,9	16,6
GALICIA	254	8,3	16,5
CANARIAS	150	4,9	5,3
LOGROÑO	32	1,0	18,7
BURGOS	36	1,1	11,1
JEREZ	55	1,8	9,0
NAVARRA	54	1,7	24,0
SEVILLA	117	3,8	11,9
SANTANDER	80	2,6	18,7
GUADALAJARA	38	1,2	28,9
HUELVA	37	1,2	18,9
ALICANTE	24	0,7	29,1
CAM. GIBRALTAR	21	0,6	9,5

El aumento del número de programas no parece disminuir el peso específico de los grandes programas, y así desde 1990, los cinco programas mayores siempre acogen la mitad de los casos ingresados y/o los residentes, en este sentido aparece una clara vinculación entre ingresos en cada programa local, antigüedad del mismo y ubicación en un área geográfica con mucha población. Los datos de la provincia de residencia de los acogidos refuerzan tal vinculación.

En el cuadro IV aparecen la provincia de residencia, el orden de antigüedad del programa local de referencia y el número de ingresos.

CUADRO IV
PROVINCIA DE RESIDENCIA DE LOS SUJETOS ACOGIDOS
EN EL P.H. EN 1994

PROVINCIA	ANTIGÜEDAD	INGRESOS	%
MADRID	1	407	13,8
MÁLAGA	6	284	9,6
VALENCIA	7	269	9,1
VIZCAYA	5	235	8,0
BALEARES	8	175	5,9
ASTURIAS	10	150	5,1
GUIPÚZCOA	2	139	4,7

Resulta bastante claro que la antigüedad, corregido por el factor demográfico, es, al margen de otras consideraciones, el principal factor para explicar el tamaño de cada programa local, lo que vendría a indicar que no existe un perfil local de toxicómano mejor adaptado al Proyecto Hombre.

Sin embargo, tal situación no produce uniformidad en el perfil de los atendidos, de entrada la proporción varón/mujer (Cuadro III) es muy distinta en cada programa, desde un 29,6% de mujeres en el de Zaragoza hasta un 5,3% en el de Canarias.

Si consideramos el hecho de que las bases en los programas locales medios y grandes, son suficientes para contrarrestar desviaciones estadísticas y las diferencias en la composición sexual lo suficientemente amplias para resultar significativas, parece convincente sostener que si bien es cierto, como hemos visto, que las variaciones locales no afectan la dinámica del Programa del Proyecto Hombre, algunas variables concretas pueden determinar adaptaciones particulares y por tanto perfiles distintos en el seno de cada programa local. La descripción y explicación de tales perfiles particulares no está, como ya se ha explicado, entre los objetivos del presente trabajo.

CUADRO V
PROPORCIÓN DE RESIDENTES Y AUTÓCTONOS EN EL
ÁREA DEL PROGRAMA

	TASA RESIDEN.	TASA AUTO SUJETO		TASA AUTO PADRES	
MADRID	75,6	74,4	71,2	29,0	27,2
GUIPÚZCOA	97,0	85,4	80,0	38,5	37,1
LEÓN	89,2	72,0	86,6	73,0	71,7
ZARAGOZA	84,2	61,8	68,7	47,0	49,4
BILBAO	97,0	84,0	83,7	42,4	38,0
MÁLAGA	84,4	66,2	50,0	55,5	61,7
VALENCIA	83,1	69,2	69,0	57,1	46,1
BALEARES	99,2	71,1	81,8	43,8	46,9
VITORIA	59,1	28,9	47,0	9,5	15,9
OVEDO	100,0	84,1	89,4	64,7	69,1
ZAMORA	61,3	72,0	53,3	50,7	52,9
GALICIA	100,0	92,9	92,8	92,8	96,4
CANARIAS	98,5	93,9	(1)	92,8	94,2
LOGROÑO	61,5	46,1	(1)	40,0	48,0
BURGOS	84,3	59,3	(1)	78,0	78,9
JEREZ	78,0	72,0	(1)	62,0	59,3
NAVARRA	97,5	78,0	100,0	73,2	60,7
SEVILLA	82,3	66,6	64,0	66,3	71,1
SANTANDER	93,8	78,4	66,6	86,9	78,7
GUADALAJARA	74,0	59,2	(1)	—	—
HUELVA	100	83,3	(1)	82,3	85,2
ALICANTE	—	—	—	—	—
CAM. GIBRALTAR	84,2	81,4	(1)	72,2	81,8

(1) Base insuficiente.

8.2.3. NATIVOS Y EMIGRANTES

Tradicionalmente se ha atribuido a la condición de emigrante un riesgo diferencial en relación al consumo de drogas y a las drogodependencias, y a pesar del desmentido de diversos estudios⁷ no cabe duda que dicho estereotipo sigue pesando mucho tanto en el imaginario social (las drogas son siempre cosa de los “de fuera”) como en el de los profesiona-

⁷ COMAS, Domingo (1994). “LOS JOVENES Y LAS DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS AÑOS 90”. Madrid, INJUVE.

les (la emigración como un factor de desestructuración personal y familiar). Los resultados del Proyecto Hombre de 1994, refuerzan la falta de relación entre condición de emigrante y drogas.

El cuadro V en el que aparecen varias columnas, muestra: 1) la proporción de residentes actuales en el área provincial donde se ubica cada programa local para referenciar cada una de las columnas siguientes, 2) la tasa de sujetos nativos (por provincia de nacimiento) en cada área, divididos en varones y mujeres y 3) la tasa de madres o padres nativos en la misma área para cada sujeto.

Un somero vistazo a los resultados nos permite afirmar que la proporción de nativos, en relación a los residentes de cada provincia, es mayor o igual según los casos que la proporción de nativos en la población general de la misma. Si nos atenemos a criterios de edad y provincia de nacimiento según el censo de 1991, incluida la generación de los padres en Madrid, Guipúzcoa, Vizcaya, Baleares y Valencia, lo que significa que los drogodependientes que atiende el Proyecto Hombre reflejan una mayor presencia del riesgo “ser nativo” que el riesgo “ser emigrante”, coincidiendo en este aspecto con los estudios antes mencionados.

Los únicos casos que parecen desmentir este principio son Victoria, La Rioja y en menor medida Burgos y Zaragoza, pero podemos observar también como tales programas locales arrojan las mayores tasas de atención a sujetos procedentes de otras zonas lo que nos impide considerar seriamente sus resultados.

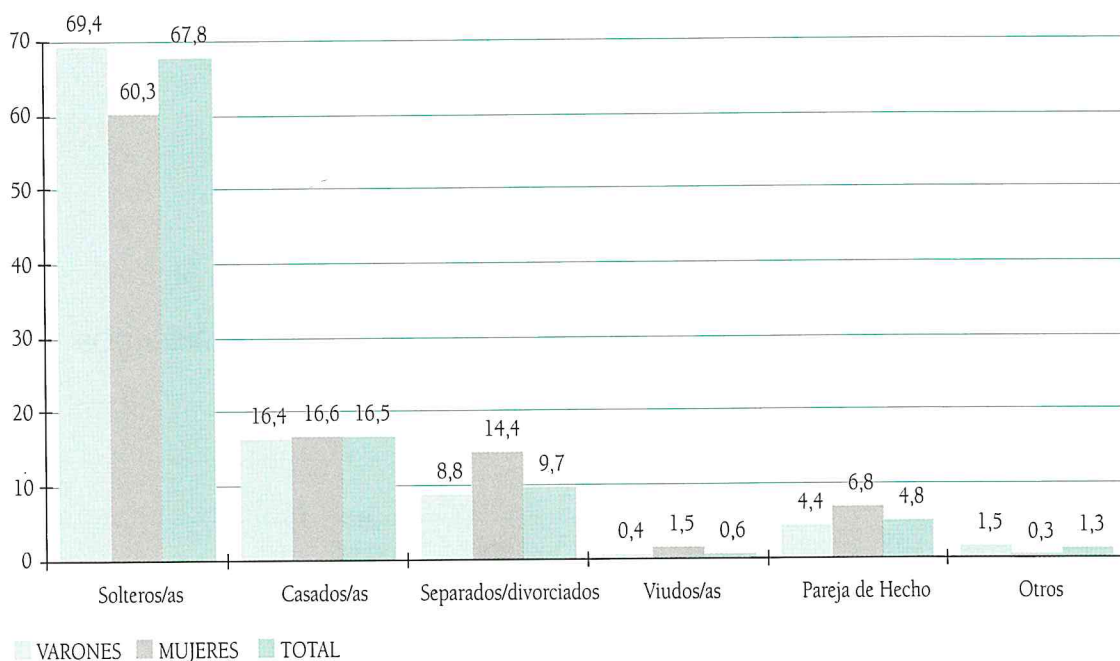
La individualización estadística de los casos nos permitiría calcular, caso por caso y provincia, la condición de emigrante del sujeto, así como de uno o ambos padres, pero en cualquier caso la condición de emigrante del ingreso se movería entre el 10%-15% y de los padres entre 25%-35%, algo muy moderado teniendo en cuenta la trayectoria migratoria de nuestro país entre 1950 y 1970.

8.2.4. ESTRUCTURA SOCIOFAMILIAR

El cuadro VI muestra el Estado Civil de los acogidos por sexo, reflejando un claro predominio de solteros y solteras sobre las demás situaciones, más significativo si tenemos en cuenta la edad media de los sujetos y el estado civil del resto de los españoles en la misma edad en la que aparece, entre 25 y 29 años, un 57% de mujeres y un 31% de varones casados⁸. Asimismo, debemos mencionar que esta tasas se mantienen casi sin modificación desde 1990, cuando en el mismo período la edad media se ha incrementado casi dos años.

⁸ NAVARRO, Manuel y MATEO, María José (1994). INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA. Madrid, INJUVE

CUADRO VI
ESTADO CIVIL POR SEXO



Cabe mencionar que hay más mujeres separadas y divorciadas, así como viudas, que varones y que tales cifras son superiores a colectivos sociales generales de las mismas edades, el resultado es aún más llamativo si tenemos en cuenta la baja proporción de casadas (un 45% de las que se casan se divorcian o separan y un 5% enviudan), lo que nos indica que este resultado puede atribuirse a la drogodependencia propia o a la del marido.

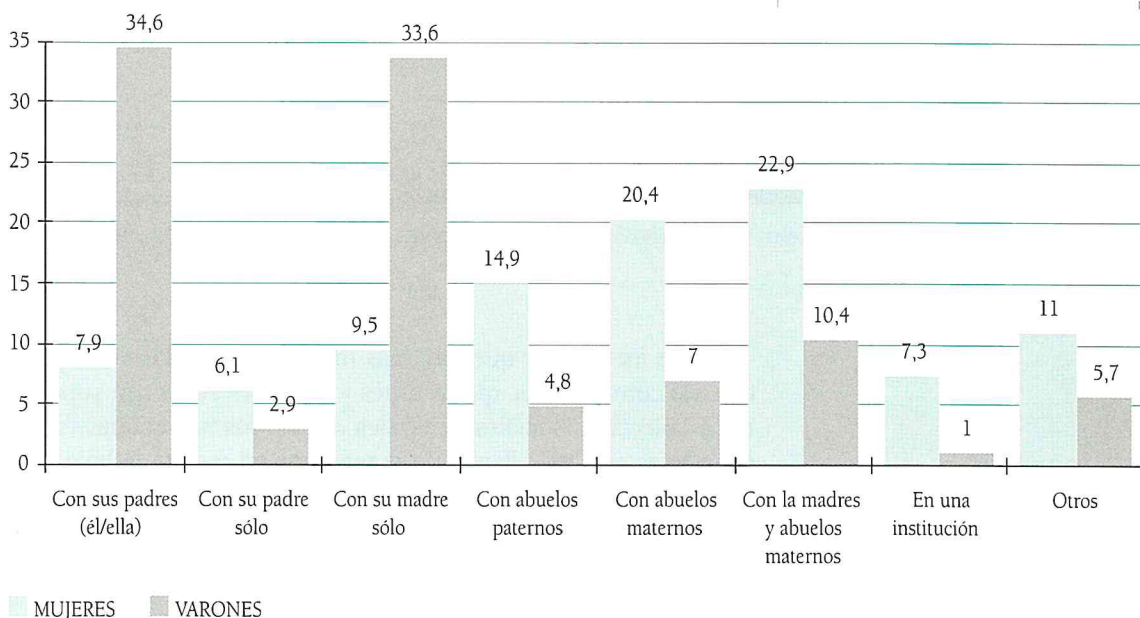
En todo caso la estabilidad de las cifras refuerza la idea de una generación con un perfil demográfico fijo, no sólo mientras siguen consumiendo drogas, sino incluso posteriormente, ya que si bien es cierto el Programa aumenta el número de casados, también aumenta las separaciones y divorcios especialmente entre las parejas consumidoras⁹.

Lógicamente el número de hijos es muy bajo pero superior al que podría esperarse ya que un 41,2% de los varones y un 42,75 de las mujeres tienen algún hijo, lo que implica que la categoría de solteros/as también tienen hijos. La media de hijos resulta casi normal para tales edades (1,24 hijos por mujer con hijos y 1,44 hijos por varón con hijos) lo que no deja de ser también bastante sorprendente, por tratarse éste de un cierto incremento en relación a datos anteriores del Proyecto Hombre, lo que quizás nos indicaría que el grupo se ha congelado o fijado en relación a otras pautas pero no al hecho de tener hijos.

⁹ ORELLANA, Manuel (1995). "Aproximación al abordaje de la monoparentalidad en la fase de reinserción". ACTAS PRIMER CONGRESO NACIONAL ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE. Vitoria. Proyecto Hombre

Tales hijos son niños menores de 12 años en un 85%, pero sólo con menos de tres años en un 18% lo que indicaría que la demanda de tratamiento en el P.H. no está directamente relacionada con “tener un hijo”. En el caso de los varones tales hijos viven con sus padres o con sólo la madres, mientras que en el caso de las mujeres viven con los abuelos (Cuadro VII). Cabe tener en cuenta que en el momento de la entrevista los sujetos inician su tratamiento en el Proyecto Hombre lo que suele implicar algún tipo de estrategia de apoyo familiar para aquellos que tienen hijos.

CUADRO VII
RESIDENCIA DE LOS HIJOS SEGÚN SEXO DE LOS PADRES INGRESADOS

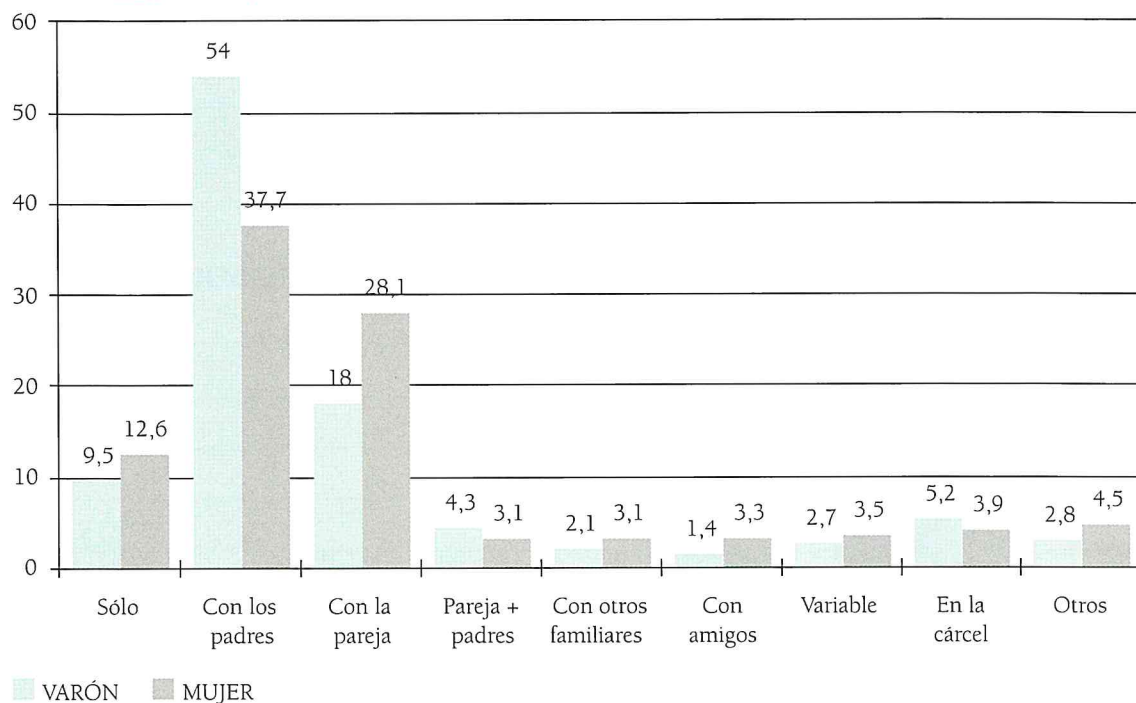


En resumen, vemos como las madres retienen a sus hijos en un 40,3% de los casos y los padres en un 37,5%, pero en esta última situación sólo se da cuando la pareja se mantiene. En cambio las mujeres retienen más a los hijos cuando la pareja se deshace que cuando siguen conviviendo con el marido que como veremos es, en la mayoría de los casos, drogodependiente.

En cuanto al número de hermanos nos encontramos con una media de 3,8 hermanos ligeramente superior a la del grupo de edad 25-29 años (3,4) en la población general, ocupando más los lugares intermedios que los mayores o menores dentro del grupo de hermanos.

Finalmente en concordancia con el Estado Civil y los otros datos familiares que venimos reflejando el lugar mayoritario de residencia es la casa de los padres seguida de la convivencia autónoma con la pareja, con notable presencia de otras situaciones de residencia (Cuadro VIII), cabe indicar que las mujeres viven más con la pareja o solas que con los padres, siendo ésta una situación que se viene reiterando desde 1990.

CUADRO VIII
RESIDENCIA HABITUAL ANTES DE COMENZAR EN EL PROGRAMA



Debemos añadir que la residencia previa “cárcel” que se mantenía fija desde 1990 (en torno al 2%) ha llegado a un 5% en 1994, en concordancia con el desarrollo y captación de casos en los Programas de Cárceles en los últimos años.

Para complementar el perfil familiar cabe mostrar la situación de los padres de los ingresos, estando la mayoría casados (un 71,9%) o siendo viudos/as (un 16,6%), un 5,8% está separado y un 4,2% divorciado, cifras que en nada se alejan de la media de la población general española con hijos adultos.

Sin embargo, resulta un poco llamativo el tamaño tan poco “nuclear” de las familias, tanto por el número de hijos (hermanos del sujeto) como otros familiares que permanecen en la unidad doméstica, así aparece una media de dos hijos por familia (hermanos del sujeto), un 28,7% incluyen los padres (abuelos del sujeto), un 10,39% nueras o yernos (pareja o cuñado/a del sujeto), u 31,0% con nietos (hijos o sobrinos del sujeto) y un 16,2% con otros familiares.

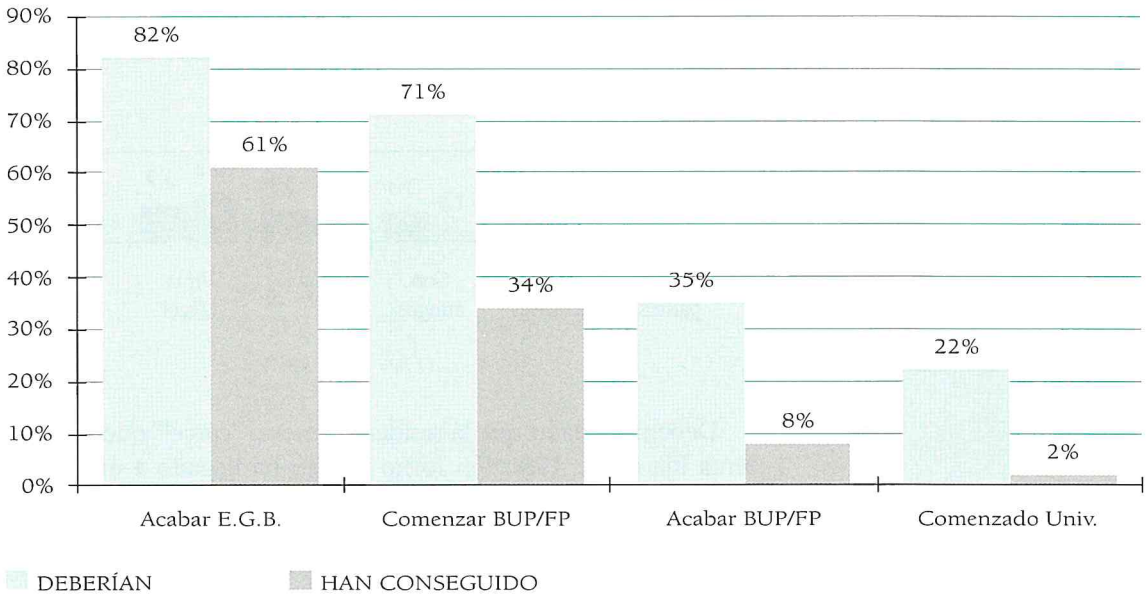
8.2.5. TRAYECTORIA ESCOLAR

Hemos intentado mostrar de forma sintética la trayectoria escolar de los sujetos que se están analizando y que aparece reflejado en el gráfico I, en el que se comprueba como casi todos ellos fueron escolarizados pero más de una tercera parte no acabaron la E.G.B. y sólo un 8% la etapa de Enseñanzas Medias, siendo un 0,9% los que concluyen Estudios Superiores.

Comparando estos datos con los de una población de la misma edad y en los años que deberían haber realizado estos es-

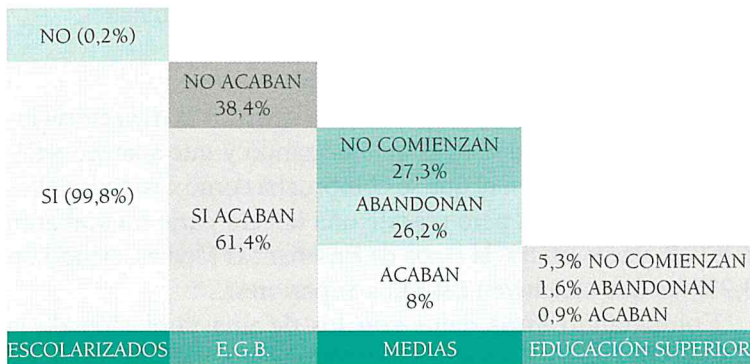
tudios (tomamos los datos de la Estadística Escolar del MEC para el curso 1986-87 para comparar la situación en Enseñanzas Medias y la de 1981-82 para E.G.B.) podemos constatar un extraordinario déficit escolar en el colectivo (Cuadro IX), así deberían haber concluido la E.G.B. un 82% de ellos, deberían haber iniciado la etapa de medias un 71% y haber acabado un 35%, de los cuales un 22% habría pasado a la Universidad.

CUADRO IX
COMPARACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ESTUDIOS QUE DEBERÍAN HABER ALCANZADO Y EL QUE HAN CONSEGUIDO



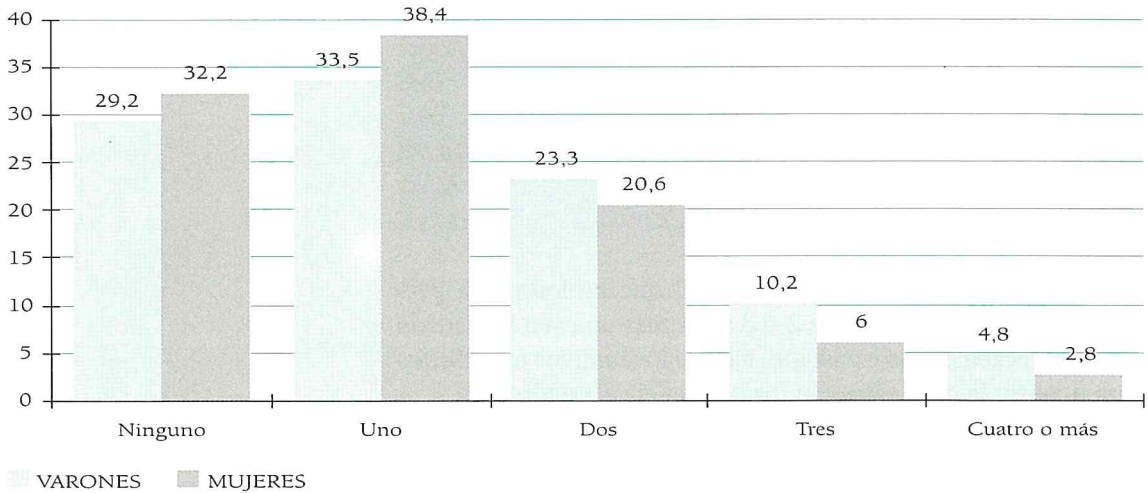
Tales resultados reflejan una realidad que ya hemos expuesto en otros textos: La drogodependencia se relaciona con una crisis educativa que se inicia en la primera adolescencia. Tal resultado nos permite reiterar de nuevo la responsabilidad del Sistema Educativo que excluye tales casos, que no son necesariamente de consumo de drogas, en vez de intervenir y recuperarles.

GRÁFICO I
TRAYECTORIA ESCOLAR

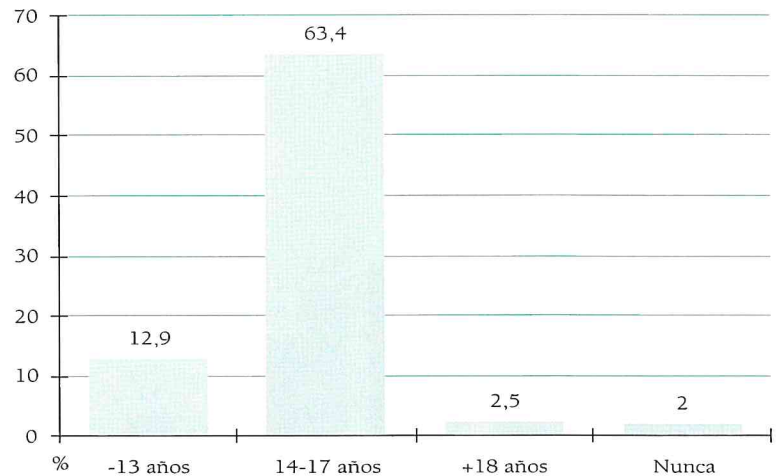


Se puede alegar que la alta tasa de abandono en E.G.B. y en la transición entre E.G.B. y Medias (un 65,7% no llega a Medias) implica que tales adolescentes no están en el Sistema Escolar y por tanto desde la escuela no se puede hacer nada. Pero esto no es cierto cuando vemos, por un lado, el número de cursos que han repetido (Cuadro X) y por otro la edad en la que abandonaron el Sistema Escolar.

CUADRO X
NÚMERO DE CURSOS REPETIDOS



CUADRO XI
EDAD DE ABANDONO DE LOS ESTUDIOS



Es decir, estamos ante un grupo que se mantiene dentro del sistema repitiendo cursos y cambiando de centro con una gran frecuencia (Cuadro XII), es decir, “falta de aprovechamiento escolar¹⁰” antes de abandonar la escuela sin concluir los estudios, lo que implica que la crisis escolar de estos alumnos tiene lugar en el seno o

¹⁰ RECIO, Juan Luis (1991). “EL PAPEL DE LA FAMILIA, LOS COMPAÑEROS Y LA ESCUELA EN EL ABUSO ADOLESCENTE DE DROGAS”. Madrid, CRE.

mientras mantienen el contacto con el Sistema Escolar¹¹. Si tenemos en cuenta la edad actual de los ingresos en el Proyecto Hombre y la edad en la que dicha situación se produjo resulta obvio que éstos son los frutos del fracaso escolar en la primera mitad de los años 80.

CUADRO XII CAMBIO DE CENTRO

* EN E.G.B. CAMBIAN ALGUNA VEZ EL 98,7%

- Un 53% una vez
- Un 28% dos veces
- Un 17% tres o más veces

* EN BUP/COU CAMBIAN ALGUNA VEZ EL 25%

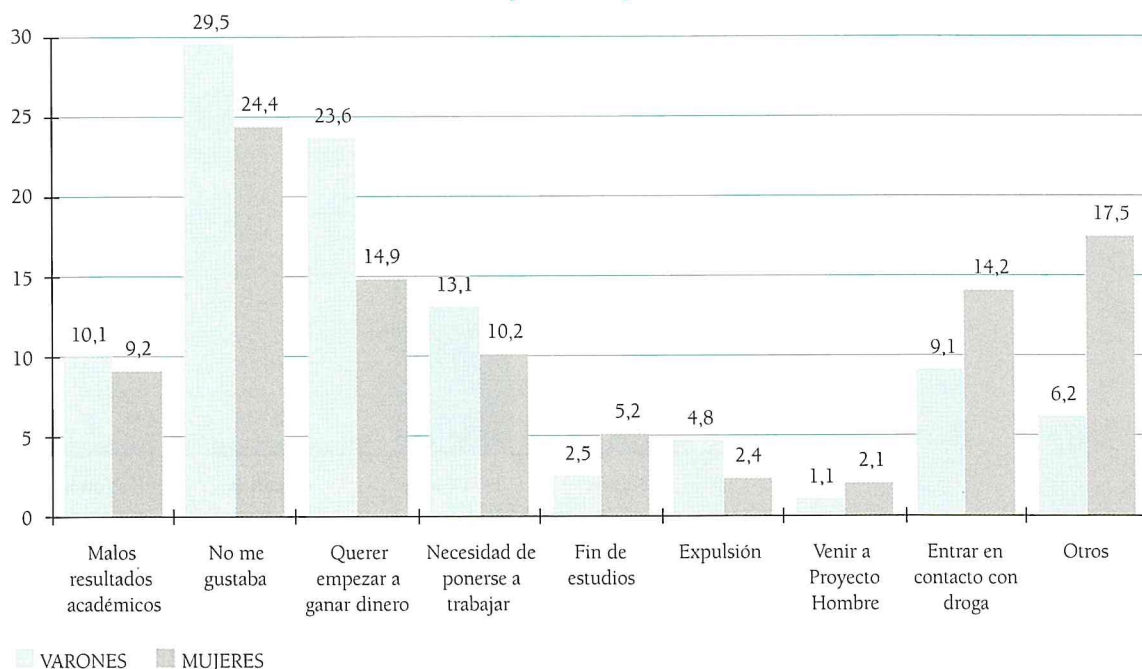
- Un 15% una vez
- Un 7% dos veces
- Un 3% tres o más veces

* EN F.P. CAMBIAN ALGUNA VEZ EL 33%

- Un 26% una vez
- Un 5% dos veces
- Un 2% tres o más veces

Repeticiones, prórrogas y movilidad que prolongan la permanencia en el sistema entre 2 ó 3 años más una vez iniciada la crisis que acaba con la exclusión, siendo los motivos expresados para finalizar la escolarización los que refleja el cuadro XIII.

CUADRO XIII MOTIVOS PARA DEJAR DE ESTUDIAR (posible respuesta doble)

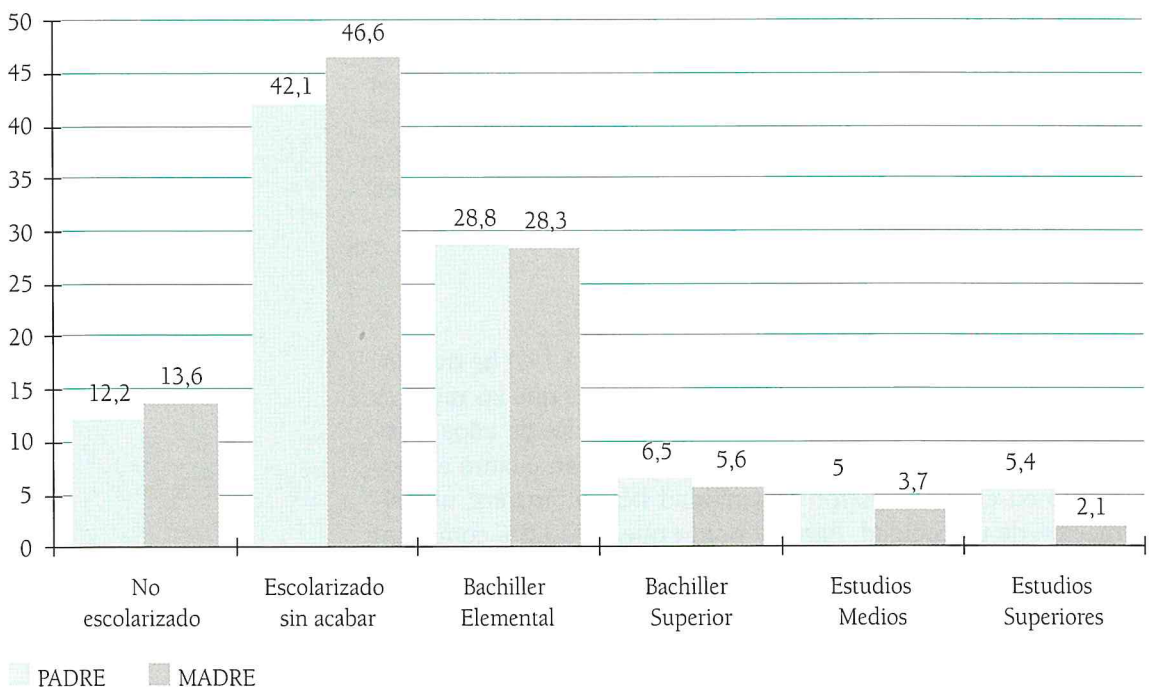


¹¹ COMAS, Domingo (1990). EL SÍNDROME DE HADDOCK ALCOHOL Y DROGAS EN ENSEÑANZAS MEDIAS. Madrid, CIDE.

Debemos retener la importancia atribuida a las alternativas laborales, especialmente entre los varones (36,7%), frente a la realidad de la exclusión del sistema, es decir, ellos no lo viven tanto como un fracaso (el educativo) sino como una oportunidad (laboral y económica). Cabe señalar que cuando esta crisis escolar llega a su resolución, muy pocos han entrado en contacto con las drogas (como veremos al estudiar la edad inicio, Cuadro XXII), lo que confirma que la crisis escolar precede a las drogas.

Un resultado muy relevante se refiere a la comparación en el nivel de estudios entre padres e hijos, por cuanto la generación española que corresponde a los padres se sitúa en un bajo nivel de estudios, así al aprobarse la Ley General de Educación el curso 1963-64, fecha en la que la mayoría de los padres habían acabado o acababan sus estudios, sólo un 56,4% de niños estaba escolarizado entre 4 y 10 años, 21,1% entre 11 y 14 años (Bachiller elemental), 10,7% entre 15-17 años (Bachiller superior) y 5% entre 18 y 23 años (títulos medios y superiores), si comparamos tales resultados con el nivel de estudios de los padres de la muestra (Cuadro XIV) resulta evidente que nos encontramos frente a un colectivo que ha alcanzado un nivel de estudios¹² superior a la media de su generación.

CUADRO XIV
NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES



¹² Debe tenerse en cuenta que al no poder comparar tales niveles de estudios con un grupo de población general con la misma composición por edades, nos hemos limitado a la hipótesis comparativa más favorable para los padres, el curso 1963-64.

En conclusión, los padres no presentan ningún déficit escolar, más bien un cierto superávit, mientras los hijos drogodependientes muestran un déficit tal que, aún siendo la escolarización uno de los componentes que a nivel general más positivamente ha cambiado entre ambas generaciones implica un retroceso en relación a sus padres. Es cierto que muestran un perfil de mejoría en la etapa inicial, hasta los 14 años, pero luego empeora su cualificación en las etapas posteriores, lo que equivale a decir que, pudiendo ser cierto que la, drogodependencia se relaciona con el bajo nivel de preparación de algunos padres¹³, también es cierto que con independencia de este factor debemos destacar la crisis personal que aparece, y no se resuelve, en la adolescencia y que excluye del sistema educativo.

Finalmente constatar que la proporción entre aquellos que han estudiado en centros públicos y en centros privados (según el tipo de centro que estudiaron más años) se mantiene sobre los datos del alumnado en centros públicos y privados, un 63% lo ha hecho en centros públicos (un 66% de alumnado en 1986-87) y un 35% en privados (un 34% del alumnado en 1986-87). Sin embargo, la proporción entre privados religiosos y privados laicos resultó muy desigual, así un 24% de los acogidos procede de colegios religiosos (un 16% del alumnado) y un 11% de laicos (un 17% del alumnado en 1986-87), siendo la explicación un mayor peso para las mujeres que proceden de colegios religiosos (un 36% de las ingresadas en 1994), lo que resulta contradictorio con los resultados de las encuestas de consumo en escolares¹⁴ en las que los colegios privados Laicos parecen, por su composición sexual, los más afectados por la experiencia con drogas o alcohol, tales diferencias cabe atribuirles a algunos componentes estructurales del Proyecto Hombre.

8.2.6. TRAYECTORIA LABORAL

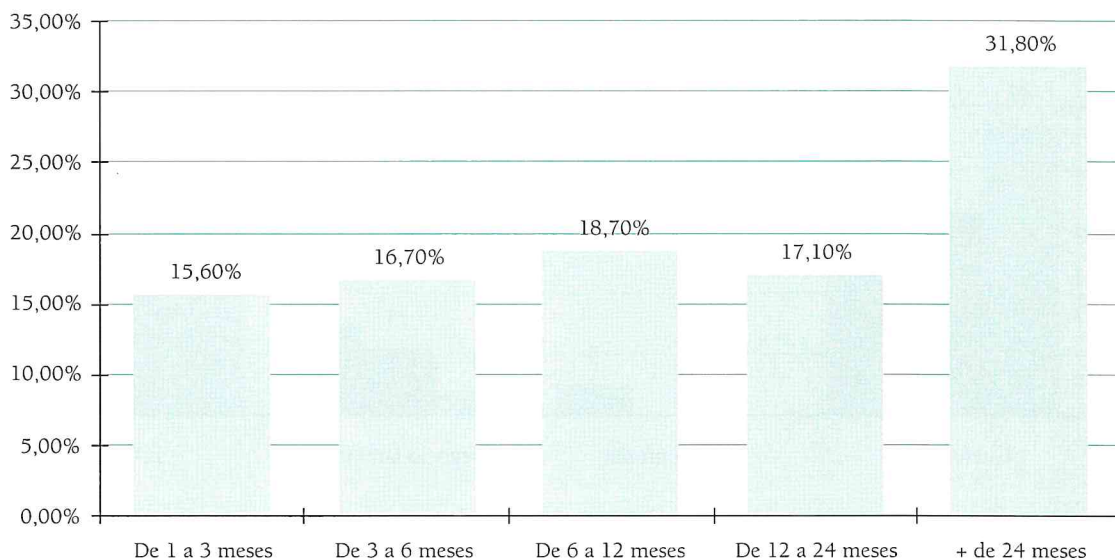
La casi totalidad de los entrevistados (un 95,1%) ha trabajado en alguna ocasión, más los varones (96,3%) que las mujeres (89,4%), siendo tales cifras coincidentes con las de años anteriores (un 93% en 1991 y un 95% en 1993), en cuanto el momento en el que iniciaron la actividad laboral aparece una situación de precocidad, hasta el punto que un 23,8% comenzaron a trabajar de forma ilegal antes de los 14 años y un 58,9% antes de los 16 años. No se trataba, además, de empleos demasiado precarios, si observamos los datos del cuadro XV y tene-

¹³ COMAS, Domingo (1990), Op. Cit. y RECIO, Juan Luis (1991), Op. Cit.

¹⁴ COMAS, Domingo (1990), Op. Cit.

mos en cuenta la edad de inicio y la situación del mercado de trabajo en las fechas y edades correspondientes (primera mitad de los años 80).

CUADRO XV
TIEMPO DE DURACIÓN DEL PRIMER EMPLEO



El hecho de que un 23,8% de los casos accedieran, de manera ilegal, al trabajo antes de los 14 años (y dos tercios antes de los 16) y que este primer empleo, para todos ellos, supusiera un tan alto grado de estabilidad, refuerza la idea de que la exclusión escolar, es al menos para un sector importante de sujetos, una combinación de crisis en los estudios y existencia de alternativas laborales, confirmando los resultados de otros estudios que muestran como los adolescentes que abandonan el sistema escolar tras algún problema en el mismo y comienzan a trabajar, beben más alcohol y consumen más drogas que aquellos de las mismas edades que se mantienen escolarizados¹⁵.

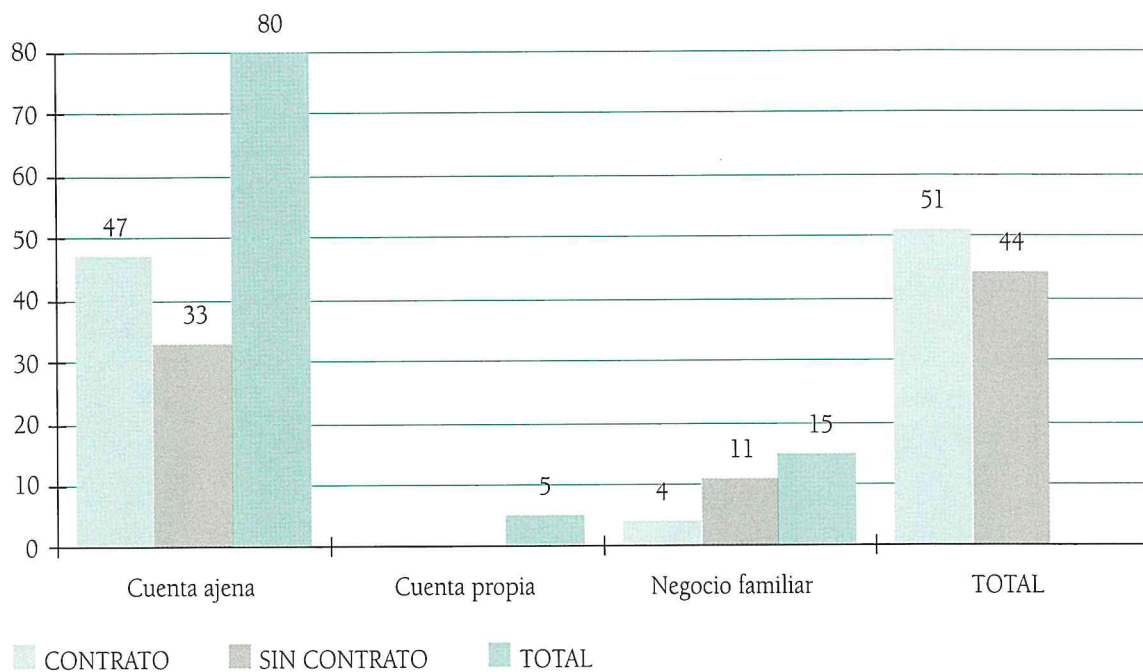
También es cierto que el grupo de mayor consumo es aquel que permanece enquistado en el sistema escolar repitiendo curso y cambiando de centro, lo que equivale a afirmar, para los padres y profesores, que ambas estrategias (excluir y remitir al mundo laboral o mantener la situación de fracaso en el interior del sistema) son poco efectivas, siendo la resolución de la crisis misma la mejor alternativa¹⁶.

La estabilidad se corrobora con el tipo de relación laboral dominante (Cuadro XVI), trabajo por cuenta ajena con con-

¹⁵ JAVIER ELZO define a tales casos como "adolescentes con el bolsillo caliente", como paradójica e inesperada consecuencia de un conflicto familiar y el fracaso escolar. ELZO, JAVIER (1989). "LOS JÓVENES Y SU RELACIÓN CON LAS DROGAS". Vitoria, Gobierno Vasco.

¹⁶ COMAS, Domingo (1990) Op. Cit.

CUADRO XVI
TIPO DE RELACIÓN LABORAL EN EL PRIMER TRABAJO



trato laboral a pesar de la edad y tratarse de un primer trabajo. Cabe destacar la notable incidencia de las opciones de ayuda familiar.

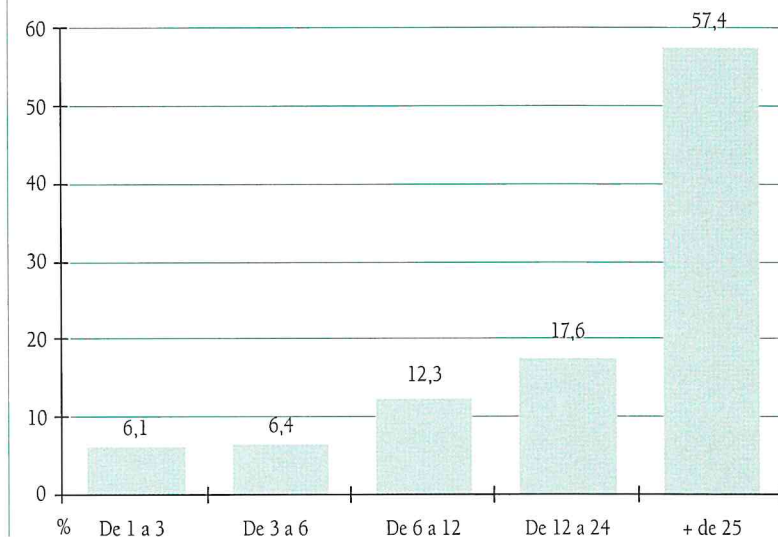
En cuanto a las causas para dejar este primer empleo, un 7,5% no lo había dejado en el momento de ingresar en el Proyecto Hombre (aunque 2 de cada 3 lo harían para poder seguir el Programa), un 17% lo dejó porque encontró un trabajo mejor, un 29% (especialmente mujeres con un 35%) lo dejaron voluntariamente y un 31% fueron despedidos, cesados o no se les renovó el contrato. Es decir, la inestabilidad no es tanta (al menos para un cierto grupo) si consideramos la edad y las circunstancias.

Entre tales circunstancias cabe destacar que sólo un 25,7% de los jóvenes 16-29 años de la población general que trabajaban en 1994 lo hacía por cuenta ajena con un contrato fijo, un 46,2% con contrato temporal y un 28,1% sin ningún tipo de contrato. El autoempleo y la ayuda familiar representa un 30,8% de los jóvenes trabajadores¹⁷.

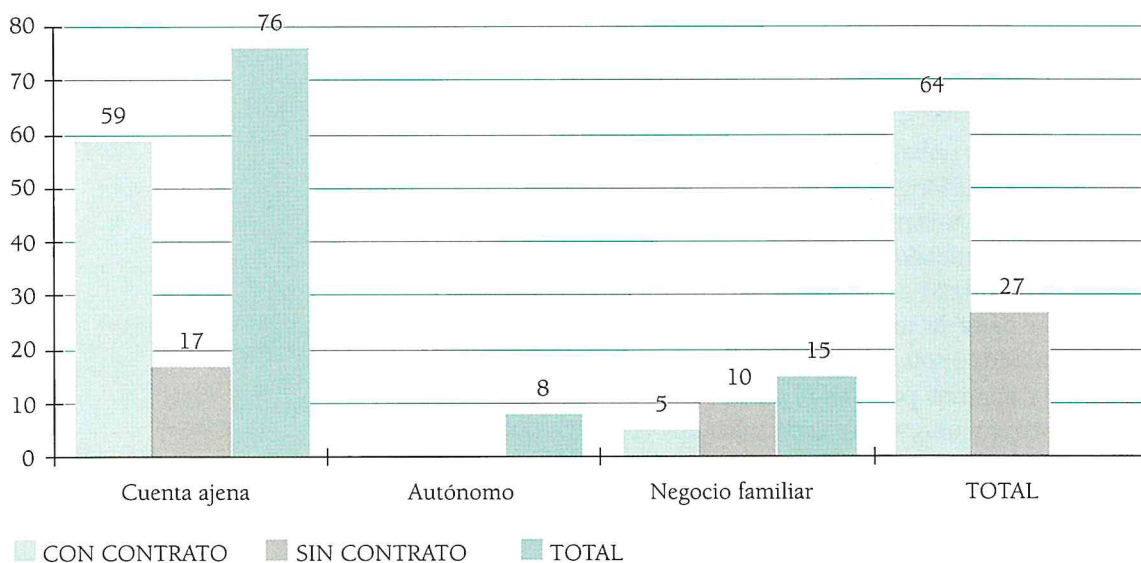
Si comparamos tales datos con el tiempo de duración del trabajo principal (Cuadro XVII) y el tipo de relación laboral mantenida (Cuadro XVIII) el resultado aún resulta más llamativo.

¹⁷ COMAS, Domingo (1990) Op. Cit.

CUADRO XVII
DURACIÓN DEL TRABAJO PRINCIPAL



CUADRO XVIII
TIPO DE RELACIÓN LABORAL EN EL TRABAJO PRINCIPAL



Asimismo vemos como partiendo del “trabajo principal” los motivos para dejarlo varían ostensiblemente, a favor de la estabilidad, un 20% no lo había dejado (de nuevo 2/3 lo dejaron al llegar al Proyecto Hombre), un 7% porque encontró mejor trabajo, un 26% de forma voluntaria y un 30% fue cesado, despedido o no se le renovó el contrato.

También es cierto, y sin duda un factor vinculado al fracaso escolar que la mayoría, trabajan en actividades muy poco cualificadas (Cuadro XIX), ellos como peones, en hostelería y en comercio, ellas en hostelería, servicio doméstico y en comercio.

CUADRO XVIII

CATEGORÍAS PROFESIONALES PRINCIPALES POR SEXO

	VARONES
PEONES Y OBREROS NO ESPECIALIZADOS	23,5
HOSTELERÍA Y SERVICIOS PERSONALES	14,2
DEPENDIENTES COMERCIO	9,8
TRABAJADORES ESPECIALIZADOS CONSTRUCCIÓN	9,5
OPERADORES INDUSTRIALES	8,6
TRABAJADORES ESPECIALIZADOS MINERÍA	5,9
ADMINISTRATIVOS	4,2
AGRICULTORES	4,2
TRABAJADORES ESPECIALIZADOS INDUSTRIA	4,1
PROFESIONALES FUERZAS ARMADAS	3,9
TOTAL	87,9
	MUJERES
HOSTELERÍA Y SERVICIOS PERSONALES	21,0
SERVICIO DOMÉSTICO	16,0
DEPENDIENTES COMERCIO	14,9
ADMINISTRATIVOS	11,8
PEONES Y OBREROS NO ESPECIALIZADOS	7,9
TRABAJADOR ESPECIALIZADO INDUSTRIA	5,5
TRABAJADOR ESPECIALIZADO CONSTRUCCIÓN	3,5
TOTAL	80,6

Parece muy interesante la relación entre la situación y actividad laboral de los padres y madres y la de los hijos. Así la mayoría de madres (un 65,9%) son amas de casa mientras sus hijas trabajan, algunas madres trabajan (20,5%), otras están separadas (3,3%) y algunas son pensionistas o jubiladas (5,9%). En cuanto a las que trabajan más de un tercio (37%) lo hacen en el servicio doméstico, y algunas en comercio (12%), hostelería (12%) y como obreras no especializadas (9%) siendo las otras ocupaciones irrelevantes.

Por su parte la mayor parte de padres trabajan (41,4%) o están jubilados o son pensionistas (31,9%), numerosos fallecidos (12,2%) y algunos parados (11,1%), los que trabajan lo hacen como peones y obreros no especializados (18,1%), trabajadores especializados de la construcción (11,4%), de la industria (8,8%), agricultores (8,1%), trabajadores especializados de la minería (8,0%), operadores industriales (7,6%) y administrativos (6,1%). Un 10,7% de los padres se ubican en tareas técnicas de diferente nivel en diversos sectores, cuando sólo un 4,5% de los varones y un 8% de las mujeres ingresadas en el Proyecto Hombre ocupan puestos similares.

El resultado parece lógico, los hijos (y especialmente las hijas) mantiene un buen ritmo de actividad laboral, más incluso que los jóvenes de su generación, pero mientras los jóvenes españoles han ascendido en la escala de cualificación en relación a sus padres, los drogodependientes ingresados en el Proyecto Hombre han descendido en relación a sus propios padres ¿se trata sólo del efecto del fracaso escolar o debemos atribuirlo a la drogodependencia?. Es decir, ¿qué es más importante desde la perspectiva de

los objetivos resocializadores? ¿la crisis escolar que conduce a la drogodependencia o la drogodependencias misma?.

8.2.7. TRABAJO Y DROGAS

Para los propios protagonistas el problema principal parecen ser las drogas, ya que un 74% piensa que su vida laboral (que podemos considerar una metáfora de toda su vida) se ha visto modificada por su contacto con las drogas. Pero sin duda tal visión, siendo cierto, olvida el factor desencadenante (la crisis escolar) que incluso para muchos de ellos fue posiblemente vivida de forma positiva (abandonar una escuela que no les gustaba y comenzar a trabajar). El Cuadro XX, muestra ambas situaciones con claridad, al comenzar la drogodependencia, más o menos al final de la adolescencia como veremos, los ingresos en el Proyecto Hombre en 1994 mostraban un perfil de integración sociolaboral superior a los jóvenes de su edad la mayoría de los cuales seguían estudiando¹⁸, pero en el momento de realizar la demanda la situación sociolaboral se había deteriorado y sin duda era peor que la de otros jóvenes de la misma edad en este momento.

Además si contemplamos en perspectiva la evolución de tales datos se puede constatar un creciente deterioro de la situación sociolaboral entre los toxicómanos que realizan demanda asistencial, así en un censo de 6.369 casos que habían ingresado en diversos centros, incluidos los del Proyecto Hombre, entre 1984 y 1986, un 39,6 estaba trabajando y un 37,5% en paro. También es cierto que su edad media era entonces de 23 años¹⁹.

El Cuadro XX resulta así muy revelador, la drogodependencia surge en una situación de desequilibrio entre lo laboral y lo escolar y en su proceso reinvierte los términos del desequilibrio y genera un déficit sociolaboral, lo que explicaría la focalización de la intervención asistencial sobre dos líneas de objetivos, aquellos que intentan reconducir el proceso del sujeto adulto y aquellos, mucho más importantes, que le van a reeducar en hábitos que no adquirió en la escuela. En cualquier caso se trata de una reeducación particular, cuyo objetivo no es tanto “volver a la escuela²⁰” como aprender a funcionar en el mundo de forma pragmática, de ahí que los internos en fase de reinserción valoren más el soporte instrumental que el emocional o el tratamiento²¹.

¹⁸ En 1979 según la Encuesta de Población Activa (EPA) estudiaban el 46% de los jóvenes 16-19 años y trabajaban un 44%, en los diez años siguientes a la proporción de estudiantes se incrementa hasta un 50% en 1988 mientras que los que trabajan descienden hasta un 38%.

¹⁹ COMAS, et al (1992). “LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO, UNA EXPERIENCIA METODOLÓGICA”. Madrid. GID/FUNDAMENTOS.

²⁰ Aunque algunos si “volverán a la escuela” reiniciando estudios que dejaron pendientes, especialmente FP y Universitarios. MUÑOZ FERNÁNDEZ, MERCEDES (1994) ESTUDIO SOBRE ALTAS TERAPÉUTICAS DEL “PROYECTO HOMBRE MADRID”, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.

²¹ MORGADO, JOSÉ (1994) “Aproximación al concepto de <<éxito>> en la reinserción social de toxicodependientes”, en Actas del Primer Congreso Nacional, Vitoria. Proyecto Hombre

CUADRO XX
SITUACIÓN OCUPACIONAL AL INICIO DE LA DROGODEPENDENCIA Y AL LLEGAR AL PROYECTO HOMBRE

AL INICIO				EN EL P.H.
52,7	11,2	FIJO	5,4	27,3
	19,2	TEMPORAL	8,0	
	13,1	SIN CONTRATO	5,8	
	5,8	NEGOCIO FAMILIAR	4,5	
	3,4	AUTÓNOMO	3,6	
7,3	1,8	PARO CON SUB	10,7	49,9
	2,7	PARO SIN SUB	37,7	
	2,8	BUSCANDO 1 ^{er} EMPLEO	1,0	
28,2	ESTUDIANDO			2,7
0,5	BAJA MÉDICA			6,1
5,5	OTROS			6,0

Un dato que confirma esta visión evolutiva lo encontramos (Cuadro XXI) en la procedencia del dinero disponible al comenzar a consumir drogas, durante la drogodependencia y en el momento de realizar la demanda en el Proyecto Hombre.

CUADRO XXI
ORIGEN DEL DINERO DISPONIBLE
(Doble respuesta)

	AL COMENZAR	DURANTE	EN DEMANDA
SUELDO	40,4	35,1	24,9
FAMILIA	24,4	8,3	24,2
ROBO FAMILIA	6,1	6,8	5,5
ROBO	8,9	17,1	15,2
BECAS Y SUBSIDIOS	0,9	1,0	5,0
AMIGOS	4,2	2,5	3,3
TRAPICHEO	9,0	15,5	16,3
TRÁFICO DE DROGAS	3,2	9,7	6,6
PROHIBICIÓN	0,7	1,8	2,5
OTROS	1,7	1,6	6,0
COCIENTE DIVERSIFICACIÓN	32,7	53,4	35,1

Vemos como el inicio de la drogodependencia predomina el dinero limpio, como durante la dependencia comienza a pesar cada vez más el dinero ilícito, aunque se mantiene el factor sueldo y como al realizar la demanda ha caído el factor sueldo, se mantienen los ingresos ilegales y se han incrementado las ayudas (familia, subsidios y amigos).

Vemos también como el “cociente de diversificación” (desviación sobre 100 de una única fuente de ingresos y calculado sobre la posibilidad de una respuesta doble) es mayor en la fase intermedia (durante la drogodependencia) y se reduce al principio y al final, lo que equivale a afirmar que mientras se desarrolla la adicción las mayores necesidades de dinero conducen a una doble estrategia consistente en intentar mantener la actividad laboral al tiempo que se incrementan los ingresos con actividades más o menos ilícitas.

Las mujeres modifican los resultados, (recordemos que su nivel de ocupación era menor, menos especializado y más precario), al contar más con los “amigos” (9,5% al inicio, 4,5% durante y 6,3% al final) y la prostitución (3,1% al principio, 7,7% durante y 9,5% al final), siendo esta última cifra inferior a años anteriores (un 13% en 1993 y un 10% en 1991 y 1992), lo que parecería indicar que como consecuencia de una mayor sensibilización pública en relación a las vías de transmisión (y grupos de riesgo) del VIH/SIDA, la posibilidad de prostituirse resulta más complicada.

Relacionado con la trayectoria laboral y con el origen del dinero disponible, aparece el gasto diario en drogas que, en el momento álgido de la dependencia se sitúa en 13.930 ptas. (13.694 ptas. para los varones y 14.872 para las mujeres), lo que resulta coherente con el hecho, como veremos, que éstas últimas utilicen dosis mayores.

Sin embargo, esta cantidad que supone más de 400.000 ptas. mensuales, nos parece que no se corresponde con el estilo sociolaboral de los ingresados en el Proyecto Hombre durante 1994 y que convendría revisarla a la baja a pesar de que coincide con otros estudios.

Desde mi punto de vista, la sobrevaluación del gasto diario en drogas es un efecto de la imagen del drogodependiente que gasta más de 30.000 ptas. diarias en droga (un 7% de la muestra), que lleva a “olvidar” aquellos días en los que, por diversas circunstancias, el gasto es menor, ofreciéndose como media de gasto la de los “días de éxito”, menospreciando el efecto sobre la media de los días y etapas “más difíciles”. En este sentido, la codificación de los tramos de gasto (el primero es hasta 10.000 ptas. diarias) en las plantillas de recogida de datos del Proyecto Hombre, aparte de contribuir a esta sobrevaloración, reflejan parte del estereotipo, aunque ciertamente un 63% de los ingresos declara gastar menos de 10.000 ptas, diarias en drogas.

En cualquier caso, el grupo de drogodependientes que estamos analizando formaba en 1988 parte del reducido grupo (13%) de jóvenes 15-24 años cuyos ingresos les permitían ser “económicamente autosuficientes²²”, lo que pasa al mismo tiempo que continuaban en casa viviendo, en parte, de sus padres.

²² ZARRAGA, José Luis (1989), INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 1988. Madrid, INJUVE.

8.3. HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

8.3.1. INICIO Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE LAS DISTINTAS DROGAS

El cuadro XXII muestra las tasas, según una tipología de frecuencia, de consumo de las distintas drogas, resultando evidente que nos encontramos ante un colectivo definido por el consumo habitual de heroína, lo que entendemos equivale a una dependencia a esta droga; en segundo lugar, aparece el cannabis y a una cierta distancia la cocaína. Siendo estos tres consumos los que parecen caracterizar el perfil más frecuente del drogodependiente que ingresa en el Proyecto Hombre.

El uso habitual de otras drogas parece ser más minoritario, aunque el nivel de experiencia y la frecuencia de uso esporádico del alcohol, lo sitúan también en este grupo dominante.

Asimismo, podemos distinguir un grupo intermedio de drogas químicas muy similares o incluso intercambiables²³ y un grupo minoritario en el que encontramos metadona, inhalantes y crack.

En cualquier caso, tanto las cifras de experiencia, como incluso las de uso habitual, nos hablan de un perfil básico, pero no exclusivo, de politoxicomanía, en el que heroína, cannabis, cocaína y alcohol juegan el papel principal. Cada sujeto consume habitualmente una media de 2,5 drogas distintas y ha probado un total de 6,9 drogas entre las mencionadas.

CUADRO XXII
FRECUENCIAS DE CONSUMO DE LAS DISTINTAS DROGAS

	EXPERIENCIA	SÓLO EXPERIENC.	RARAS VECES	ESPORÁDICO	HABITUAL
ALCOHOL	87,4	1,7	10,9	41,4	33,4
INHALANTES	18,1	7,3	3,7	3,0	4,1
HACHIS	96,5	1,8	4,9	18,1	71,7
ANFETAMINAS	57,8	8,9	10,8	22,8	15,3
BARBITÚRICOS	54,1	6,3	12,2	15,1	20,5
HEROÍNA	93,4	1,2	0,7	4,7	86,8
COCAÍNA	93,0	5,7	12,5	28,0	46,8
SPEED	51,9	14,2	9,5	18,1	10,1
ALUCINÓGENOS	64,2	16,2	17,5	22,0	8,5
METADONA Y S.	26,4	8,8	5,0	3,3	9,3
ÉXTASIS	30,5	11,3	5,3	10,0	3,9
CRACK	10,6	2,6	1,5	2,2	4,3
OTRAS	10,4	2,4	2,9	2,5	2,7

EXPERIENCIA: La han consumido alguna vez
SOLO EXPER.: La han consumido una sola vez
RARAS VECES: Algunas veces al año

ESPORÁDICO: Fines de semana y cuando hay dinero
HABITUAL: Diariamente una o más veces.

²³ El speed resulta ser casi siempre sulfato de anfetamina, el cual a su vez, está en el mercado como anfetamina ("centramina" concretamente). El "éxtasis" se supone que es MDMA, pero en diversas ocasiones, en especial a partir de 1992 en algunas C.C.A.A. es en realidad MDA, el cual se vende en otros ámbitos como "ácido", es decir, como un alucinógeno e incluso parece corresponder en ocasiones a "speed", por lo que la identidad de estas drogas en un cuestionario basado en autodeclaración debe tomarse con cautela.

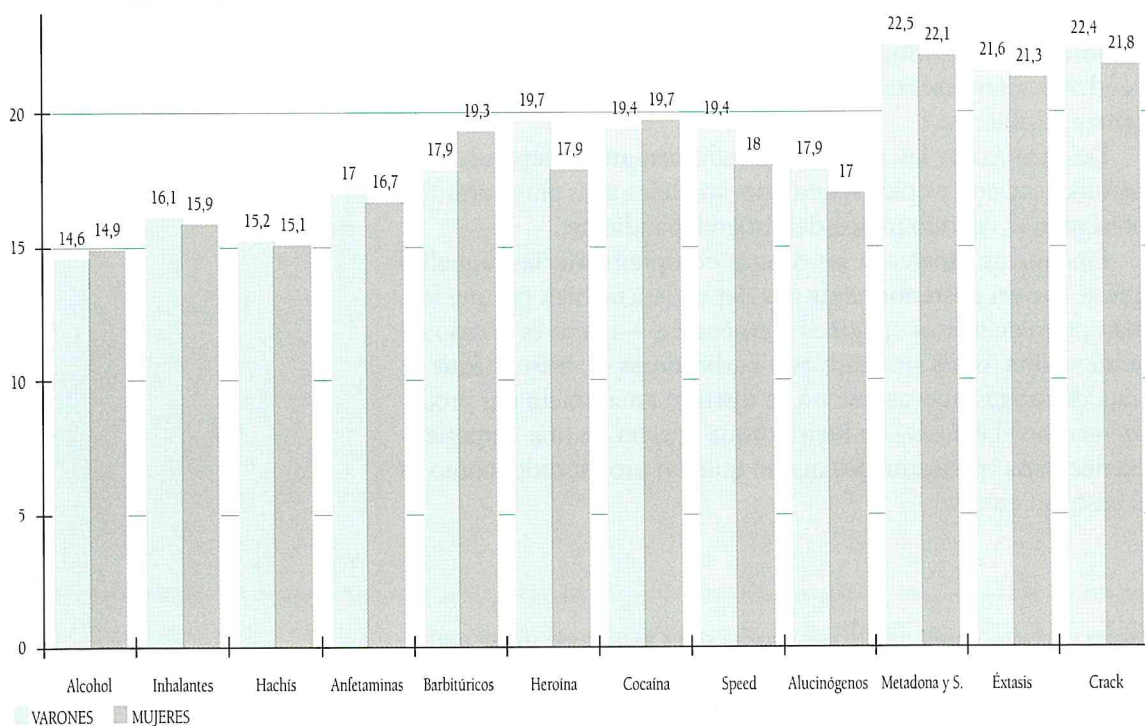
Cabe destacar la existencia de diferencias relevantes según la Comunidad Autónoma en la que se ubique el Programa, la más importante se refiere a crack, una droga que casi se limita a Canarias, apareciendo en el resto del Estado sólo un 1,9% de consumidores habituales y un total de 7,0% de experimentadores.

La misma Comunidad Autónoma Canaria ofrece un mayor número de usuarios de todo el grupo de drogas químicas, asimismo Valencia se distingue en el nivel de consumo de inhalantes y los Programas de Asturias y Vitoria, en el de metadona y otros sustitutivos.

Comparando los datos de nivel de experiencia con años anteriores, no se producen grandes variaciones, salvo el aumento en los niveles de metadona y éxtasis, cuyo uso se incrementa en ambos casos casi un 70% en el período 1991-1994. En el caso de la metadona su mayor presencia es sin duda el reflejo de los cambios ocurridos en la prescripción legal de esta sustancia, así como el desarrollo de Programas de Mantenimiento con Metadona. En cuanto al éxtasis es su reciente incorporación. En el mismo período, las medias de politoxicomanía permanecen estables lo que implica que metadona y éxtasis no se superponen a otros consumos sino que los sustituyen.

Debemos mencionar que, debido a la estructura de recogida de datos, no es posible establecer una tipología de consumidores o determinar asociaciones de drogas y si está emergiendo y demandando asistencia un modelo de consumidor distinto al clásico.

CUADRO XXIII
EDADES MEDIAS DE INICIO Y DE LAS DISTINTAS DROGAS POR SEXO



En cuanto a la edad de inicio (cuadro XXIII), podemos destacar algunos aspectos llamativos: En primer lugar, el hecho de que dichas edades parezcan un tanto tardías si las comparamos con los niveles de experiencia detectados en la población general en las investigaciones de la década pasada²⁴, cuando además dichas investigaciones muestran una estrecha asociación entre precocidad en el consumo y uso habitual posterior.

La razón de esta aparente contradicción podría deberse a la manera de realizar la pregunta como “la edad en que te iniciaste en el consumo de cada droga” y una respuesta más relacionada con un consumo más o menos frecuente que con la primera experiencia.

Este tipo de respuesta también afectaría a la variable “inicio de consumo” del SEIT que, en 1987 se situaba en 19,7 años y ha ido ascendiendo lentamente hasta alcanzar los 20,6 años en 1993, cifra a todas luces demasiado alta como reflejo de la primera experiencia con heroína.

Otra cuestión importante son los “inicios retrasados” de barbitúricos, cocaína, anfetaminas y speed que suben la media de edad de inicio de dichas drogas, en las que observamos dos tipos de comportamiento, aquellos que las utilizan en los primeros momentos de su consumo, antes de los 18 años y aquellos que las comienzan a consumir a los 22-23 años cuando ya se encuentran en una situación de dependencia severa.

Hechas estas matizaciones que se supone no afectan, en cualquier caso, la secuencia de incorporación de las distintas drogas, se puede ver como aparecen tres grupos de sustancias bien diferenciados.

El primero serían las drogas de inicio: alcohol, hachís, inhalantes y en algunos casos alucinógenos y anfetaminas, que vendrían a representar el síntoma de la crisis de una adolescencia conflictiva.

Después están las drogas que conforman la dependencia, heroína, cocaína y quizá speed que, añadidas a las anteriores, representan el vínculo tóxico del drogodependiente.

Finalmente, aparecen las drogas complementarias, aquellas que se suman posteriormente a la dependencia, bien porque forman parte de ciertas opciones terapéuticas —como es el caso de la metadona, otros sustitutivos y barbitúricos—, bien porque se trata de drogas nuevas que no se distribuían al inicio del proceso —como el éxtasis— o bien porque se trata de una “experiencia necesaria” para aquellos que lo quieren probar todo, como es el caso del crack.

²⁴ COMAS, Domingo (1985). “EL USO DE DROGAS EN LA JUVENTUD”, Madrid, INJUVE; NAVARRO, José (1985), “EL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA”, Madrid CRE; COMAS, Domingo (1990), Op. Cit.; C.I.S. (1986), “ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE LOS ESPAÑOLES ANTE EL TABACO, EL ALCOHOL Y LAS DROGAS”, Madrid. C.I.S.

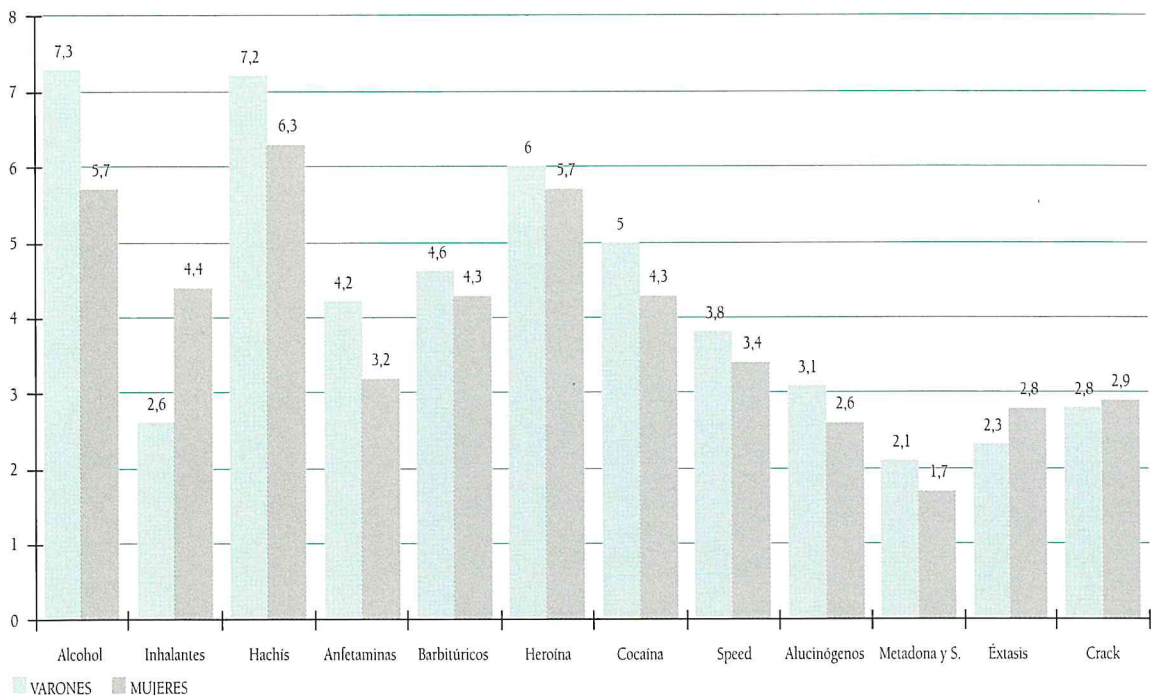
Conviene señalar que el perfil que ofrecemos corresponde a iniciaciones ocurridas en los años 80, a los que se han añadido, en forma de “inicios retrasados” las “drogas de diseño” en los años 90, ciertamente el hecho de que estas drogas aparezcan en los años 90 como drogas de inicio²⁵, implica que a medio plazo esta secuencia se modificará entre los futuros ingresos del Proyecto Hombre.

Las mujeres son más precoces en todos los casos, salvo alcohol, en lo que coinciden con la población general, y barbitúricos, aunque en este último caso se trata de la incidencia de un grupo de “inicios retrasados”.

Otro dato relevante se refiere al “tiempo” medio que consideran, tanto hombres como mujeres, que han “dependido” de cada droga (cuadro XXIV). Vemos como el “tiempo” correspondiente al hachís es el más largo, seguido de alcohol y heroína.

En el caso de la heroína, parece darse una buena correspondencia entre la edad de inicio, el tiempo de dependencia y la edad en la que efectúan la demanda en el Proyecto Hombre, así se iniciarían casi a los 20 años, durante un año y medio consumirían sin considerarse dependientes, después mantenerían seis años de dependencia y a los veintisiete, acudirían al Proyecto Hombre.

CUADRO XXIV
TIEMPO DE “DEPENDENCIA” DE CADA DROGA POR SEXO



²⁵ COMAS, Domingo (1994). Op. Cit.

El tiempo medio de “dependencia” a la heroína permanece, con ligeros altibajos, estable desde 1990.

Se puede observar cómo las mujeres mantendrán un menor tiempo de dependencia, poco coherente con algunas precocidades, pero bastante ajustado al hecho de que acuden más jóvenes a los tratamientos. En el caso de los inhalantes, la desviación es debida a dos inhaladoras crónicas, con más de doce años inhalando, en un total muy reducido de inhaladoras habituales (12).

La imposibilidad de singularizar estadísticamente los casos nos impide, en cualquier caso, establecer la secuencia general o una tipología de las posibles secuencias.

8.3.2. MOTIVOS POR LOS QUE COMENZARON A CONSUMIR DROGAS

El inicio del consumo, al igual que en la población general, parece relacionarse básicamente con la curiosidad y el contexto del grupo de amigos (cuadro XXV), después aparecen las motivaciones relacionadas con el hedonismo y, en último lugar, “los problemas”. En cualquier caso cabe destacar que el factor “problemas” compite con los motivos hedonistas en el caso de las mujeres y como globalmente “problemas” son mucho más importantes en este colectivo que en los jóvenes en general²⁶ que experimentan con drogas.

Tal circunstancia podría explicarse de varias maneras:

- 1) Una reelaboración posterior de carácter autoafirmativo.
- 2) Una estructura motivacional diferencial entre aquellos que se limitan a experimentar con drogas y aquellos que mantienen el consumo y generan una dependencia.

CUADRO XXV
MOTIVOS PARA COMENZAR A CONSUMIR DROGAS POR SEXO
(Dos posibles respuestas)

	V	M
PARA SER MAS QUE LOS DEMÁS	2,6	0,6
PARA ESTAR DENTRO DEL AMBIENTE DE LA MOVIDA	10,9	8,3
SIN DARME CUENTA	6,3	5,6
PARA PASARLO BIEN, NO ABURRIRME	9,6	5,8
A RAÍZ DE UN SUCESO QUE ME AFECTÓ MUCHO	4,8	7,2
PORQUE MIS AMIGOS ÍNTIMOS COMENZARON A DROGARSE	17,5	16,7
PORQUE ME CONVENCIERON /PRESIONARON	1,7	2,3
PARA SENTIRME SEGURO/A EN MIS RELACIONES CON LA GENTE	5,9	7,8
POR CURIOSIDAD/POR PROBAR	22,2	22,2
POR IR CONTRA CORRIENTE, POR REBELDÍA	6,1	6,7
PARA OLVIDARME DE MIS PROBLEMAS	9,3	13,9
OTROS	3,0	2,8

COMAS, Domingo (1990). Op. Cit.

Si compramos los datos del cuadro XXV con los resultados de años anteriores puede observarse como los factores dominantes (curiosidad y amigos) crecen 7 puntos en cinco años, al tiempo que los motivos de refuerzo del ego (“ser más” “ir contra la corriente”) decrecen en 10 puntos en el mismo período, mientras el resto de Items permanecen más o menos estables. Tales datos reflejan la práctica desaparición de una motivación clásica al inicio de la epidemia de heroína y que tenía que ver con la “revolución contracultural” al tiempo que factores más ligados al azar, el contexto y la personalidad toman el relevo.

8.3.3. LA VINCULACIÓN CON LA DROGAS

Los cuadros XXVI para los varones y XXVII para las mujeres, nos ofrecen (en porcentajes horizontales) la vía de obtención de cada droga la primera vez que es utilizada según una batería de posibles lugares o personas.

CUADRO XXVI
OBTENCIÓN DE CADA DROGA LA PRIMERA VEZ
(Hombres)

	A PAREJA	B FAMILIAR	C CAMELLO	D AMIGO	E MÉDICO	F FARMACÉUTICO	G OTROS
ALCOHOL	1,5	13,9	4,0	45,6	0,0	0,0	34,9
INHALANTES	1,8	1,4	3,8	74,3	0,0	0,7	18,1
HACHÍS	1,3	3,1	25,7	68,6	0,0	0,0	1,3
ANFETAMINAS	3,5	2,9	20,9	62,8	2,0	4,6	3,2
BARBITÚRICOS	3,3	3,4	20,2	47,5	14,3	5,1	6,2
HEROÍNA	1,9	2,7	43,1	50,6	0,1	0,0	1,7
COCAÍNA	1,5	2,0	41,4	53,3	0,0	0,0	1,8
SPEED	1,6	2,7	32,4	59,3	0,1	0,0	3,8
ALUCINÓGENOS	2,0	1,1	39,0	55,1	0,2	0,3	2,3
METADONA/SUSTITU.	1,6	1,6	13,6	24,7	49,2	5,3	4,1
ÉXTASIS	5,7	0,9	29,3	56,9	2,5	0,0	3,8
CRACK	2,3	1,5	34,1	58,3	0,0	0,0	3,8
OTRAS	3,7	2,1	16,2	52,4	4,7	5,8	15,2

CUADRO XXVII
OBTENCIÓN DE CADA DROGA LA PRIMERA VEZ
(Mujeres)

	A PAREJA	B FAMILIAR	C CAMELLO	D AMIGO	E MÉDICO	F FARMACÉUTICO	G OTROS
ALCOHOL	6,8	12,4	0,5	50,3	0,3	0,0	29,8
INHALANTES	7,2	4,8	2,4	72,3	0,0	1,2	12,0
HACHÍS	9,6	5,1	14,5	66,7	0,0	0,0	4,1
ANFETAMINAS	9,6	3,3	14,0	59,6	2,6	6,3	4,8
BARBITÚRICOS	6,8	4,2	16,2	40,0	22,3	4,9	5,7
HEROÍNA	24,5	5,9	26,6	41,3	0,0	0,0	1,7
COCAÍNA	19,1	3,6	26,5	48,9	0,0	0,0	1,9
SPEED	13,5	1,9	16,6	62,2	0,0	0,4	5,4
ALUCINÓGENOS	10,7	1,8	24,7	60,1	1,1	0,0	1,5
METADONA/SUSTITU.	6,0	1,8	6,0	21,7	52,4	3,6	8,4
ÉXTASIS	16,0	1,2	19,8	6,7	0,0	0,0	1,2
CRACK	23,8	0,0	26,2	42,9	0,0	0,0	7,1
OTRAS	14,9	8,5	6,4	44,7	4,3	2,1	19,1

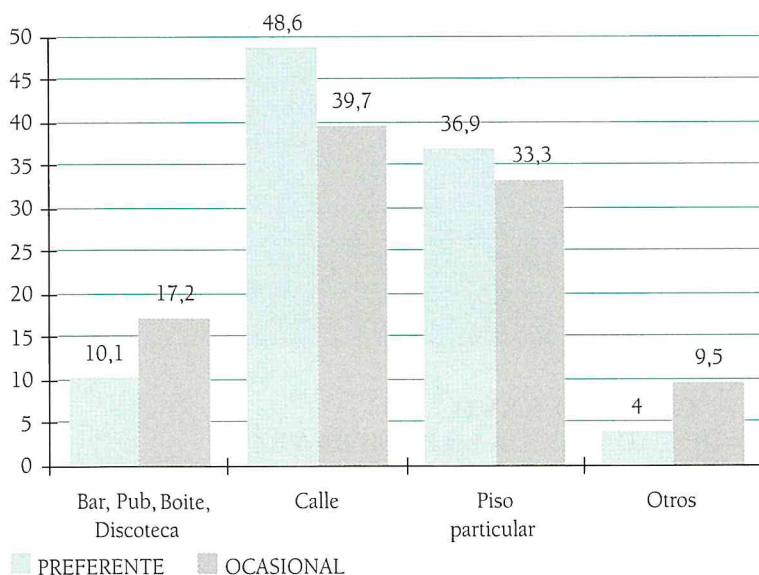
Vemos como tanto para varones como mujeres la clave para su acercamiento a cada una de las drogas fue “un amigo”, salvo en el caso de metadona que fue un médico, en segundo lugar aparece para hachís, heroína, cocaína, speed, alucinógenos, éxtasis y crack, “un camello” y para los hombres en tercer lugar un familiar y para las mujeres la pareja.

Conviene destacar el papel de los farmacéuticos en las anfetaminas, barbitúricos y suponemos que “otros sustitutos”, así como la importancia familiar del alcohol.

Un esquema que en nada se aleja a las predicciones de los estudios realizados en la década pasada²⁷ y que deberán haberse tenido más en cuenta a la hora de planificar las políticas preventivas.

En cuanto al lugar de abastecimiento preferente u ocasional mientras se mantuvo consumo habitual, la calle aparece de forma destacada, seguido muy de cerca de viviendas particulares y, a mayor distancia, locales públicos (cuadro XXVIII), rompiendo el extendido estereotipo que presenta como el espacio preferente para la distribución locales como bares, discotecas, pubs y boites.

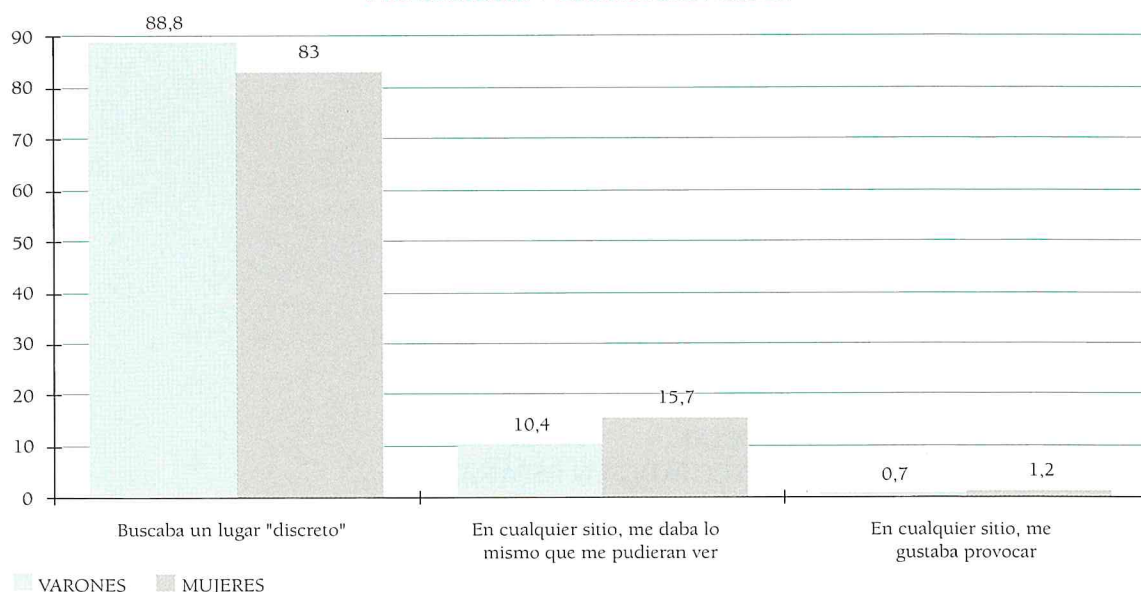
CUADRO XXVIII
LUGAR PREFERENTE Y OCASIONAL DE LA DROGA MÁS CONSUMIDA



Asimismo, cuadro XXIX, vemos como priman claramente criterios de privacidad, prefiriéndose lugares “discretos” para consumir siendo mínimo el deseo de provocar.

²⁷ En especial los ya citados de COMAS, Domingo (1984 y 1990), RECIO, Juan Luis (1991), NAVARRO, José (1985), así como los de RECIO, Juan Luis y CANALES, Rafael (1980), “LA POBLACIÓN ESPAÑOLA ANTE LAS DROGAS”, Madrid, CÁRITAS Y MENDOZA, Ramón; SAGRERA, María Reyes y BATISTA, Juan Manuel (1993) “CONDUCTAS DE LOS ESCOLARES ESPAÑOLES RELACIONADOS CON LA SALUD (1986-1990)”. Madrid, C.S.I.C.

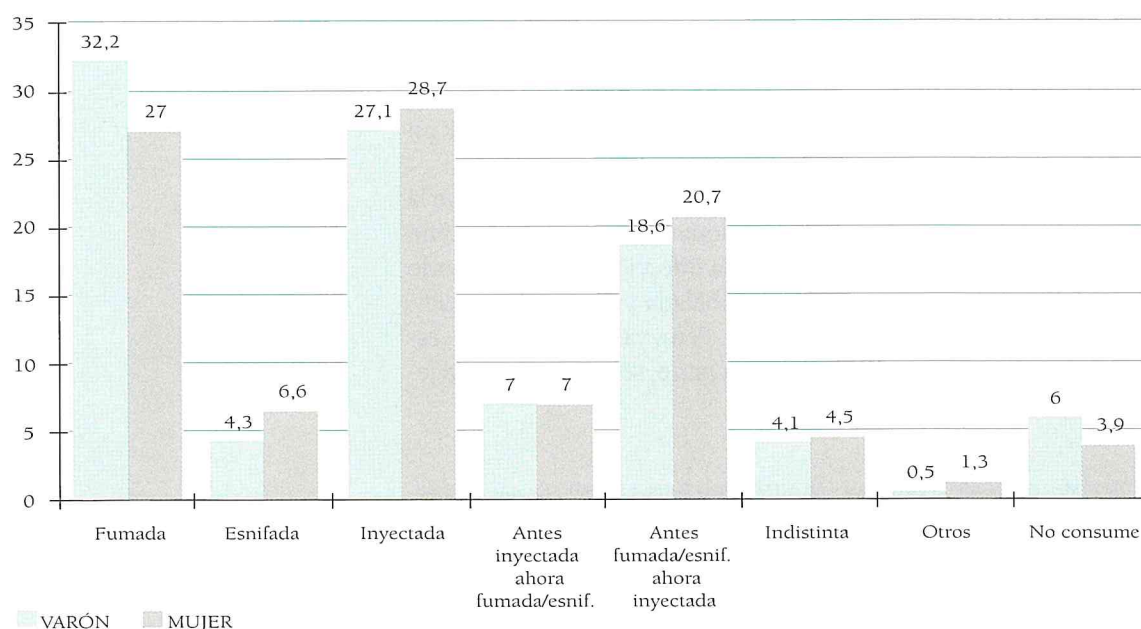
CUADRO XXIX
PRIVACIDAD / EXHIBICIONISMO



8.3.4. HÁBITOS DE CONSUMO DE HEROÍNA

El cuadro XXX nos muestra la forma habitual de consumo de heroína, en la que se observa un cierto predominio de la vía endovenosa con un 46% de usuarios de esta vía en el momento de ingresar en el Proyecto Hombre, en segundo lugar un 39% la fuma y el 15% restante esnifa o usa todas las vías a la vez. Los hombres fuman más que las mujeres y éstas se inyectan más que los hombres. Asimismo, aquellos que han pasado de fumar a inyectarse son casi el triple de los que han pasado de inyectarse a fumar.

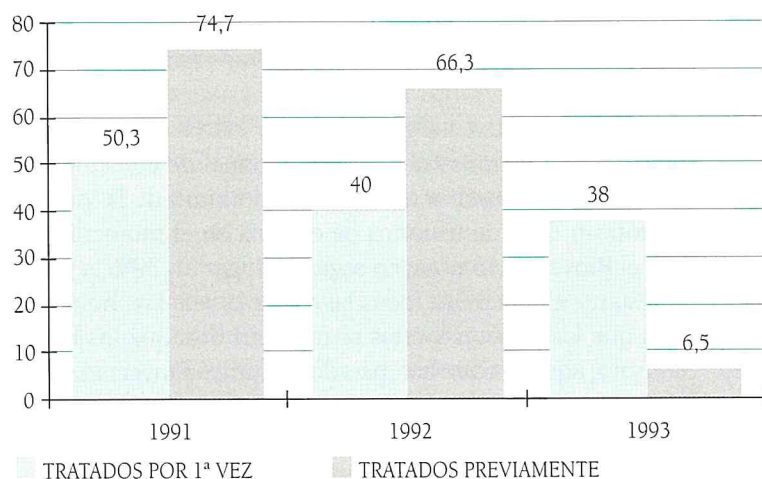
CUADRO XXX
HÁBITOS DE CONSUMO DE HEROÍNA POR SEXO



Si comparamos estas otras con el total de los que se inyectan de años anteriores, los datos precedentes disponibles permiten observar como la vía endovenosa se mantiene sobre la mitad de los acogidos (42,9% en 1992 y 52,3% en 1993), lo que parece confirmar la idea de una cierta resistencia al abandono de dicha vía, tras un cierto descenso de la misma a fines de los años 80, como consecuencia de la infección por VIH/SIDA.

Así, en 1985-1986, la gran totalidad de drogodependientes que accedían a recursos asistenciales (el 84,6% en concreto), usaban la vía parenteral, mientras muy pocos inhalaban /esnifaban (5,7%) y casi ninguno fumaba²⁸ en los años 90 el SEIT; a partir de 1991, recoge este dato y muestra cómo la tendencia se consolida (cuadro XXXI).

CUADRO XXXI
EVOLUCIÓN DE LA VÍA INYECTADO EN ESPAÑA



Fuente: SEIT. 1991-1993

Sin embargo, los datos globales siguen estando lejos de los resultados de otros estudios, especialmente los realizados en medio hospitalario que muestran cómo entre 1990 y 1991 se pasa de un 36%²⁹ a un 23% en el uso de la inyección.

La interpretación de tales resultados nos lleva a sostener que la vía parenteral redujo en un primer momento su presencia como consecuencia de la generalización de la infección por VIH, siendo sustituida por otros días (esnifada, inhalada y fumada) especialmente entre los nuevos consumidores. Pero, ya en los años 90, especialmente a partir de 1993, por una parte, se constata que la je-

²⁸ DÍEZ, Mercedes, CABALLERO, Luis y MUÑOZ, Pedro Enrique (1988). "Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centro del PRD de Madrid, los años 1985-86", en Comunidad de Drogas, nº9. Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsd.

²⁹ LACOSTE, S.A. et alt (1993) "Cambio en los hábitos de administración de la heroína y la cocaína" en ADICCIONES, Vol.5.nº.4, Palma de Mallorca, Sociodrogalcohol.

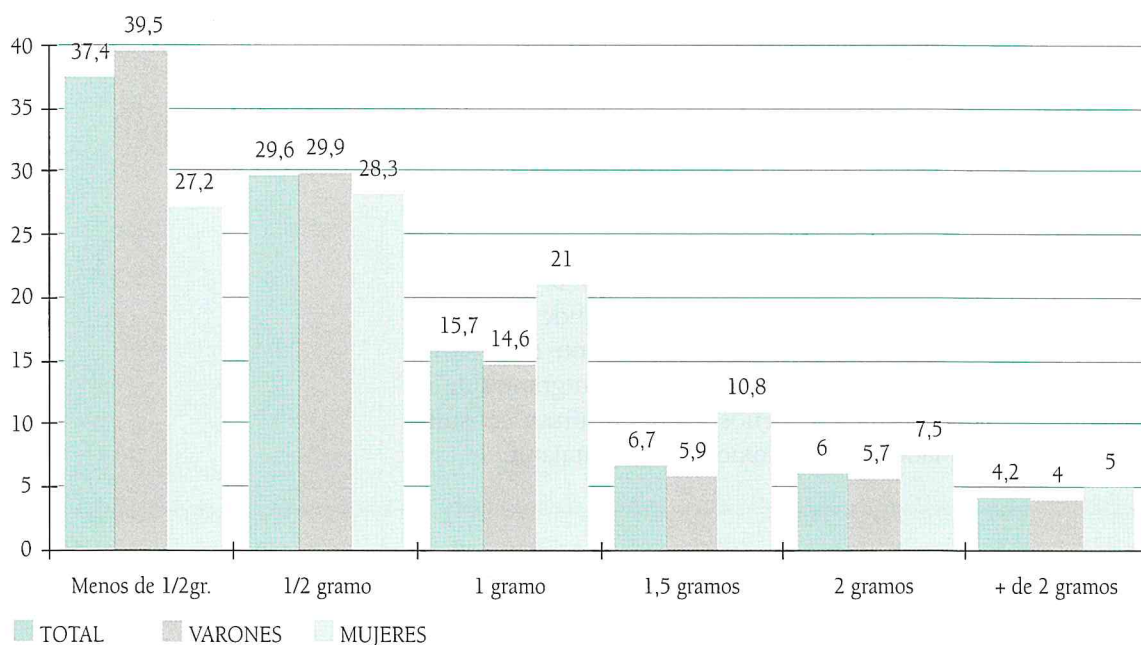
ringuilla no es por sí misma la vía de transmisión, sino ciertos hábitos asociados, como compartir, siendo el mensaje institucional muy claro cuando se inician los “programas de intercambio de jeringuillas” y, por otra parte, los consumidores que comenzaron fumando, al profundizar su dependencia pasan a la inyección con el resultado de una estabilización en el descenso que se había producido a fines de los 80 de la vía endovenosa.

Obviamente, esto produce diferencias según el tiempo de consumo, pero estas diferencias no se deben ya, en la actualidad, tanto al momento histórico en el que se iniciaron, como al tiempo de consumo. En este sentido, los recursos que atienden casos con una trayectoria corta de consumo detectarán más casos de vías alternativas a la parenteral que aquellos que atienden a casos de consumo prolongado.

Ciertamente, la estabilización en el uso de la jeringuilla, se relaciona con la práctica desaparición de ciertos hábitos, así entre los ingresos en el Proyecto Hombre durante 1994, sólo un 2% comparte siempre la jeringuilla, un 11% la compartía antes y ahora no, un 26% la ha compartido a veces, un 26% no la comparte nunca y un 35% no la utiliza nunca.

En cuanto a la dosis media utilizada fue entre los ingresados en 1994 de 0,728 gramos diarios, habiendo consumido menos de 1/2 gramo al día el 67%, cifra que fue de un 35% en 1993 y de un 32,1% en 1992, lo que parece indicar una sustancial reducción en la dosis. Conviene indicar que las mujeres (cuadro XXXII), como ya se indicaba en 1993, consumen dosis mayores que los varones.

CUADRO XXXII
DOSIS DE HEROÍNA CONSUMIDA AL DÍA POR SEXO



8.4. HISTORIA DE INTENTOS PREVIOS DE ABANDONAR EL CONSUMO Y MOTIVOS PARA INGRESAR EN EL PROYECTO HOMBRE

La casi totalidad de sujetos que ingresaron en el Proyecto Hombre durante 1994 (un 87% en concreto), ha intentado dejar las drogas anteriormente, siendo en este caso el número de intentos una media de 4,8, casi todos lo han intentado con ayuda profesional (69% una media de 2,5 veces) y algunos menos sin ayuda, pero más veces (62% una media de 4,0 veces), lo que demuestra que estamos efectivamente ante un colectivo que en otro lugar hemos definido como compuesto en parte, de “consumidores crónicos de recursos asistenciales” que se integran muy bien en el programa, consiguen un alta con buen pronóstico y recaen al tiempo para acudir rápidamente a otro dispositivo e iniciar todo el proceso de tratamiento³⁰, y de otra parte de sujetos que no adquieren una motivación suficiente hasta que no han realizado varios intentos fallidos.

CUADRO RESUMEN
INTENTOS DE DEJAR LAS DROGAS



Conviene señalar que con los años, el número de personas que intentan dejar las drogas previamente al ingreso en el Proyecto Hombre, va aumentando, así en el período 1990-92 fue de un 82%, en 1993 de un 85% y en el 94 de un 87%.

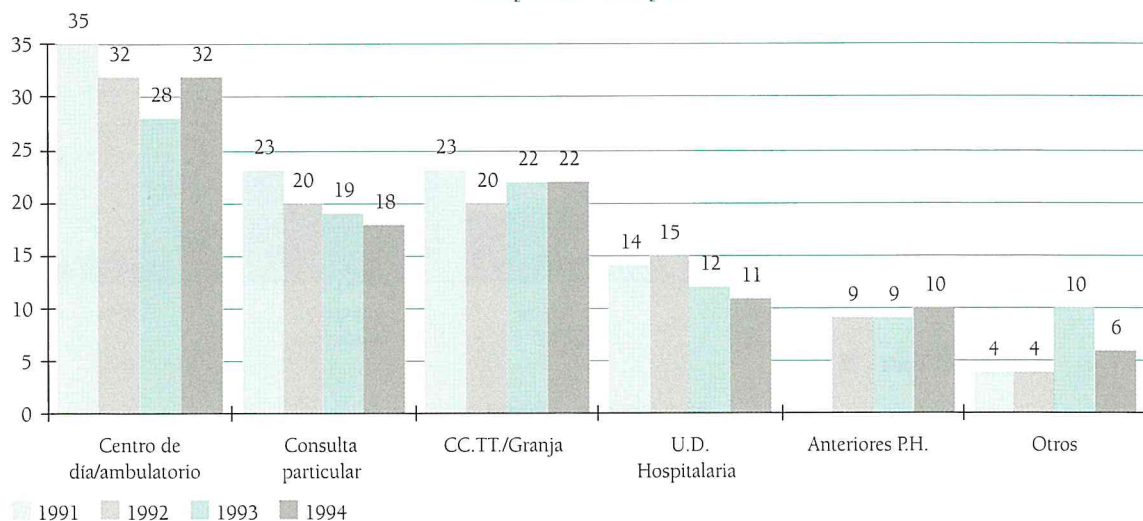
Aquellos que lo han intentado con algún tipo de ayuda profesional (cuadro XXXIII) han utilizado básicamente dispositivos de tipo ambulatorio, comunidades terapéuticas o granjas de rehabilitación, siendo cada vez menos los que utilizan consultas particulares y unidades de desintoxicación hospitalaria.

³⁰ GARCÍA, Enrique; ROLDÁN, Gabriel y COMAS, Domingo (1995). UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE HAIZE-GAIN (1982-1992), San Sebastián, Fundación KUTXA.

CUADRO XXXIII

INTENTOS PREVIOS DE DEJAR LAS DROGAS CON AYUDA PROFESIONAL, TIPO DE DISPOSITIVO Y EVOLUCIÓN POR AÑOS

(Respuesta múltiple)



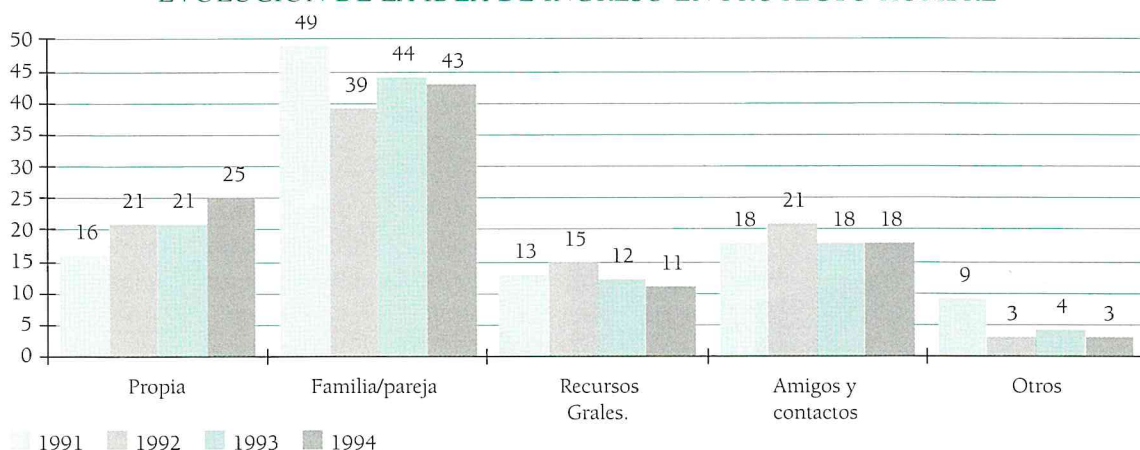
En cuanto a la idea de ingresar en el Proyecto Hombre (cuadro XXXIV), la mayor parte reconoce como autora (y quizás promotora y hasta exigente) a la familia, pero le sigue, no tan lejos como cabría esperar, la iniciativa propia. Casi un 20% acudieron al Proyecto Hombre apoyados o avalados por amigos, religiosos o personas que habían realizado el Programa y más de un 10% fueron remitidos por recursos generales, la mayoría públicos. Siguiendo la evolución de estos cuatro tipos de promotores (cuadro XXXV), vemos como la familia pierde protagonismo al tiempo que aumenta la iniciativa propia, mientras el resto se mantiene más o menos estable.

CUADRO XXXIV

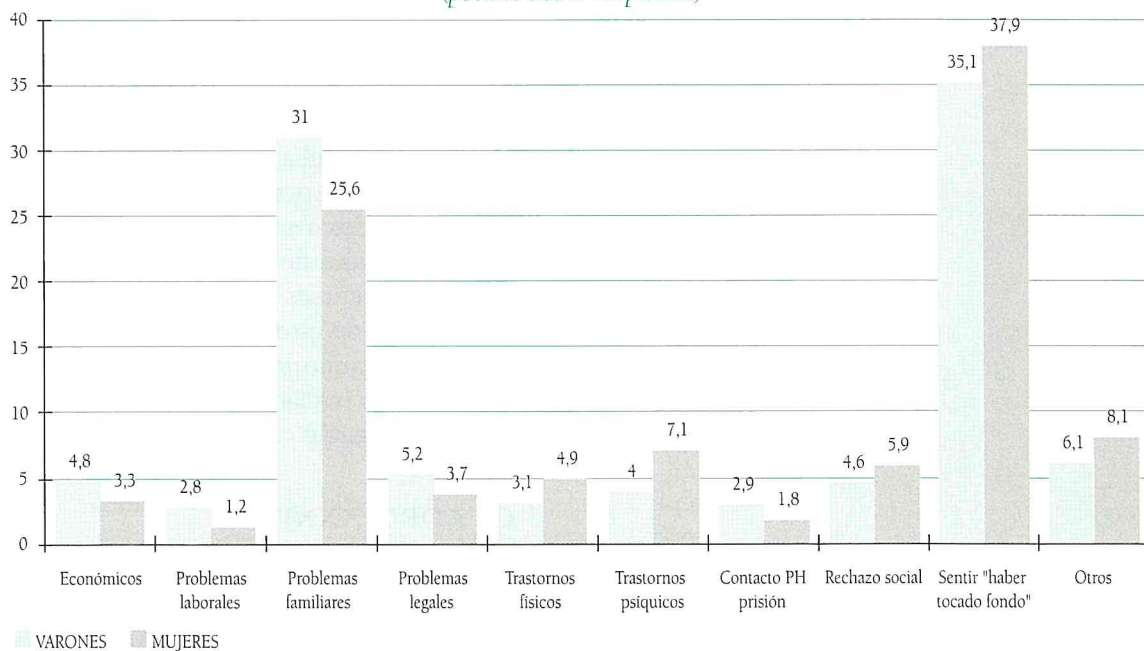
IDEA DE INGRESO EN PROYECTO HOMBRE

	VARÓN	MUJER
INICIATIVA PROPIA	24,3	23,8
FAMILIARES	35,9	37,2
PAREJA	6,9	5,8
CENTRO ASISTENCIAL/SOCIAL	3,0	6,9
CENTRO SANITARIO	1,3	1,3
JUZGADOS	1,6	0,5
MÉDICO FARMACÉUTICO	2,5	2,0
CENTRO PENITENCIARIO	2,3	2,6
AMIGOS/AS	8,4	6,0
RELIGIOSO/A	3,2	5,5
PERS. QUE REALIZARON EL PROGRAMA	6,2	5,2
MEDIO DE COMUNICACIÓN	1,2	0,5
OTROS	2,8	2,5

CUADRO XXXV
EVOLUCIÓN DE LA IDEA DE INGRESO EN PROYECTO HOMBRE



CUADRO XXXVI
MOTIVOS POR LOS QUE COMENZÓ EL PROGRAMA
(posible doble respuesta)



En cuanto a los motivos por lo que comenzó el programa, en el cuadro XXXVI vemos cómo aparecen identificados una serie de problemas concretos, el más importante de los cuales es el familiar, tales problemas concretos se equilibran con un genérico “haber tocado fondo” que, sin duda, incluye varios de los problemas concretos mencionados, aparte de un sentimiento subjetivo que los condensa. En cualquier caso, llama la atención la baja tasa de “problemas legales” cuando, como veremos, la tasa de casos que han tenido problemas con la justicia es mucho más elevada, lo que podría indicar que tales problemas se valoran menos que otros tipos de conflictos en el momento de ponerse en tratamiento.

8.5. DROGAS EN LA FAMILIA

En la pregunta sobre “consumo habitual” de cada una de las drogas mencionadas, por parte de cada uno de los miembros de la unidad familiar, cabe destacar la alta cifra de “alcohol” por parte del padre (14,5%) y de heroína (9,4%), cocaína (7,0%) y hachís (11,8%), por parte del hermano mayor. El resto de cifras parecen bastante normales, tanto en estas como en otras drogas sin que aparezcan divergencias con los resultados de la población general. En lo que se refiere a consumo habitual de alcohol por parte de los varones de más de 40 años (padre) y de hachís por parte de los jóvenes (hermano) aunque la cifra es alta las diferencias tampoco son muy sensibles. Pero no así en lo que se refiere a cocaína y especialmente heroína, ya que una tasa del 9,4% casi multiplica por diez la tasa general de consumo de heroína en estas edades, lo que vendría a confirmar la hipótesis de la heroína como un “contaminante familiar”, compartido a nivel de los hijos.

Otro detalle significativo lo constituye el hecho de que las mujeres, las drogodependientes ingresadas en el Proyecto Hombre en 1994, declaran mayores niveles de consumo de sus madres, que sus compañeros varones, para alcohol y barbitúricos e incluso en esta última droga, contrariamente a lo que dicen los chicos, manifiestan mayor consumo por parte de sus madres que por parte de los padres. En cualquier caso, las cifras no parecen modificar lo que sabemos sobre consumo de tales drogas entre la población general de mujeres mayores de 40 años, por lo que no parece posible establecer una relación directa entre el consumo actual y habitual de madres e hijas. Sin embargo, la información diferencial que poseen las chicas en relación a los chicos sobre las conductas de sus madres, nos dice mucho sobre la comunicación familiar.

Asimismo, en años anteriores se habría detectado un mayor consumo sobre la media de los hermanos mayores de las mujeres, sin embargo, tal efecto “contaminación familiar” del hermano mayor se ha igualado para varones y mujeres.

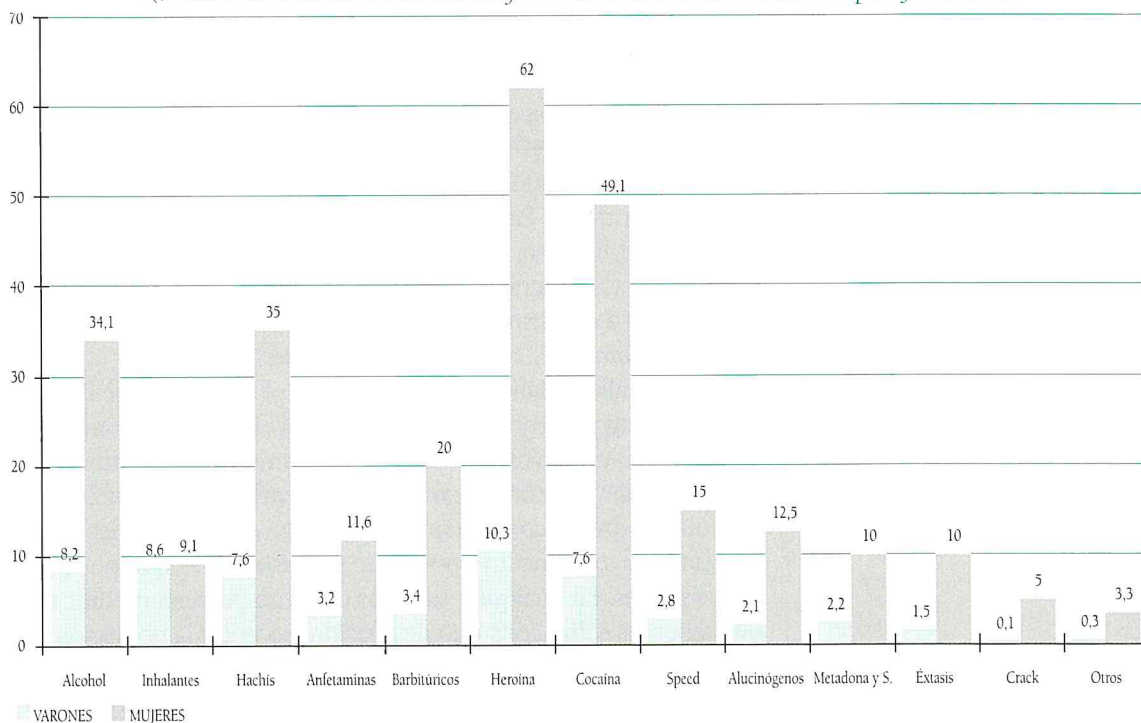
El análisis del consumo habitual de la pareja (cuadro XXXVII) nos permite completar este panorama. En el caso de los drogodependientes varones, su pareja (básicamente esposa) es una consumidora habitual de heroína e inhalantes y cocaína muy por encima de la población general en especial en lo que se refiere a heroína. En el caso de las mujeres, el tema es aún más radical, teniendo la mayoría de ellas un compañero consumidor habitual de heroína, cocaína y/o seguramente de otra droga, lo que podría confirmar la hipótesis del “Príncipe azul”, del amor adolescente y la “papelina” como atractivo añadido³¹, a la que nosotros añadimos otro factor: las mujeres drogodependientes son pocas, los varones más y en el mundo que ambos comparten, un

³¹ FUNES, Jaime y ROMANÍ, Oriol (1985). “DEJAR LA HEROÍNA”. Madrid, CRE.

espacio cerrado, ocluido y escaso, la mayoría de los varones se quedan solos y solteros mientras que para las mujeres es más fácil encontrar un compañero consumidor.

CUADRO XXXVII CONSUMO HABITUAL DE LA PAREJA

(% sobre el total de varones o mujeres casadas o conviviendo con pareja estable).



Todo lo dicho parecería indicar que la problemática familiar con las drogas o es una mera proyección de la drogodependencia del joven que ha realizado la demanda en el Proyecto Hombre o incluso no existe tal problemática, cuando los profesionales de la asistencia saben perfectamente que esto no es así en la mayoría de los casos. Seguramente si el historial si hiciera en una fase más avanzada del tratamiento los resultados no serían tan normativos.

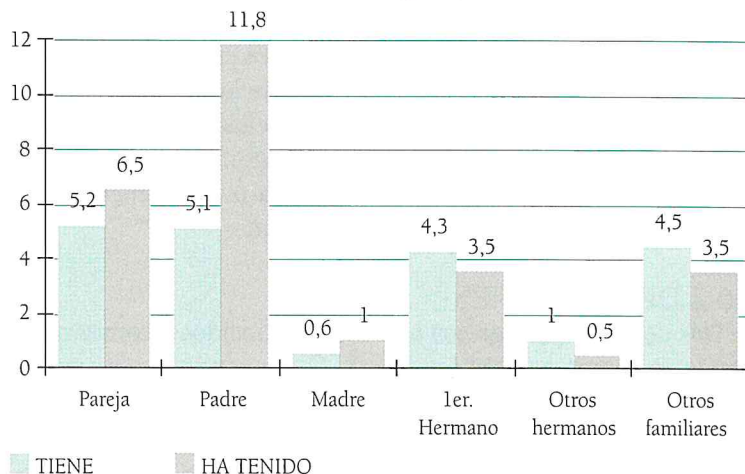
Los cuadros XXXVIII a XL permiten sustentar, aún en este primer contacto, con la realidad familiar del ingreso, la sospecha de que la vinculación familiar con las drogas no es tan leve como se declara de entrada, así a pesar de los pocos bebedores habituales, la proporción de familiares que han tenido problemas con el alcohol es muy superior a la población general.

En el caso de la pareja (cuadro XXXIX) vemos, incluso con los varones, que declaran que su pareja tiene o ha tenido problemas con el alcohol es superior al de aquellos que declaran que su pareja es una bebedora habitual, en cambio las mujeres indican menos problemas que bebedores habituales.

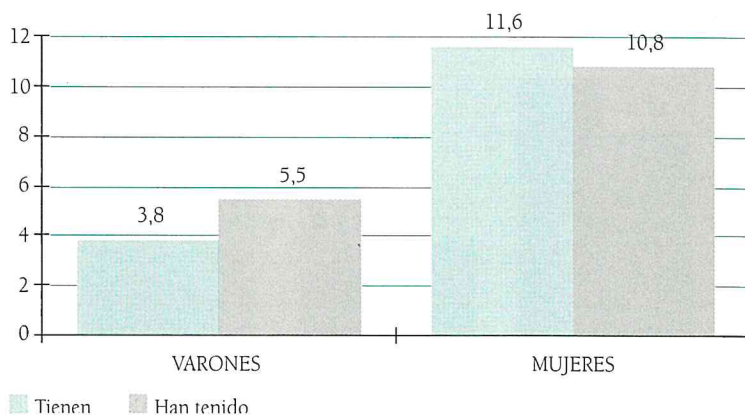
Finalmente, (cuadro XL) hay más hermanos en tratamiento que hermanos consumidores habituales, lo que confirmaría la idea de que la situación familiar se enmascara en esta primera

fase, y no será hasta más adelante, cuando el tratamiento esté más avanzado, cuando estos temas van a ir apareciendo.

CUADRO XXXVIII
PROBLEMAS CON ALCOHOL EN LA FAMILIA
(base: existe tal figura familiar)



CUADRO XXXIX
PROBLEMAS DE ALCOHOL EN LA PAREJA SEGUN SEXO
(base: tienen pareja)



CUADRO XL
FAMILIARES EN DISPOSICIÓN ASISTENCIAL
(base: tienen pareja, tienen hermanos y total)

TIPO CENTRO Y FAMILIAR	VARONES	MUJERES
EN PROYECTO HOMBRE:		
Pareja	10,5	35,0
Hermano o hermanos	5,9	9,8
Otros	2,1	0,4
EN OTRO PROGRAMA:		
Pareja	3,0	15,8
Hermano o hermanos	4,8	6,3
Otros	2,0	0,4

8.6. PROBLEMÁTICA POLICIAL Y JUDICIAL

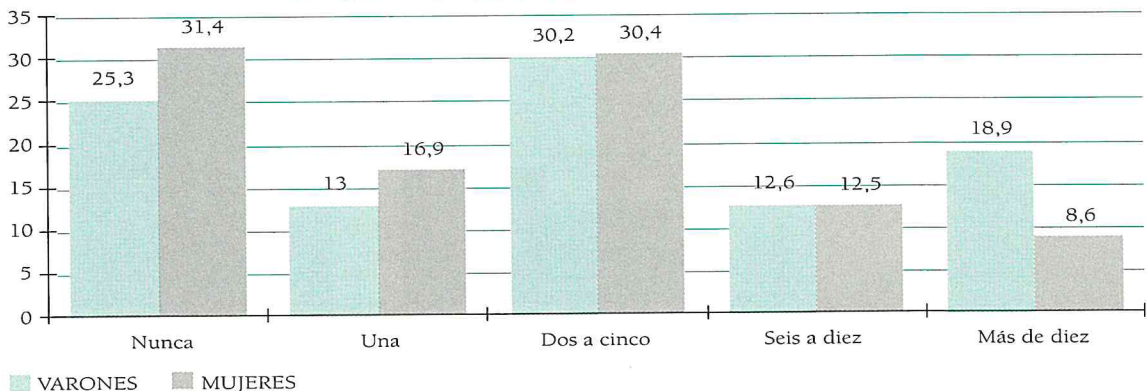
8.6.1. INCIDENCIAS CON LAS INSTITUCIONES DE MENORES

Un grupo importante de casos ha tenido problemas con la Junta o el Tribunal Tutelar de Menores, en concreto un 13% (13,8% para los varones y 11,2% para las mujeres). Asimismo la mitad de ellos, un 6,6%, han sido internados en un Centro, siendo la proporción de internados mayor entre las mujeres sometidas a tribunales de menores (un 62,5% de ellas) que de hombres (un 47,1%). Tales resultados se vienen reiterando exactamente desde 1990, quizás porque estamos ante la misma generación y tales hechos ocurrieron hace más de diez años.

8.6.2 DETENCIONES

Dos de cada tres ingresos han sido conducidos a comisaría al menos en alguna ocasión (cuadro XLI), afectando esta situación más a los varones que a las mujeres, siendo éstos, además, retenidos con una mayor frecuencia, aunque las diferencias entre ambos sexos son muy inferiores a las que presentan en la población general varones y mujeres, lo que implica que la variable sexo posee una menor relevancia que la situación de drogodependencia.

CUADRO XLI
VECES QUE HAN SIDO CONducIDOS A COMISARÍA



La media de veces en que han sido conducidos a comisaría, entre aquellos que han sido conducidos alguna vez es de 7,8 veces para los varones y 5,8 para las mujeres, lo que demuestra el frecuente contacto, no sabemos si derivado o no de actividades delincuenciales del colectivo con la policía.

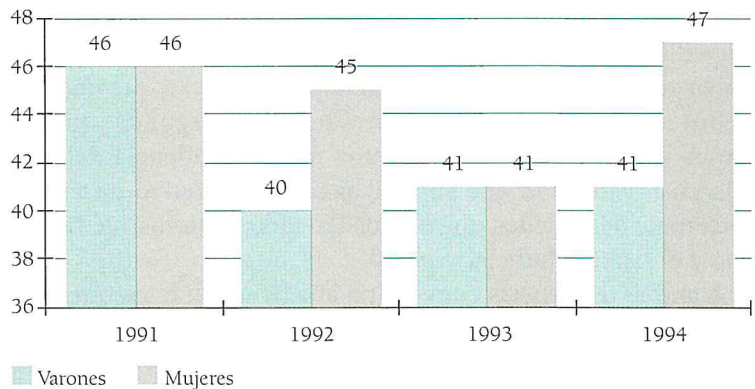
Pero no de todo el colectivo, casi un tercio (27%) no ha pasado nunca por comisaría, un 44% ha pasado menos de cinco veces y el resto (un 29%) ha pasado una media de 15 veces, conformándose casi tres grupos muy distintos en sus relaciones con la policía; un primer tercio de ajenos, un segundo tercio de conocidos y un tercer tercio de íntimos, valga la metáfora.

8.6.3. ANTECEDENTES PENALES

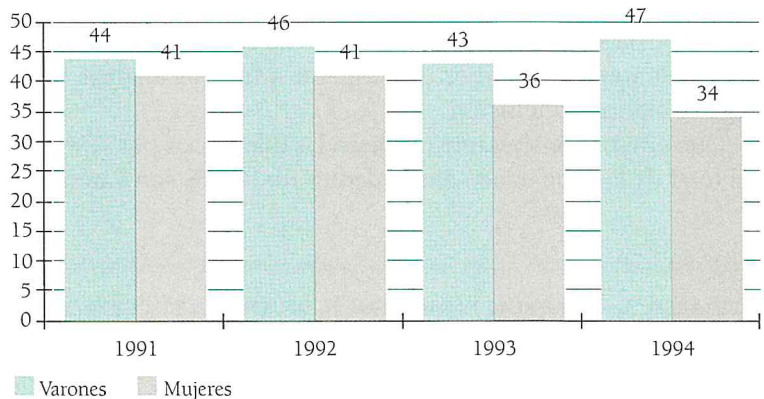
En el cuestionario se establecen cinco categorías distintas según se tengan antecedentes penales o no, y según se tengan juicios pendientes o no, quedando una quinta categoría para aquellos que afirman desconocer su situación.

Para poder analizar estos datos hemos establecido tres situaciones distintas, por un lado a) aquellos que no poseen antecedentes ni tienen juicios pendientes, es decir, no han tenido contacto con la justicia o han sido exculpados, b) lo constituyen aquellos que ya tienen antecedentes penales y c) aquellos que tienen juicios pendientes, tengan o no antecedentes en este momento. Conviene destacar que, dependiendo de los años entre un 25% y un 40% de estos últimos no tienen antecedentes. Además de un 5% y un 15% dependiendo del año y el sexo desconocen cual es su situación en este tema seguramente porque su contacto con la justicia les resultó confuso y no saben exactamente que es esto de los “antecedentes”.

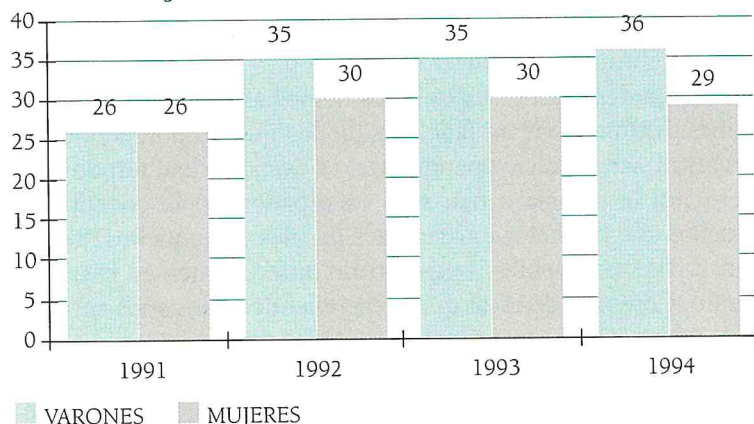
CUADRO XLII
EVOLUCIÓN DE ANTECEDENTES PENALES: CASOS SIN ANTECEDENTES NI JUICIOS PENDIENTES POR SEXO



CUADRO XLIII
EVOLUCIÓN DE ANTECEDENTES PENALES: CASOS CON ANTECEDENTES CON O SIN JUICIOS PENDIENTES POR SEXO



CUADRO XLIV
EVOLUCIÓN DE ANTECEDENTES PENALES: CASOS CON
JUICIOS PENDIENTES POR SEXO



Se observa un ligero incremento de los casos con antecedentes o juicios pendientes, especialmente entre los varones, lo que parecería contradecir la afirmación de algunos staff, en el sentido de que cada vez hay menos casos con problemas judiciales en acogida. Pero el dato y la percepción son a la vez correctos, por cuanto en el Proyecto Hombre, al igual que en otros dispositivos, confluyen dos tendencias³², la primera una mayor normalización de la población atendida, lo que implica menos antecedentes o juicios pendientes, la segunda, que ya hemos visto en el cuadro VIII, una mayor incidencia del trabajo en prisiones lo que supone añadir al colectivo un cierto porcentaje de aquellos que hemos llamado “íntimos” de la policía y el sistema judicial y penal.

A ambas tendencias convendría añadir una tercera que, paradójicamente, añade normalización a un sector de ingresos. Se trata de la constatación de que “a más años de dependencia a la heroína más problemas judiciales³³”, que combinada con la estabilización y dispersión de este indicador (cuadro XXIV, Memorias Proyecto Hombre 1990 a 1993 y datos de base), permite suponer la confluencia a la vez de mayores índices de normalización y desviación, ¿quizás por la “salida pública” de un grupo de toxicómanos que vivió hasta ahora en la privacidad?. Podría ser, pero a la vez los datos de tratamientos previos lo desmienten. Tendremos que esperar a futuros análisis para llegar a alguna conclusión.

Otra cuestión interesante reside en las diferencias por sexo, así del total de los que tienen antecedentes un 86,9% son varones y

³² VILLAREAL, Javier y JUARISTI, Francisco (1994 b), “ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DE LOS RESIDENTES EN LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE” EN Actas del Primer Congreso Nacional Proyecto Hombre, Vitoria. Proyecto Hombre.

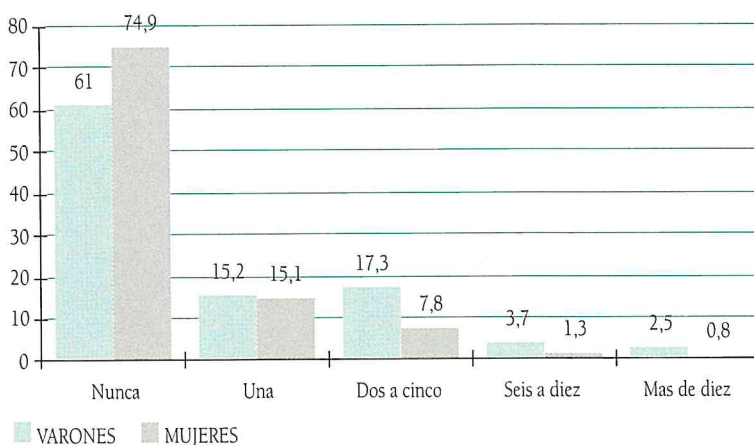
³³ VILLAREAL, Javier y Juaristi, Francisco (1994 a), Op. Cit.

un 13,1% mujeres, cuando del total de antecedentes judiciales que involucran a drogodependientes³⁴ un 94,4% corresponde a varones y un 5,6% a mujeres, ¿acuden más las mujeres con antecedentes penales al Proyecto Hombre?, ¿se trata de un problema de varones con condenas más largas y que continúan en la cárcel sin demandar ningún tratamiento?, ¿estamos ante una situación de trato diferencial, según sean hombre o mujeres, por parte del sistema judicial?, todo cuestiones planteadas sin respuesta.

8.6.4. PRISIÓN

Se mantiene constante, en coherencia con la estabilidad de los indicadores ya mencionados de problemas legales, la proporción de ingresos que han estado en prisión, en concreto el 36% de 1994 se sitúa entre el 38% de 1991 y el 34% de 1993 y coincide con los años 1990 y 1992. En cuanto al número de veces (Cuadro XLV) se observan algunas diferencias entre varones y mujeres.

CUADRO XLV
NÚMERO DE VECES EN PRISIÓN POR SEXO



Debemos observar que la proporción de casos que han estado en prisión y el número de veces que han sido encarcelados es netamente inferior a la cifra de detenciones, lo que puede ser debido: a) los juicios pendientes; b) que los sujetos sean detenidos por delitos no penalizados (por ejemplo: llevar o traficar con una cantidad de droga que se justifica como consumo propio o robar vehículos a motor) y c) que el colectivo, o una parte de él, sea un objetivo preferente de las fuerzas de seguridad.

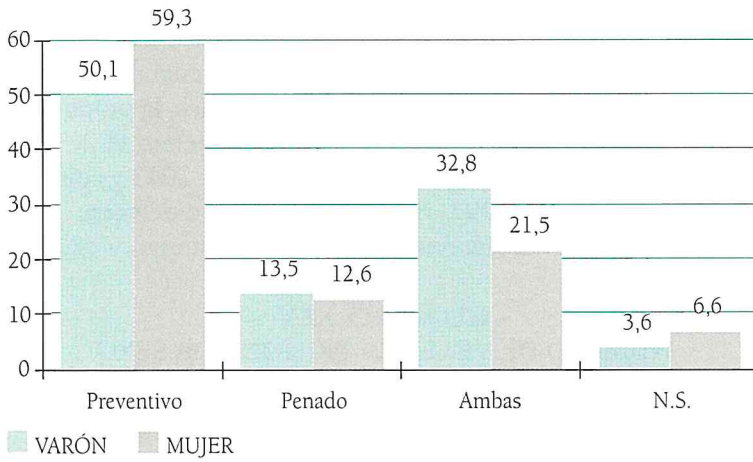
En cuanto al tiempo de estancia en prisión (16 meses de media para los chicos y 9 meses para las chicas), teniendo en cuenta el número de estancias, no parece muy largo y en cualquier caso inferior a la duración del Programa del Proyecto Hom-

³⁴ ELZO, Javier (DIR, 1992) "DELICUENCIA Y DROGAS". Vitoria, Gobierno Vasco.

bre, circunstancia de interés en el momento de establecer relaciones con el sistema judicial..

Aunque ciertamente parece excesivo si tenemos en cuenta que la mayoría de estas estancias en prisión han sido como preventivo.

CUADRO XLVI
CALIDAD DE LA ESTANCIA EN PRISIÓN



BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE (1990-1993)
Memoria
Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
- C.I.S. (1986)
"Actividades y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas"
Madrid, C.I.S.
- COMAS, Domingo (1985)
"El uso de drogas en la juventud"
Madrid, INJUVE.
- COMAS, Domingo (1990)
"El síndrome de Haddock, alcohol y drogas en Enseñanzas Medias".
Madrid, CIDE.
- COMAS, Domingo et al. (1992)
"Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica"
Madrid, GID/Fundamentos.
- COMAS, Domingo (1994)
"Los jóvenes y las drogas desde la perspectiva de los años 90".
Madrid, INJUVE.
- COMAS, Domingo (1995)
"La familia española y las drogas: una perspectiva generalizada".
En Actas 1er. Congreso Nacional. Asoc. Proyecto Hombre. Vitoria, Asociación Proyecto Hombre.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PNsD (1987-1993)
Memoria
Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsD
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PNsD (1987-1993)
Informes SEIT (1987-1993)
Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsD
- DÍEZ, Mercedes; CABALLERO, Luis y MUÑOZ, Pedro Enrique (1988)
"Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del P.R.D. de Madrid, los años 1985-86"
En Comunidad y Drogas nº 9. Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsD.
- ELZO, Javier (1990)
"Los jóvenes y su relación con las drogas"
Vitoria, Gobierno Vasco.
- FUNES, Jaime y ROMANÍ, Oriol (1985)
"Dejar la Heroína"
Madrid, CRE.
- GARCIA, Enrique; ROLDÁN, Gabriel y COMAS, Domingo (1995)
"Un estudio de seguimiento de las Comunidades Terapéuticas de Haize-Gain (1982-1992)"
San Sebastián, Fundación KUTXA.
- GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (1994)
"La evaluación de Programas en drogodependencias".
Volumen I: La situación española.
Madrid, G.I.D.
- LACOSTE, S.A. et al. (1993)
"Cambio de los hábitos de administración de la heroína y la cocaína"
En Adicciones, vol.5 nº 4. Palma de Mallorca, Sociodrogalcohol.
- MARTÍN SERRANO, Manuel (1994)
"Historia de los cambios de mentalidades de los jóvenes entre 1960 y 1990"
Madrid, INJUVE.
- MENDOZA, Ramón; SAGREDA, M^a Reyes y BATISTA, Juan Manuel (1993)
"Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud (1986-1990)"
Madrid, CSIC.
- MORGADO, José (1994)
"Aproximación al concepto de <<éxitos>> en la reinserción social de toxicodependientes"
En Actas 1er. Congreso Nacional Asoc. Proyecto Hombre. Vitoria, Asociación Proyecto Hombre.
- NAVARRO, José (1985)
"El consumo de drogas en España"
Madrid, CRE.
- ORELLANA, Manuel (1995)
"Aproximación al abordaje de la monoparentalidad en la fase de reinserción"
En Actas 1er. Congreso Nacional Asoc. Proyecto Hombre. Vitoria, Asociación Proyecto Hombre.
- RECIO, Juan Luis y CANALES, Rafael (1980)
"La población española ante las drogas"
Madrid. CARITAS.
- RECIO, Juan Luis (1991)
"El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas"
Madrid, CRE.
- VILLAREAL, Javier y JUARISTI, Francisco (1994 a)
"Análisis sociológico de los residentes de la Asociación"
Documento mimeografiado.
- VILLAREAL, Javier y JUARISTI, Francisco (1994 b)
"Análisis sociológico de los residentes en la Asociación Proyecto Hombre".
En Actas del 1er. Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre. Vitoria, Asoc. Proyecto Hombre.
- ZÁRRAGA, José Luis (1985)
"Informe juventud en España 1988"
Madrid, INJUVE

MEMORIA 1994 ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

CONSEJO DE EDICIÓN:

Comisión de Centros de Estudio y revista "Proyecto"

RESPONSABLE DE EDICCIÓN:

Lino F. Salas (revista "Proyecto")

COORDINADOR:

Pío Santos (Pte. comisión C. Estudios)

CORRECCIÓN ESTILO:

Isabel García (revista "Proyecto")

Tomeu Blanch (revista "Proyecto")

INFORMÁTICA:

Amalia Calvo (Dtra. C. Estu. P.H. Galicia)

DISEÑO GRÁFICO:

Rosaura Marquinez (revista "Proyecto")

MAQUETACIÓN:

Francisca Bonet (revista "Proyecto")

IMPRESIÓN:

I.G. Afanias. c/ Segundo Mata 3. Pozuelo (Madrid)

ENCUESTAS:

Centros de Estudios de los diferentes programas de la Asociación Española Proyecto Hombre

FOTOGRAFÍAS:

Aportadas por los responsables de los diversos centros de Estudios.

Archivo revista "Proyecto"

SEDE LEGAL:

c/ Martín de los Heros, 68
28998 Madrid

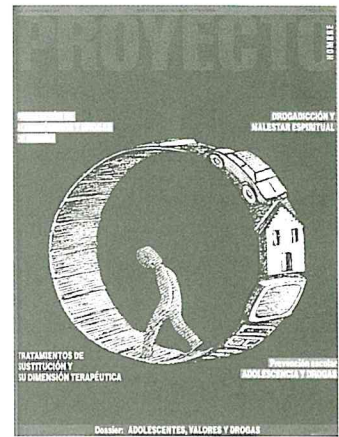
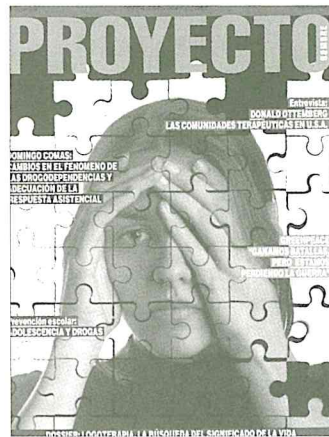
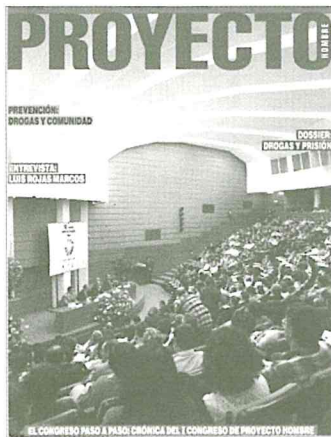
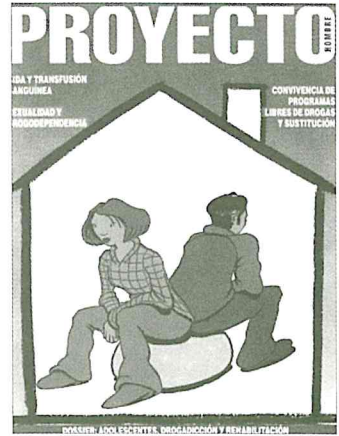
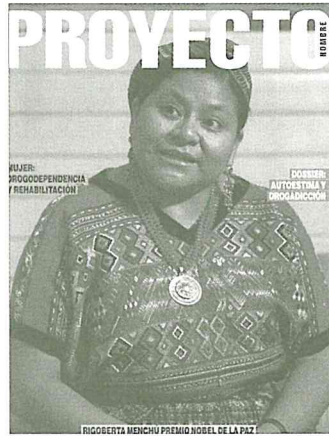
Tel.: (91) 542 02 71. Fax: 542 50 93

SECRETARÍA::

c/ San Leonardo 8, 1º derecha
28015 Madrid

Tel.: (91) 542 18 67. Fax: 542 18 67

REVISTA Y SUPLEMENTO TRIMESTRAL DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



CONTENIDO: Entrevistas, testimonios, información, artículos de opinión, ensayos, materiales de prevención...

DIRIGIDA: A terapeutas, educadores, profesionales, centros académicos y entidades públicas.

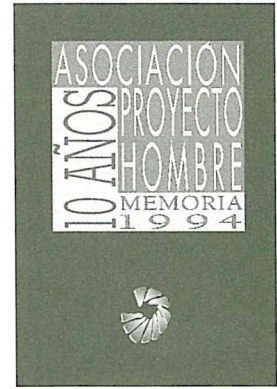
PARA SUSCRIBIRSE: Dirijase a la c/ San Leonardo 8, 1º dcha, 28015 Madrid.. Tel. (91) 542 16 70. Fax 542 18 67



CONTENIDO: Recoge los hechos, testimonios y experiencias más relevantes que suceden trimestralmente en los diferentes centros de la Asociación.

DIRIGIDO: Familias, residentes, voluntarios y amigos del Proyecto Hombre

PUBLICACIONES



COLECCIÓN ESTUDIOS: El objetivo de esta colección es publicar investigaciones y ensayos que sirvan para profundizar en los temas relacionados con el problema de las drogas y su prevención (56 pp.).

ACTAS DEL CONGRESO: Ofrece el conjunto de las ponencias y muestra una panorámica global de la evolución y la situación actual de las drogodependencias en España (368 pp.).

FOLLETO ASOCIACIÓN: Describe el Programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre y los servicios que ofrece en el tratamiento de las drogodependencias en el Estado Español (24 pp.).

MEMORIA 1994: Ofrece una relación de las actividades de la Asociación y presenta los resultados de un estudio sobre el perfil psicosocial y toxicológico de más de 3000 usuarios en tratamiento y reinserción social, así como el perfil de sus familias. Encuesta aplicada en 15 CC.AA. del Estado Español (136 pp.).

PARA SU ADQUISICIÓN: Dirijase a la oficina de la revista PROYECTO. Tel. (91) 542 16 70.

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

ALICANTE:
c/Deportista César Porcel, 11 bajo.
03006 ALICANTE.
Tf.:(96) 511 21 25. Fax: 511 27 24.

ASTURIAS:
c/Ferrocarril s/n.33207 GIJON.
Tf.:(98) 517 02 44. Fax: 535 81 54.

BALEARES:
c/Oblatas, 23
07011 PALMA DE MALLORCA.
Tf.:(971) 79 37 50 / 79 38 18.
Fax: 79 37 46.

BILBAO:
Av. de Madariaga, 63 bjs.
48014 BILBAO.
Tf.:(94) 447 10 33. Fax: 447 11 58.

BURGOS:
c/Palma de Mallorca s/n. Gamonal.
09007 BURGOS.
Tf.:(947) 48 10 77 / 48 15 84.
Fax: 48 10 78.

CAMPO DE GIBRALTAR:
c/Cartagena s/n (Esquina c/ Ter).
11300 LA LINEA
Tl.:(942) 10 47 88

CANARIAS:
c/Pedro Doblado Claverie, 34
OFRA. 38010 TENERIFE.
Tf.:(922) 66 10 20 / 66 15 00.
Fax: 66 15 68.

CANTABRIA:
c/Isabel la Católica, 8.
39007 SANTANDER.
Tf.:(942) 23 61 06. Fax: 23 61 17.

CÓRDOBA:
c/Abderramán III, 10.
14006 CÓRDOBA.
Tf.:(957) 40 19 09. Fax: 40 19 26.

EXTREMADURA:
c/Coria, 25. 10600 PLASENCIA.
Tf.:(927) 42 25 99. Fax: 41 82 62.

GALICIA:
c/Campillo S. Francisco s/n.
(Edificio S. Martin Pinario).
15075 STGO.DE COMPOSTELA.
Tf.:(981) 57 25 24. Fax: 57 36 06.

GUADALAJARA:
c/Inclusa, 1.
19001.GUADALAJARA.
Tf.:(949) 25 35 73. Fax: 25 35 66.

HUELVA:
c/Pabellón "Las Acacias" Ctra. Sevilla
Km. 636. 21007 HUELVA.
Tf.:(959) 23 48 56. Fax: 23 58 92.

JEREZ:
c/Lealas, 6.
11402 JEREZ DE LA FRONTERA.
Tf.:(956) 18 32 74 / 18 32 76.
Fax: 18 32 74.

LA RIOJA:
c/Manzaneda, 11 bjos.
26004 LOGROÑO.
Tf.:(941) 24 88 77 / 24 88 45.
Fax: 24 86 40.

LEÓN:
c/Miguel Servet, 8.
24411 Fuentes Nuevas.
PONFERRADA.
Tf.:(987) 45 51 20. Fax: 45 51 55.

MADRID:
c/Martin de los Heros, 68.
28008 MADRID.
Tf.:(91) 542 02 71. FAX: 542 46 93.

MALAGA:
Eduardo Carvajal, 4.
29006 MALAGA.
Tf.:(952) 35 31 20 / 35 32 25.
Fax:35 32 25.

NAVARRA:
Av.de Guipuzcoa, 5.
31012 PAMPLONA.
Tf.:(948) 13 00 34. Fax: 13 00 43.

SAN SEBASTIÁN:
Villa "Ulia Enea".
Calzada Vieja de Ategorrieta, 87.
20013 SAN SEBASTIÁN
(GIPUZKOA).
Tf.:(943) 27 36 90 / 27 36 90.
Fax: 28 44 44.

SEVILLA:
c/Marqués del Nervión, 75
41005 SEVILLA.
Tf.:(95) 463 01 49 / 463 04 00.
Fax: 466 00 02.

VALENCIA:
c/Padre Esteban Pernet, 1.
46014 VALENCIA.
Tf.:(96) 359 77 77. Fax: 379 92 51.

VITORIA:
c/San Ignacio de Loyola, 2.
01001 VITORIA.
Tf.:(945) 14 37 20 / 14 43 50.
Fax: 14 13 04.

ZAMORA:
Cno.Viejo de Villaralbo s/n.
49001 Pinilla, ZAMORA.
Tf.:(980) 51 18 70. Fax: 51 42 95.

ZARAGOZA:
c/Manuela Sancho, 3-9.
50002 ZARAGOZA.
Tf.:(976) 20 02 16. Fax: 20 02 18.

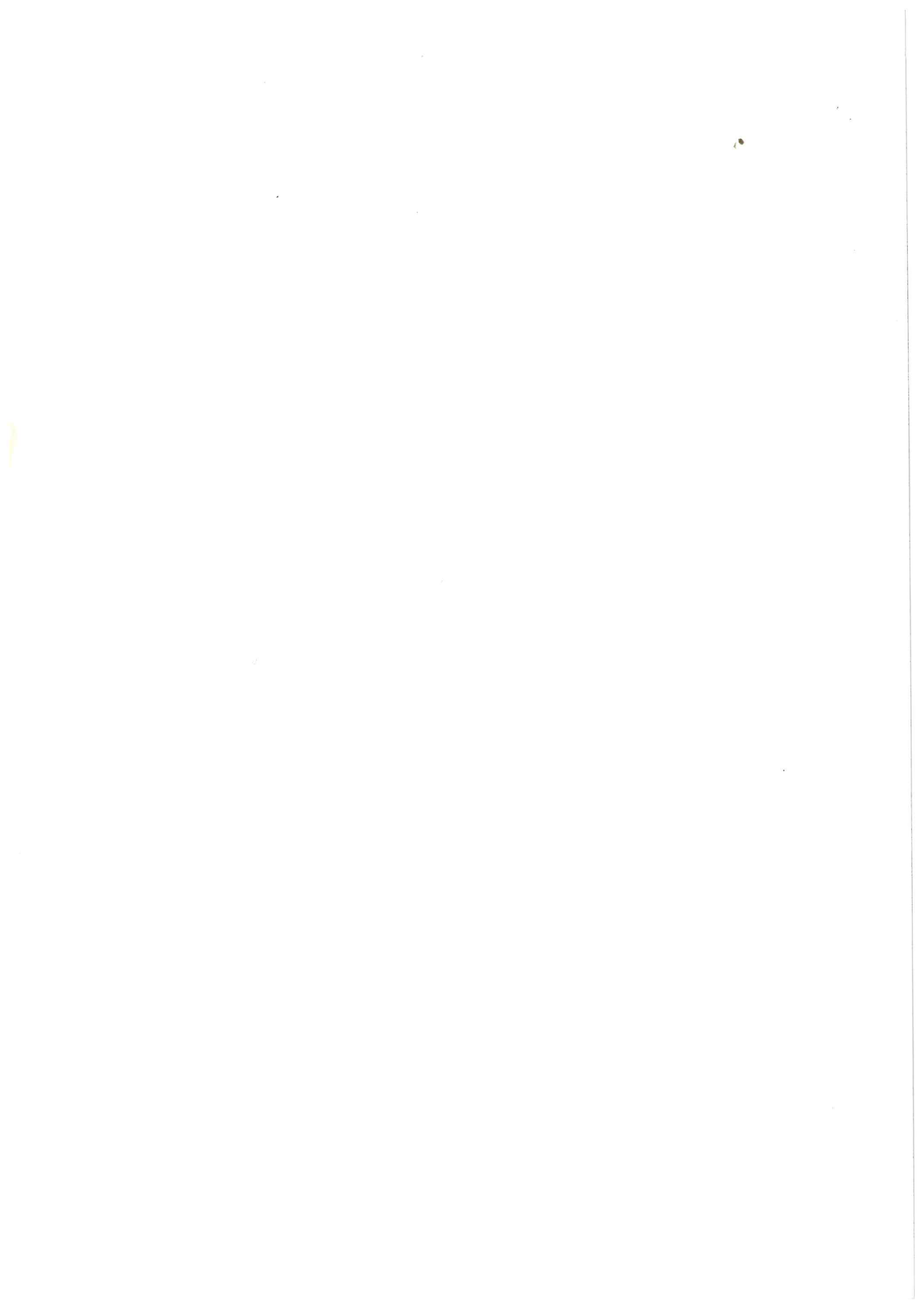
HA SOLICITADO ABRIR P.H.:
BARCELONA, MURCIA.,
VALLADOLID, JAÉN

Secretaria Confederación P.H.
c/ San Leonardo, 8, 1º dcha.
28015 MADRID.
Tel.:(91) 542 16 47. Fax: 542 18 67.

Escuela de Formación:
c/Osa Mayor, 19.
28023 Aravaca (MADRID).
Tel.:(91) 357 32 40. Fax: 307 00 38.

Revista "Proyecto":
Redac. c/ Oblatas, 23.
07011 PALMA DE MALLORCA.
Tel.:(971) 79 99 29. Fax: 79 28 17.

Administración y difusión:
c/ San Leonardo, 8, 1º dcha.
28015 MADRID.
Tel.:(91) 542 16 70. Fax: 542 18 67.





ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE