

ASOCIACIÓN

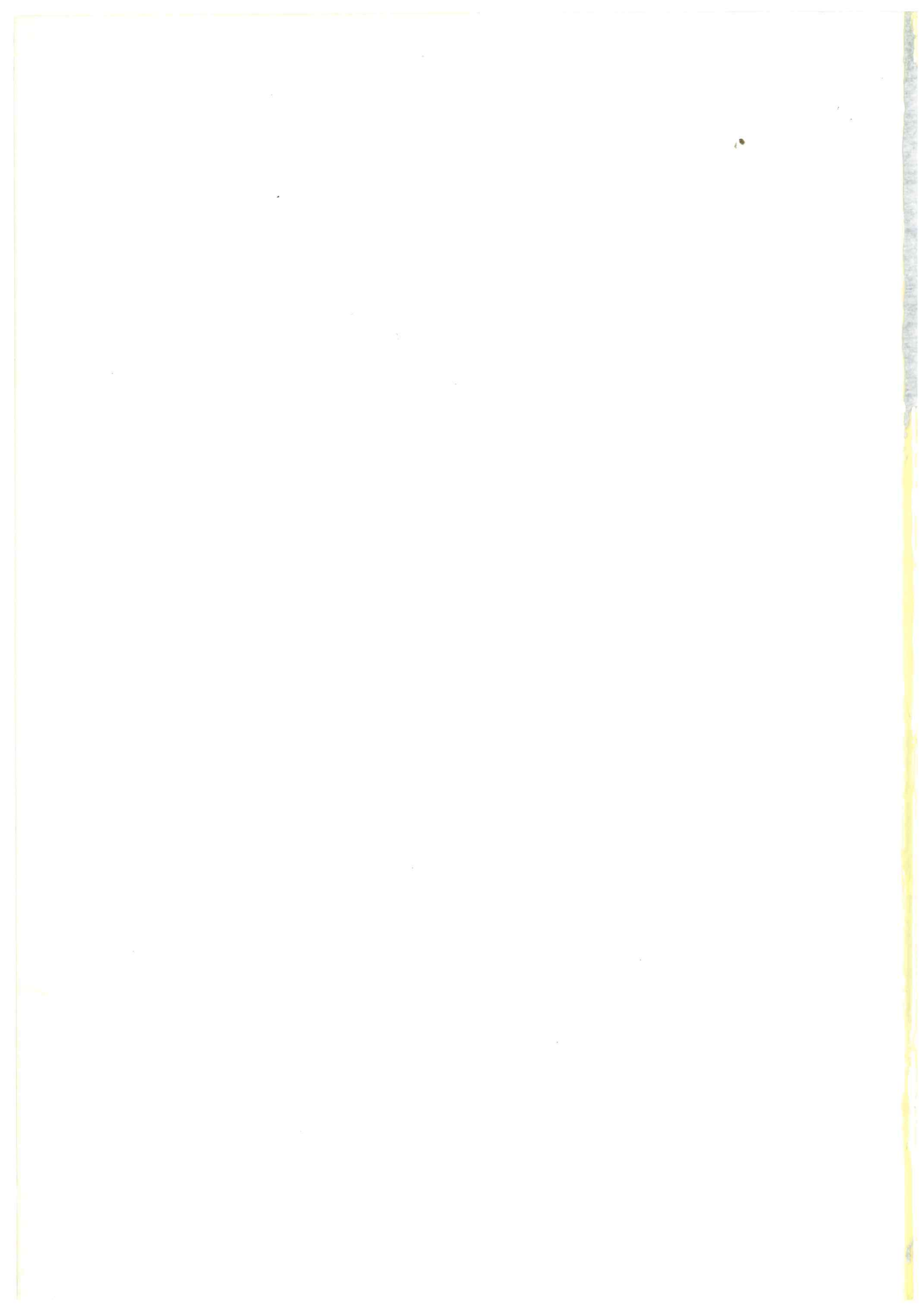
PROYECTO

HOMBRE

MEMORIA

1995





U.A.R. 10

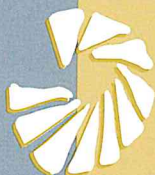
ASOCIACIÓN

PROYECTO

HOMBRE

MEMORIA

1 9 9 5



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

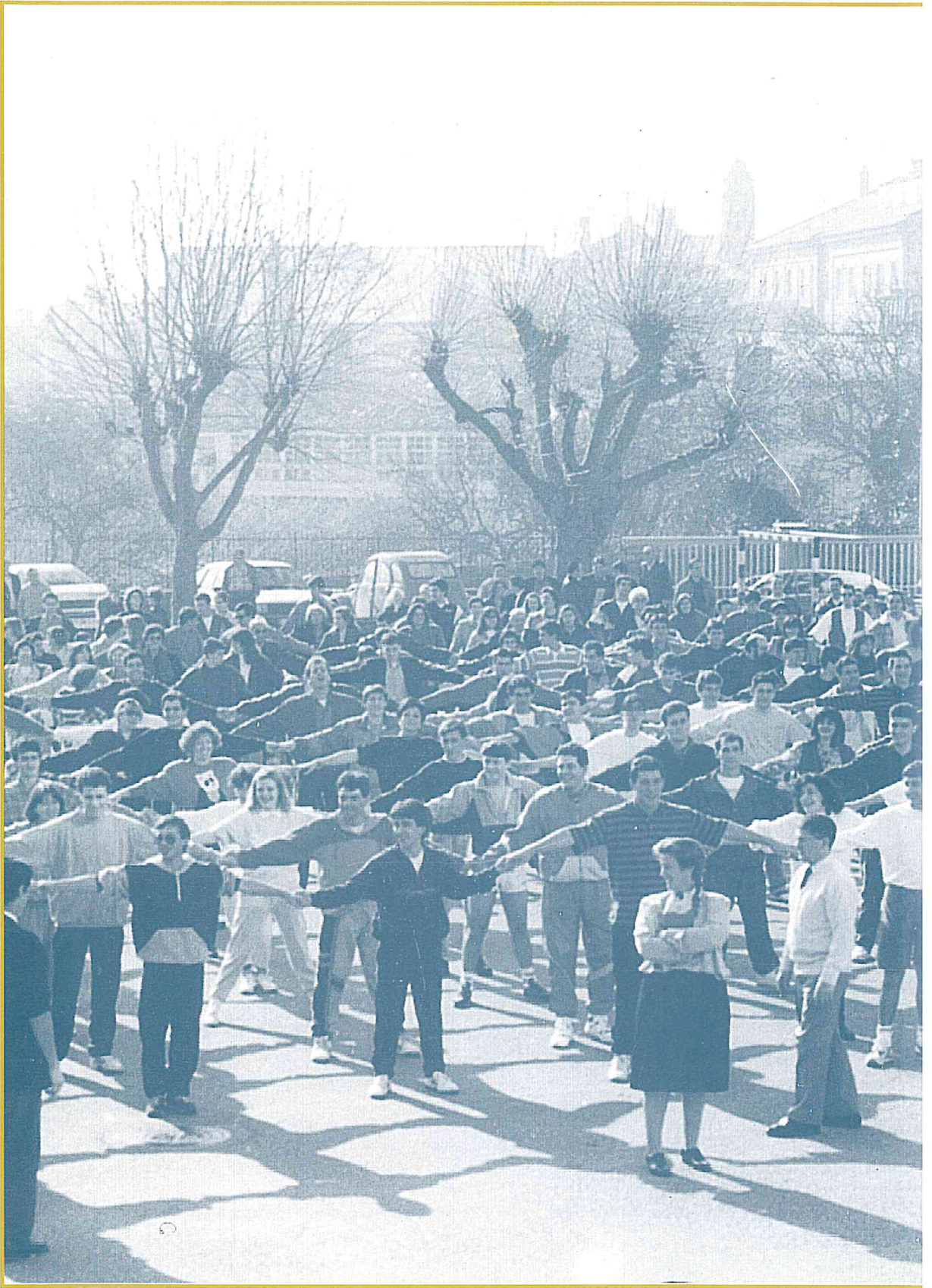
© ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE
Declarada de utilidad pública el 29-12-93
c/ San Leonardo 8, 1º dcha. 28015 Madrid
ISSN: 1136-8861
Depósito legal: M-35109-1996
Septiembre 1996

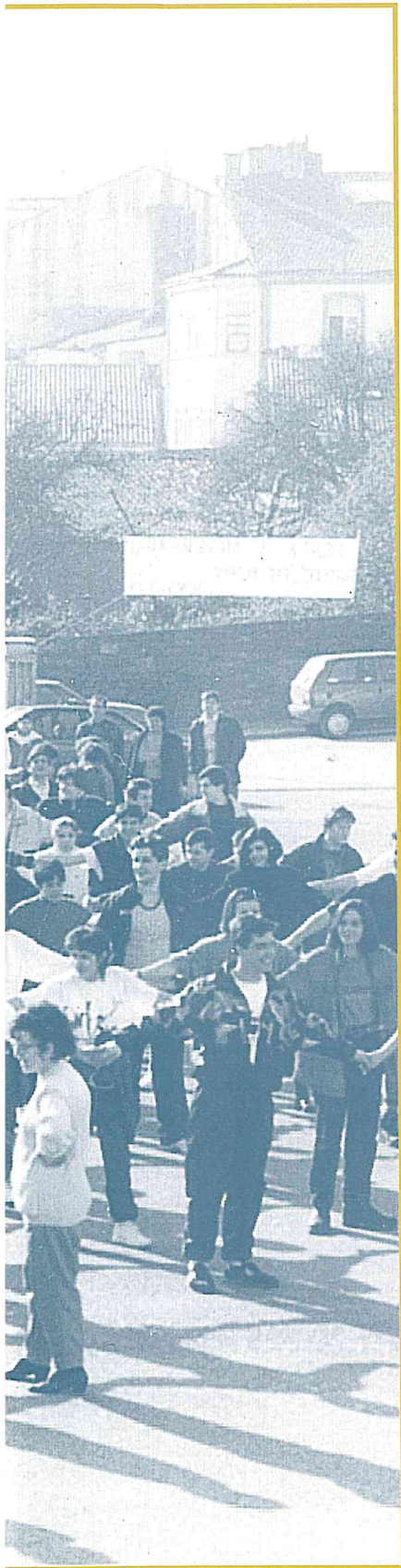
SUMARIO

PRESENTACIÓN.....	5
1. LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE: ORGANIGRAMA.....	9
2. PROGRAMA EDUCATIVO-TERAPÉUTICO.....	13
2.1. PROGRAMA DE APOYO.....	14
2.2. ALTERNATIVAS A LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS TRADICIONALES.....	15
2.3. OTRAS ALTERNATIVAS.....	15
2.4. NUEVAS ESTRUCTURAS.....	16
3. CRÓNICA 1995.....	27
3.1.- ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE.....	20
3.2.- ESCUELA DE FORMACIÓN.....	21
3.3.- COMISIÓN MÉDICA.....	24
3.4.- COMISIÓN JURÍDICA.....	29
3.5.- COMISIÓN DE CENTROS DE ESTUDIOS.....	31
3.6.- REVISTA “PROYECTO” Y DPTO. DE COMUNICACIÓN.....	32
4. MEMORIA ECONÓMICA.....	37
5. PROYECTO HOMBRE EN CIFRAS.....	43
6. FICHA TÉCNICA DE CADA PROGRAMA.....	47
7. LA DEMANDA ASISTENCIAL EN LA ENCRUCIJADA:	
PERFIL DE LOS INGRESOS DURANTE 1995.....	77
7.1. INTRODUCCIÓN.....	78
7.1.1. Inicio, desarrollo y estabilización de la epidemia de heroína: consecuencias para la red asistencial.....	78
7.1.2. Los objetivos del informe.....	80
7.1.3. Algunas consideraciones metodológicas.....	81
7.2. EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL SOBRE DROGAS EN ESPAÑA: UNA HIPÓTESIS EXPLICATIVA.....	83
7.3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO BÁSICO.....	89
7.3.1. Distribución por género y edad.....	89
7.3.2. Estructuras sociofamiliares.....	91
7.3.3. Expediente escolar.....	96
7.3.4. Actividad laboral.....	101
7.3.5. Incidencia del consumo de drogas sobre el trabajo.....	106
7.3.6. El dinero para adquirir drogas.....	107
7.4. LA TRAYECTORIA DE CONSUMO DE DROGAS.....	109
7.4.1. Edad de inicio y tipo de relación con las distintas drogas.....	109
7.4.2. Motivaciones para iniciar el consumo.....	114
7.4.3. El acceso a las drogas.....	115
7.4.4. Hábitos de consumo de heroína.....	118
7.5. EL CONTEXTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.....	120
7.5.1. Los intentos previos de dejar las drogas.....	120
7.5.2. Motivación para ingresar en el Proyecto Hombre.....	120
7.5.3. Drogas en la familia de origen.....	122
7.5.4. Problemas con la justicia.....	125
7.6. ALGUNAS CLAVES PARA LA REFLEXIÓN.....	128



PRESENTACIÓN





P

ara tener una imagen completa de la gran labor que Proyecto Hombre ha desarrollado en todo el Estado en el campo de la prevención y asistencia a los drogodependientes, sus familiares y entorno social durante el 1.995, tendríamos que remitirnos a las Memorias de los 27 programas esparcidos por toda nuestra geografía.

No obstante, la presente Memoria de la Asociación, —entidad coordinadora y prestadora de servicios comunes—, es un año más una buena ventana para tener la visión panorámica de ese servicio tan importante y un taller donde el trabajo cuidadoso de los numerosos datos que proporcionan los distintos programas nos permiten hacer un seguimiento cercano y fiel del perfil cambiante de las personas que nos llegan y así ofrecerles la ayuda más adecuada.

En su primera parte la presente Memoria nos ofrece esa visión panorámica de la que podemos subrayar tanto la expansión de Proyecto Hombre con la apertura de nuevos centros y programas, como el importante esfuerzo por adaptar sus estructuras a las exigencias del perfil evolutivo de nuestros usuarios. Por el mismo motivo, se nos está exigiendo cada vez más rigor y profesionalidad. De ello dan buena cuenta los esfuerzos realizados para conseguirlo, por parte de los servicios comunes de la Asociación, sobre todo de la Escuela de Formación y las Comisiones Médica y Jurídica. Cada vez va siendo más importante el esfuerzo por compartir nuestra labor con el resto de la sociedad para enriquecernos mutuamente y a ello ha contribuido sobre todo nuestra revista "Proyecto" y el Departamento de Comunicación.

En la segunda parte, un año más el sociólogo Domingo Comas del G.I.D. continúa el trabajo iniciado en la Memoria-94 contando ahora con los datos del 95 recogidos con mejoras metodológicas importantes, tanto del mismo instrumento, el cuestionario, como de los sistemas de recogida de información.

Su estudio subraya el carácter generacional de la epidemia de la droga, que nos da una foto fija. Pero ésta aparece movida y a veces borrosa por dos motivos: los cambios en las prioridades asistenciales de las administraciones públicas y por otra parte la expectativa de posible aparición de una "nueva generación" con diferentes hábitos de consumo de drogas, presidida por el alcohol y las drogas de síntesis.

Parece que las nuevas políticas no han contactado con los "drogodependientes ocultos", como se pretendía. Aunque los programas libres de drogas (PLDs), entre los que Proyecto Hombre sigue ocupando un lugar preponderante, globalmente pierden protagonismo por los programas de reducción de riesgos (PRRs) que sin embargo no han hecho emerger ninguna "población oculta" nueva, sin embargo tienen ante sí retos importantes que afrontar como son la colaboración con los PRRs y la apertura a las nuevas generaciones.

Nos ponemos a la escucha y seguimos haciendo el esfuerzo por acertar con nuestra respuesta.

1

LA ASOCIACIÓN

PROYECTO HOMBRE:

ORGANIGRAMA



s notoria la importancia creciente que en el campo de la recuperación de la drogadicción adquieren los centros que ponen en práctica el método de Proyecto Hombre. Siguiendo esta terapia internacional trabajan con los drogadictos y sus familias para ayudar a dejar la adicción, para cambiar la mentalidad social respecto a este problema y para crear las bases solidarias que ayudan a erradicar las causas que conducen a las drogas y a sus consecuencias. Hoy en día, la importancia de Proyecto Hombre y su buen hacer no son por nadie discutidos.

Sin embargo, fieles a la tradición de ser un servicio enraizado en su ambiente, los Centros de Solidaridad son independientes jurídicamente unos de otros, tienen economías y administraciones completamente separadas, sin que formen parte de una multinacional de la lucha contra la droga.

Tal autonomía, buena y necesaria, crea ciertos problemas de relación con la Administración del Estado. Efectivamente al ser cada uno de los centros independientes, ninguno de ellos tiene capacidad para ser interlocutor de la Administración Central en nombre de todos los demás con las subsiguientes ambigüedades y reservas que ello ocasionaría.

Por ello, los directores de los centros que siguen el sistema terapéutico Proyecto Hombre acuerdan formar “una asociación de ámbito estatal, no lucrativa, en la que estén todos los centros representados y que pueda asumir las relaciones con la Administración Central, dejando siempre a salvo la relaciones de cada centro de Proyecto Hombre con su propia Comunidad Autónoma”. (Preámbulo de los Estatutos de la Asociación aprobados el 25 de septiembre de 1989).

Así nace la Asociación Proyecto Hombre, cuyos fines son:

A. Colaborar con los centros que realicen la terapia Proyecto Hombre, ayudando a la apertura de los mismos; recaudando fondos públicos o privados para los mismos; promocionando cursos de formación de todo tipo para los terapeutas de Proyecto Hombre.

B. Promover las relaciones de los centros que hacen Proyecto Hombre entre sí; hacer de mediador e interlocutor entre la Administración Central del Estado Español y los centros en la medida en que éstos así lo deseen; cooperar con los fundadores del sistema terapéutico Proyecto Hombre ayudando a la investigación y mantenimiento de los principios y estilo del programa terapéutico Proyecto Hombre.

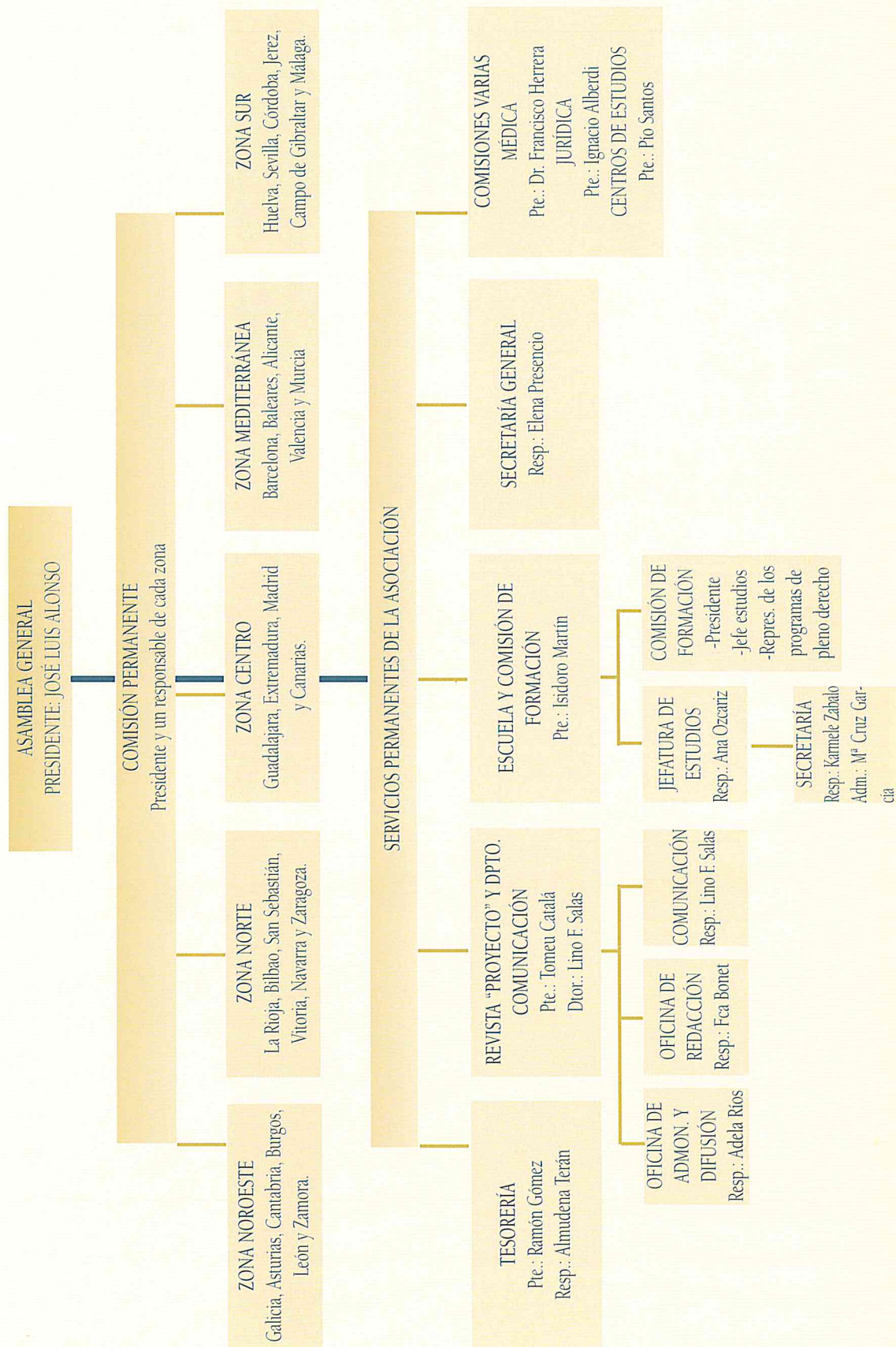
C. En general, realizar todas aquellas acciones que puedan apoyar el trabajo de los centros de Proyecto Hombre en su esfuerzo para ayudar a los jóvenes a salir de su adicción.”

(Artículo 5º de los Estatutos de la Asociación Proyecto Hombre).

La Asamblea General, órgano supremo de la Asociación, en su reunión plenaria del 18 de diciembre de 1995 acordó ampliar la estructura de cuatro zonas, vigente desde 1992, en una más: La Zona Este o Mediterránea.

Teniendo en cuenta los distintos servicios permanentes y la distribución de los 27 programas existentes en las cinco zonas, el organigrama actual es:

ORGANIGRAMA DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



2

PROGRAMA

EDUCATIVO

TERAPÉUTICO

PROGRAMA



EDUCATIVO TERAPEÚTICO

El programa educativo-terapéutico Proyecto Hombre basa su metodología en distintas corrientes de la Psicología actual. En las líneas básicas de abordaje terapéutico. Existe un claro sustrato humanista-existencial en la concepción de la persona y el problema de la droga, pero el elemento fundamental constitutivo de la terapia de Proyecto Hombre es la autoayuda como estilo de trabajo y como instrumento terapéutico.

El proceso terapéutico es uno, pero tradicionalmente se ha estructurado en las tres fases de: Centro de Acogida (Centro de Día para incentivar la motivación para el cambio personal), Comunidad Terapéutica (internado para el trabajo personal de autoconocimiento) y Reinserción (Apoyo a la consolidación del propio proyecto construido personalmente con autonomía).

La necesidad urgente de atender a una serie de demandas, estructuras personales, perfiles toxicológicos... de las personas que nos llegan y a quienes es necesario dar respuestas nuevas y adaptadas nos ha hecho pensar en otras alternativas. Siempre salvando la idea de proceso unitario e integral y por supuesto la filosofía de base del programa. Éstas son las más significativas:

PROGRAMA DE APOYO

Está funcionando en los programas de: Asturias, Baleares, Galicia, León, Madrid, Sevilla y Valencia.

Esta modalidad de programa está dirigida a residentes con las siguientes características:

— Personas que han alcanzado un buen nivel de conocimiento personal, verificado en su paso por el Centro de Acogida

— Que manifiesten una clara motivación por seguir su proceso.

— Ambiente familiar favorecedor que les sirva de soporte en su proceso.

La estructura del Programa de Apoyo se divide en tres fases, con una duración aproximada de tres meses cada una. Tienen diferentes objetivos con el fin de que la persona vaya consiguiendo su autonomía y logrando un proyecto de vida adulto y responsable. Se realiza el programa en régimen semirresidencial.



PROGRAMA NOCTURNO P.H.
MADRID

ALTERNATIVAS A LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS TRADICIONALES

— C.T. Diurna de Bilbao y Vitoria.

— C.T. intensiva de Donosti.

— C.T. de referencia de Valencia.

Lo más significativo de estas modalidades de C.T. es que, aún utilizando una metodología y unos instrumentos terapéuticos similares e incluso iguales que en C.T. tradicionales, al residente no se le provoca una ruptura con su red social, familiar, y de entorno tan fuerte, sino que se le mantiene e incluso se le orienta para que sepa desenvolverse mejor en ella. Por eso algunas de estas C.T. alternativas no son residenciales y aquellas que lo son dan mayor prioridad al tiempo que el residente pasa fuera de ella.

Las personas que tienen acceso a estas C.T. serán las mismas que vienen a C.T. tradicional, sólo se necesitaría un buen soporte familiar.

ALGUNAS DE ESTAS C.T. ALTERNATIVAS NO SON RESIDENCIALES Y AQUELLAS QUE LO SON DAN MAYOR PRIORIDAD AL TIEMPO QUE EL RESIDENTE PASA FUERA DE ELLA.

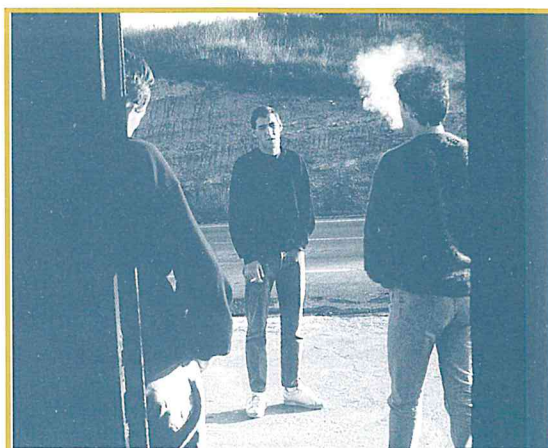
OTRAS ALTERNATIVAS

Así mismo, otros programas como Madrid tienen en marcha la COMUNIDAD DIRECTA para toxicómanos que no tienen familia que les dé apoyo y ya desde prácticamente su inicio realizan su proceso en régimen de internado.

Otra alternativa es el PROGRAMA NOCTURNO, que desarrollan los programas de Madrid y Vitoria, destinado a toxicómanos mayores con suficiente estructuración personal como para asumir con responsabilidad su proceso, con buena relación en el campo profesional-laboral y buen apoyo en la propia familia y/o la de origen.

TRABAJO CON ADOLESCENTES

Están trabajando con adolescentes en los programas de: La Rioja, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.





NECESIDAD DE QUE EL JOVEN NO TENGA LA SENSACIÓN DE HACER UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN, SINO QUE SE ESTÁ FAVORECIENDO SU PROCESO DE CRECIMIENTO

Se trata de jóvenes que oscilan entre los 14-21 años aproximadamente, con lo cual muchos de ellos ya no se pueden considerar adolescentes propiamente dichos.

Aunque cada uno de los programas tiene sus variantes en la estructura y la metodología, éstos serían los puntos comunes:

— Perfil básico del adolescente: consumidor de drogas sintéticas, éxtasis, hachís, alcohol, rebeldía, fracaso escolar, dificultad de relación familiar.

— Necesidad de una buena información desde el programa, tanto al joven como a su familia, de su proceso real que posiblemente no sea tanto el consumo de drogas como su propia crisis de identidad y de crecimiento.

— Trabajo específico, riguroso e individualizado con la familia. De hecho en programas como Valencia, La Rioja y Sevilla, se hace un trabajo muy determinado con ellas con objetivos, instrumentos y metodología para ellas exclusivamente.

— Necesidad de que el joven no tenga la sensación de hacer un programa de rehabilitación, sino que se está favoreciendo su proceso de crecimiento. Aunque el consumo de drogas está incluido en todo esto, es como un factor más.

— Normalización de un estado de vida favorable y ocupación de su tiempo libre como algo imprescindible.

— La duración del programa es aproximadamente de un año en un régimen no residencial, donde se intenta no desvincular al joven de su entorno familiar, social y escolar.

NUEVAS ESTRUCTURAS

. Nueva estructura es la C.T. de REINSERCIÓN ALTERNATIVA, dirigida a personas en rehabilitación o desintoxicación, derivadas de programas municipales, de otras comunidades terapéuticas, etc...

. Merecen mención las ofertas que hacemos a las personas RECAÍDAS una vez finalizado el programa, que a pesar de su alto nivel de frustración personal, pueden salir de él y reelaborar sus vidas. Para ello deben hacer un trabajo personal orientado a identificar cuáles fueron las causas de su recaída emocional y racionalmente, para luego dar una respuesta diferente a la dada hasta el momento. Este trabajo se realiza a veces desde las estructuras mencionadas hasta ahora y otras veces desde estructuras específicas como es el caso de los programas de Madrid, Valencia y Donosti; éste último se realiza desde un prisma logoterapéutico.



TRABAJO PENITENCIARIO

Con este tipo de servicio trabajan la mayoría de los programas.

Los objetivos para trabajar en prisión serían:

— Orientación a una vida sin drogas dentro de la cárcel.

— Cambio de comportamiento dentro de la institución penitenciaria y en relación con la familia.

— Recuperación de la autonomía personal.

— Motivación por la realización de un programa de rehabilitación cuando alcancen la libertad, o que se les permita iniciar un proceso en régimen extrapenitenciario.

Evidentemente la consecución de estos objetivos no es nada sencillo. Todos sabemos que el ambiente de la cárcel no es favorable para que se dé cualquiera de ellos. Pero los datos nos demuestran que una buena relación con el equipo técnico de tratamiento de la prisión (funcionarios, asistentes sociales, psicólogos, voluntarios), así como con los coloquios, o grupos específicos que realiza el equipo terapéutico en prisión (aunque en salas programadas para estos grupos), se logra motivar al interno, que se haga consciente de que no sólo debe ir en busca de la libertad sino también de una vida sin drogas.

Siendo amplia la oferta aún nos queda la duda de si estaremos dando la respuesta adecuada, esta nueva realidad nos reta a seguir a la escucha y profundizando en el estudio del perfil cambiante del toxicómano, y adecuar las distintas alternativas a estos cambios.



3

CRÓNICA

1 9 9 5

CRÓNICA



VOLUNTARIOS Y PERSONAL DE LA ASOCIACIÓN EN UNA CASE EN LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.



APERTURA P.H. BARCELONA, NOVIEMBRE 1995

1995

3.1.- ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

1.994 fue un año relevante en la historia de la Asociación. El I Congreso Nacional (con motivo de los 10 años de Proyecto Hombre) y los numerosos premios recibidos ayudaron a dar a conocer nuestra labor a la sociedad española.

1.995 ha dado paso sin embargo, a la reflexión y el crecimiento interno. En este tiempo han continuado sumándose a nosotros personas que con ilusión trabajan para la apertura de nuevos Centros en lugares como Murcia y Barcelona.

Es importante sin embargo destacar que no sólo hemos crecido en número, sino que las alternativas al tratamiento también aumentan cada año. La razón viene dada por nuestra realidad. En estos momentos nos encontramos ante un fenómeno cambiante que cada vez exige más respuestas: el comienzo del trabajo con adolescentes, la diversificación y la evolución de los Programas tradicionales, son todos fruto de una revisión y reflexión continua.

Por supuesto que de estas reflexiones hemos hecho partícipes a quien nos ha pedido compartirlas, como explica la comparecencia de representantes de la Asociación ante una de las Comisiones de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados que estudia la pobreza en España.

Asimismo, en esta labor no nos podemos olvidar de la referencia que suponen otras organizaciones que trabajan en este mismo espacio. Y no sólo en España sino también en otros países. En esta línea es importante la oportunidad que nos brindó la embajada de

los Estados Unidos de conocer su actuación en materia de tratamientos y políticas de drogas, o la red que Centros de la Asociación han creado con organizaciones europeas (R.A.I.L.), bajo cuyas siglas se presentó una propuesta conjunta de formación e inserción laboral a la iniciativa Horizon.

Son destacables en nuestras relaciones con otras organizaciones europeas las que existen con los Programas portugueses (Lisboa, Braga, Villareal y Abrantes). La formación y el seguimiento en los procesos de apertura son las dos áreas en las que mantenemos una estrecha colaboración.

Ahora bien, no somos sólo nosotros los que damos respuestas. Nos hemos encontrado con una sociedad que también responde. Y lo hace llenando el estadio Mestalla (Valencia), en el partido de fútbol celebrado a beneficio de Proyecto Hombre, o transmitiendo su apoyo en todos los actos celebrados por la Asociación a lo largo de este año.

Y ya en el ámbito propiamente interno también se ha vivido un tiempo de cambios. La Comisión Permanente (Junta Directiva) de la Asociación amplió su número de miembros, como consecuencia del aumento de los Centros. Igualmente, las comisiones de trabajo, denominadas Zonas (en función de la situación geográfica) crecieron adaptándose a las nuevas necesidades (ver pág. 11, organigrama).

Nuestra bienvenida a Francisco Palanca y a Antonio Hernández, nuevos integrantes de la Comisión, y nuestro agradecimiento a Epifanio López, anterior vicepresidente, por la labor realizada, tanto en la Asociación, como en el Programa de Zaragoza, cuya dirección dejó en 1.995.

3.1.- ESCUELA DE FORMACIÓN

La Escuela de Formación de Terapeutas surge ante la necesidad observada de realizar un aprendizaje teórico-experiencial más acorde con la realidad de los diferentes Programas. Hasta mediados de 1990, la formación teórica se realizaba en Italia, en la Casa di Sole, dependiente del CeIS de Roma, mientras que las prácticas se realizaban en los distintos Programas del Estado.

Es por ello que a finales de 1.990 se inaugura la Escuela de Formación dependiente de todos los Programas a través de su Asociación.

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



APERTURA DEL P.H. MURCIA,
MAYO 1995

EL COMIENZO DEL TRABAJO CON ADOLESCENTES, LA DIVERSIFICACIÓN Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PROGRAMAS TRADICIONALES SON TODOS FRUTO DE UNA REVISIÓN Y REFLEXIÓN CONTINUA

FACHADA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN EN ARAVACA,
MADRID





PRIMER CURSO PROPEDEÚTICO.

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 conceptual y de clarificación personales necesarias: autoconocimiento, comunicación interpersonal, integración grupal/comunitaria, autoayuda, disponibilidad de voluntariado, etc.

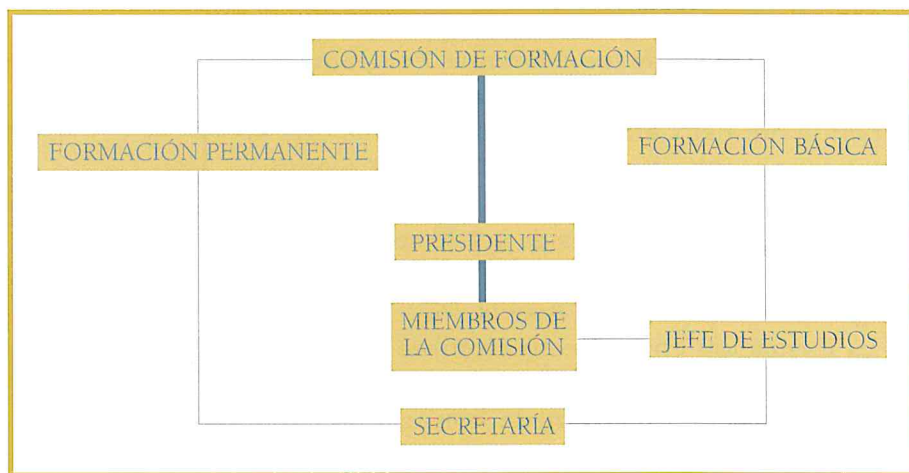
La principal actividad de la Escuela es la formación básica e inicial para los futuros terapeutas, que se desarrolla a lo largo de un año coordinado entre el respectivo programa terapéutico y la Escuela de Formación.

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 fundamentalmente concorde entre todos los programas. Sin unificar ni ahogar la creatividad de cada programa, provoca la unificación básica de criterios, objetivos terapéuticos y estilo de trabajo. A la vez, es 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 cinco zonas en que está dividida la Asociación y los Programas Terapéuticos. Ello no excluye la realización de determinados cursos de reciclaje o revisión terapéutica que oportunamente convenga organizar en la Escuela de Formación.

La Escuela, así mismo pone a disposición la infraestructura: edificio, personal, y demás a las distintas Comisiones de trabajo de la Asociación: médica, jurídica, Revista Proyecto, así como a las Asambleas de Presidentes.

El Organigrama de la Escuela es el siguiente:



SIN UNIFICAR NI AHOGAR LA CREATIVIDAD DE CADA PROGRAMA, PROVOCA LA UNIFICACIÓN BÁSICA DE CRITERIOS, OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y ESTILO DE TRABAJO.

CALENDARIO DE LA ESCUELA. ACTIVIDADES 1995

ENERO:

DEL 11 AL 13 DE ENERO EVALUACIÓN DEL 12º C.F.T.

DEL 16 AL 20 DE ENERO 3ª SEMANA DEL 14º C.F.T.

DEL 23 AL 24 DE ENERO REUNIÓN DE PRESIDENTES

25 DE ENERO: REUNIÓN DE LA COMISIÓN JURÍDICA

DEL 28 AL 30 DE ENERO REUNIÓN DEL PROGRAMA HORIZON

DEL 31 DE ENERO AL 2 DE FEBRERO CURSO ZONA CENTRO

FEBRERO:

DEL 6 AL 10 DE FEBRERO REVISIÓN DEL 6º C.F.T.

DEL 12 AL 17 DE FEBRERO 1ª SEMANA DEL 15º C.F.T.

DEL 19 DE FEBRERO AL 17 DE MARZO CURSO BASE DEL 14º C.F.T.

MARZO:

DEL 20 AL 24 DE MARZO 2ª SEMANA DEL 15º C.F.T.

28 DE MARZO REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE CENTRO DE ESTUDIOS

28 DE MARZO REUNIÓN DE LA COMISIÓN MEDICA

ABRIL:

DEL 2 AL 3 DE ABRIL REUNIÓN DE PRESIDENTES

4 DE ABRIL: REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN

21 DE ABRIL: REUNIÓN CORRESPONSALES DE LA REVISTA "PROYECTO"

DEL 24 AL 28 DE ABRIL 3ª SEMANA DEL 15º C.F.T.

MAYO:

DEL 8 AL 12 DE MAYO REVISIÓN DEL 7º C.F.T.

18 DE MAYO REUNIÓN COMISIÓN DE FORMACIÓN

DEL 24 AL 26 DE MAYO EVALUACIÓN DEL 13º C.F.T.

JUNIO:

DEL 4 AL 30 DE JUNIO CURSO BASE DEL 15º C.F.T.

6 DE JUNIO REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN

JULIO:

DEL 2 AL 7 DE JULIO: 1ª SEMANA DEL 16º C.F.T.

6 DE JULIO REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN

SEPTIEMBRE

DEL 4 AL 8 DE SEPTIEMBRE 2ª SEMANA DEL 16º C.F.T.

11 DE SEPTIEMBRE REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN

DEL 13 AL 15 DE SEPTIEMBRE 1ª SEMANA DEL 16º C.F.T.

DEL 25 AL 29 DE SEPTIEMBRE REVISIÓN DEL 8º C.F.T.

OCTUBRE

DEL 1 AL 6 DE OCTUBRE 1ª SEMANA DEL 17º C.F.T.

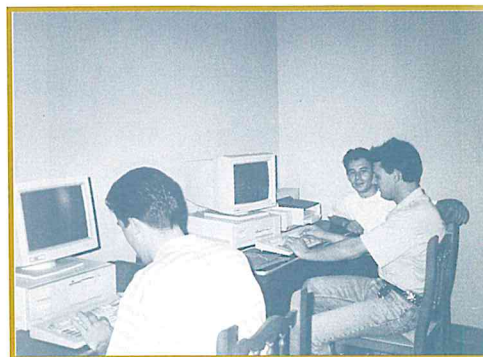
DEL 9 AL 10 DE OCTUBRE REUNIÓN DEL PROFESORADO

DEL 16 AL 17 DE OCTUBRE REUNIÓN DE PRESIDENTES

DEL 18 AL 20 DE OCTUBRE EVALUACIÓN DEL 14º C.F.T.



TERCER CURSO PROPEDEÚTICO,
FEBRERO 1992.



TALLER DE INFORMÁTICA.
CENTRO DE ACOGIDA DEL P.H.
EXTREMADURA.

DEL 25 AL 27 DE OCTUBRE 2ª SEMANA DEL 4º AÑO DE LOGOTERAPIA
30 DE OCTUBRE REUNIÓN DE PROFESORADO
30 DE OCTUBRE REUNIÓN DE LOS RESPONSABLES DE FORMACIÓN

NOVIEMBRE:

DEL 5 DE NOVIEMBRE AL 1 DE DICIEMBRE CURSO BASE DEL 16º C.F.T.
14 DE NOVIEMBRE REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN

DICIEMBRE:

DEL 11 AL 15 DE DICIEMBRE 2ª SEMANA DEL 17º C.F.T.
DEL 18 AL 19 DE DICIEMBRE REUNIÓN DE PRESIDENTES
20 DE DICIEMBRE REUNIÓN COMISIÓN JURIDICA
20 DE DICIEMBRE REUNIÓN COMISIÓN MEDICA

3.2.- COMISIÓN MÉDICA

La continuidad del trabajo de la Comisión Médica durante este año, ha permitido profundizar en los objetivos propuestos durante el año pasado. En concreto el aspecto más importante sobre el que se ha trabajado durante este año ha sido la puesta en marcha y desarrollo de programas de Educación Para la Salud que mejoren la adquisición de responsabilidades en los autocuidados personales y de sus familias.

Junto a estos programas, están en desarrollo dentro de algunos centros proyectos de intervención más específicos sobre los residentes seropositivos, en los que el sector sanitario tiene un papel fundamental.

Por otro lado, hemos recibido más datos epidemiológicos de los diferentes programas. En concreto, han remitido sus resultados los programas de: Asturias, Baleares, Bilbao, Burgos, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Guadalajara, Huelva, La Rioja, León, Madrid, Murcia, Navarra, Donostia, Sevilla, Valencia, Vitoria, Zamora y Zaragoza.

Estos resultados son siempre difíciles de tabular, ya que existe una obligatoria demora entre la realización de la historia médica y la recepción de los resultados analíticos, por lo que es imposible ver los resultados al 100%. Sin embargo, si nos ofrecen una estimación bastante aproximada de la situación sanitaria

de nuestros programas.

Hemos querido recoger dentro de estos resultados, tanto el número de ingresos en cada programa como el número de historias realizadas. Esta proporción nos informa de la accesibilidad global del residente a una evaluación adecuada de su estado de salud y de la rapidez con la que disponemos de esos datos. De todos modos, este resultado está muy sesgado por el número de abandonos del programa previos al paso por el servicio médico.

Las proporciones de residentes historiados con resultados analíticos completos, oscilan entre un 36,2%

DURANTE ESTE AÑO EN LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD SE HA PUESTO EN MARCHA UN PLAN PARA MEJORAR LA ADQUISICIÓN DE RESPONSABILIDADES EN LOS AUTOUIDADOS PERSONALES Y DE SUS FAMILIAS.

PERSONAL MÉDICO DEL P.H. CANARIAS.



de los ingresos (en centros con una gran presión de nuevos ingresos) hasta un 100% de los ingresos, en otros centros.

La mayoría de los centros alcanzan una proporción superior al 50%, siendo la media de 60,95+18,03%. Sin embargo, sería deseable que todos los nuevos residentes —independientemente de que permanezcan en el programa o no— mantengan algún tipo de contacto con las estructuras sanitarias, tanto para ofrecerles un mínimo consejo en cuanto a las normas de prevención de enfermedades infectocontagiosas como para explicarles la importancia de la evaluación de su estado de salud.

En cuanto a la incidencia de serología positiva al VIH, es decir, el número de nuevos infectados por VIH detectados durante el año 1995, parece que presenta un franco descenso con respecto a años anteriores. La media de los diferentes programas es de 16,03+7,97%, con una incidencia mínima de 3,1% y la máxima de 27,2%. Existen grandes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), siendo las de mayor incidencia (siempre en torno al 25%): Baleares, Bilbao, Madrid, Murcia, Navarra, Donostia, Valencia y Vitoria. Sin embargo, hay una tendencia al descenso de la incidencia de la Infección VIH en la mayoría de las CCAA, siendo muy importantes los descensos con respecto al año anterior en Burgos, Guadalajara, Vitoria y Zaragoza.

Estos datos concuerdan con los obtenidos a nivel nacional, a través de otras organizaciones, en los que se advierte una notable tendencia al descenso o la estabilización en la incidencia de esta infección.

La presencia de Antígeno Australia en los residentes estudiados durante el año 1995, oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 11,8%, siendo la media de 4,07+3,36%. Estos resultados son razonablemente más homogéneos entre los diferentes programas, salvando el caso de Murcia que comunican el máximo de los obtenidos. Esto puede deberse al pequeño número de casos estudiados, y que no respondan a la realidad de la población de aquella CCAA.

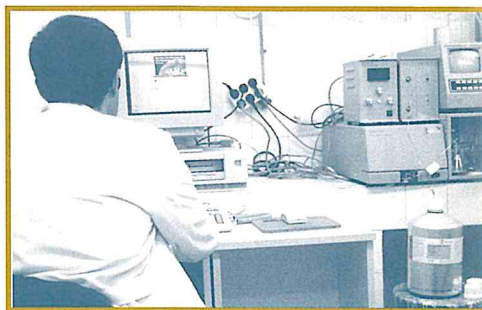
En cuanto a los restantes marcadores virales de la Hepatitis B (VHB), están presentes en el 35,48% de la población estudiada, con una desviación de 16,9; los valores oscilan entre el 5,9% (La Rioja) y el 66,6% (Vitoria). La infección por VHC continúa siendo y con mucho, la de mayor incidencia entre los drogodependientes, con una media de infectados de 51,12% y una desviación de 19,84.

Los programas con mayor número de infectados en términos absolutos son: Galicia, Madrid, Donostia y Valencia. Sin embargo, casi el 40% de los pro-



GIMNASIO DEL CENTRO DE ACOGIDA. P.H. CANARIAS.

EN CUANTO A LA INCIDENCIA DE SEROLOGÍA POSITIVA DEL VIH DETECTADOS DURANTE EL AÑO 1995, PARECE QUE PRESENTA UN FRANCO DESCENSO CON RESPECTO A AÑOS ANTERIORES.





LA HEPATITIS B SE CONVIERTE EN LA PATOLOGÍA ESTRELLA ENTRE LOS RESIDENTES DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS, TANTO POR SU PREVALENCIA COMO POR LA IMPORTANCIA CLÍNICA.

gramas presentan una incidencia superior al 60%, aún cuando muchos de ellos tengan menor número de residentes.

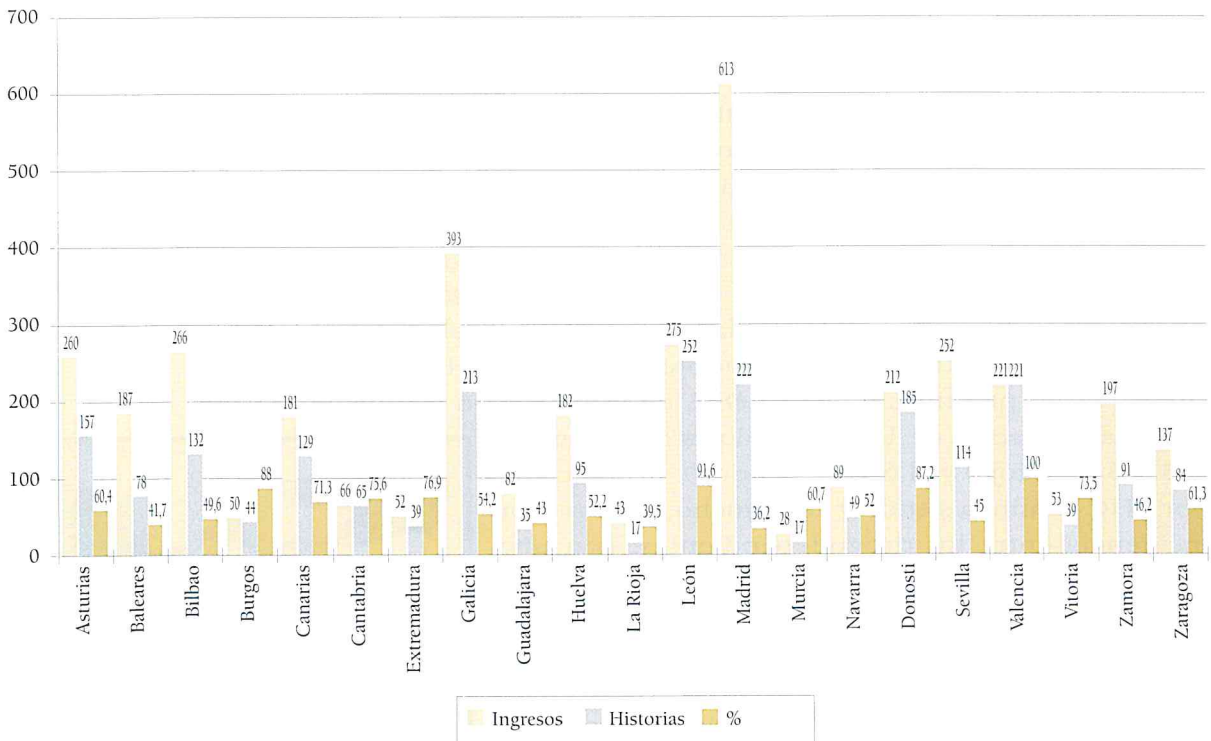
Se convierte así en la patología estrella entre los residentes de los diferentes programas, tanto por su prevalencia como por su importancia clínica. Esto nos obliga a prestarle una mayor dedicación al conocimiento de sus vías de transmisión y a su prevención.

En cuanto a la Infección Tuberculosa, la incidencia media de los diferentes programas es de 24,04+14,55%; la mitad de los diferentes centros presentan una tasa mayor al 30% de tuberculín positivos. Galicia, Huelva, Madrid y Donostia, son los programas con una mayor prevalencia en términos absolutos. Estos datos

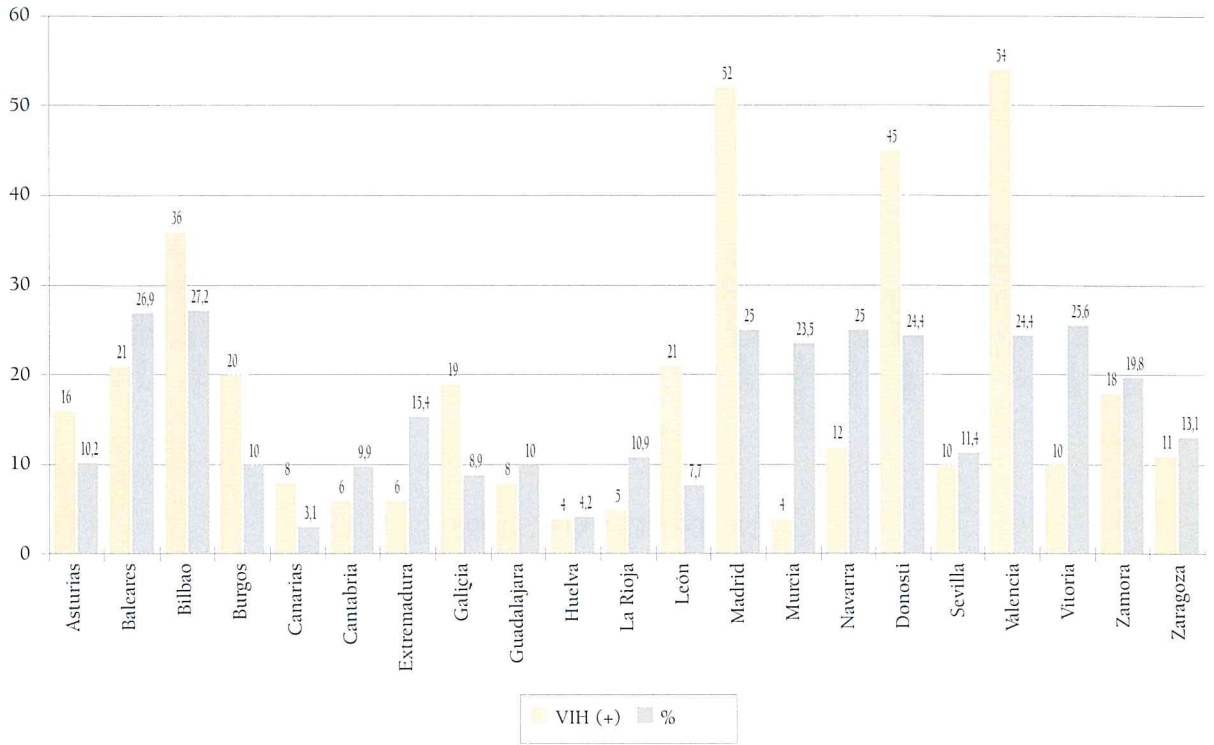
nos advierten del importante problema sanitario que tenemos todos los programas y, en especial, los anteriormente reseñados. No disponemos de datos que pongan de manifiesto la tasa de convertidores tuberculínicos dentro de los propios programas, por lo que sería deseable incluirlo entre los datos a registrar para la próxima memoria.

De estos comentarios, tan sólo una reflexión, creemos que sería aconsejable acelerar el proceso de contacto del sector sanitario con el residente, de forma que obtuviéramos unos datos más completos y veraces posibles de la realidad de salud. Por otro lado, in-

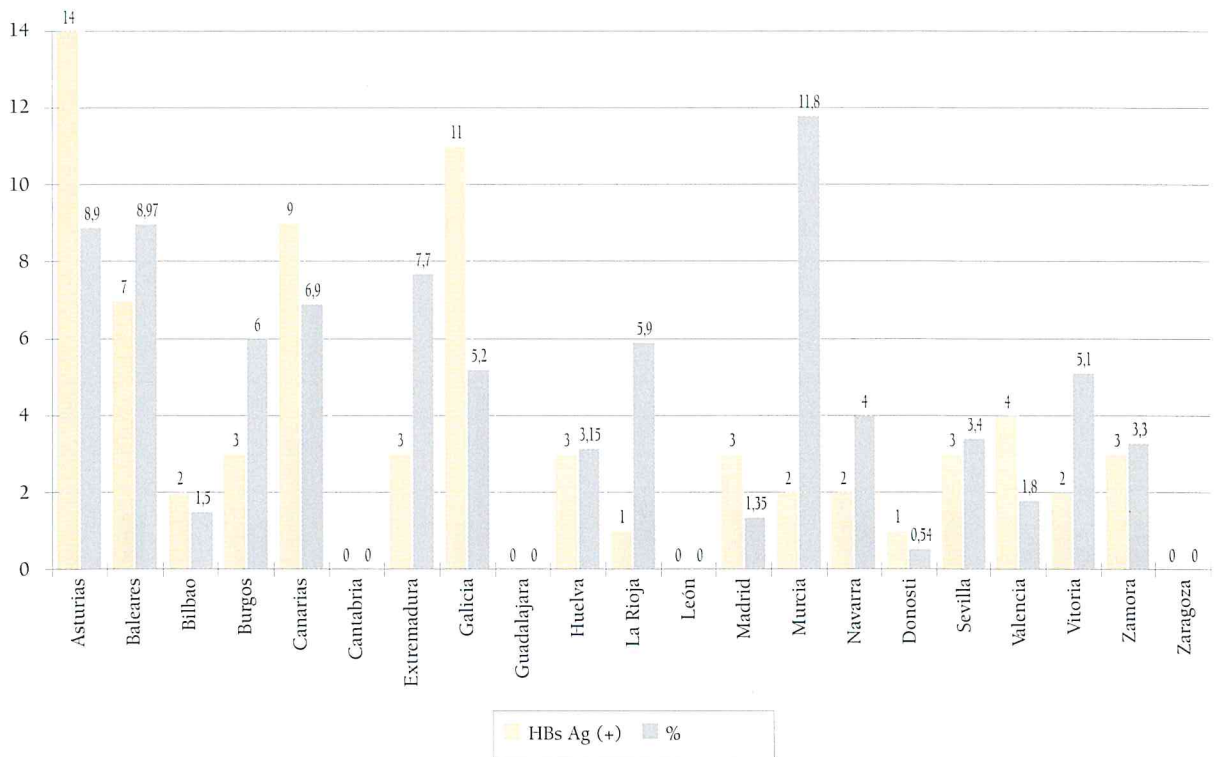
INGRESOS Y NUEVAS HISTORIAS (1995)



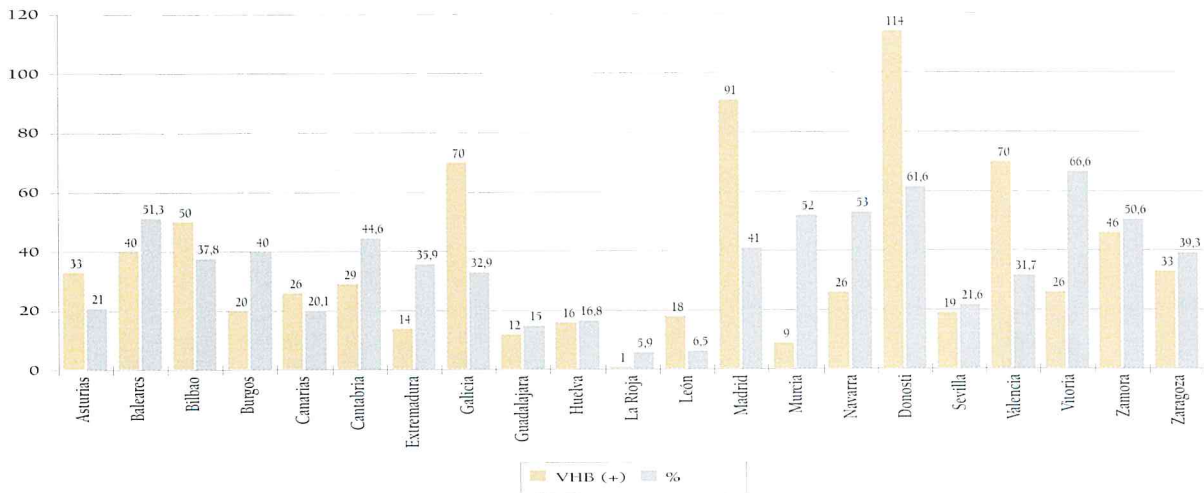
INCIDENCIA VIH (1995)



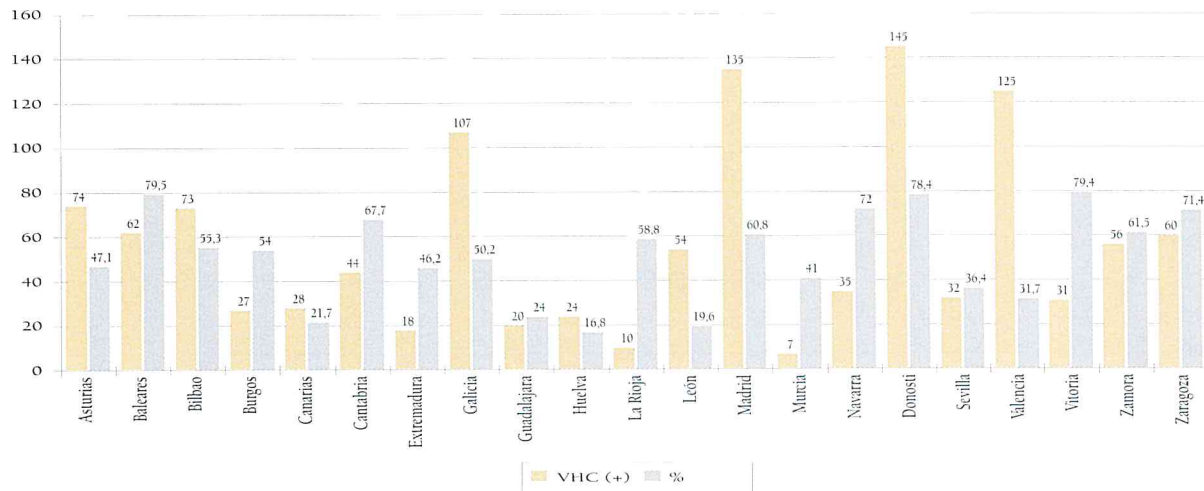
INCIDENCIA HBS AG



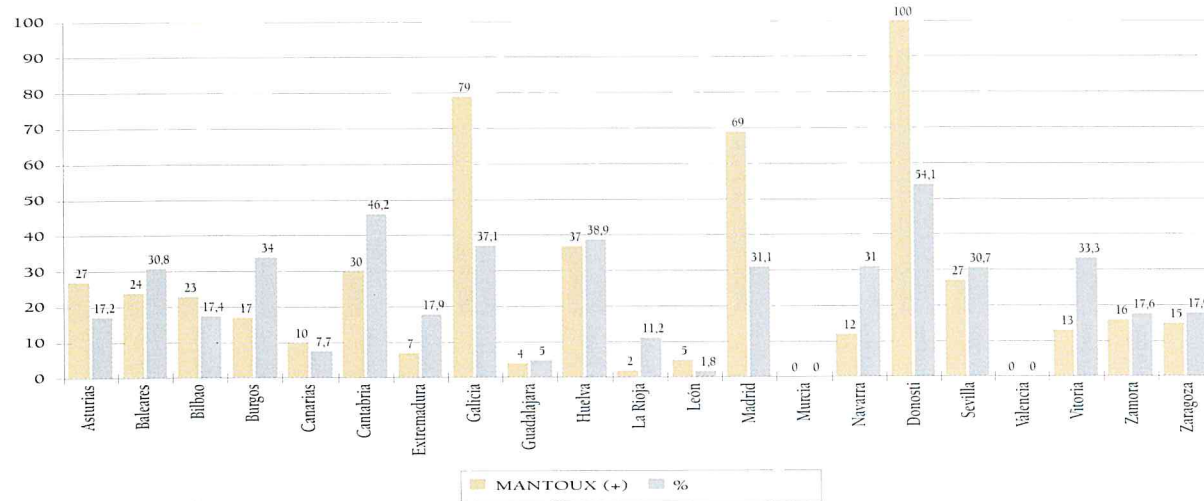
INCIDENCIA VHB (1995)



INCIDENCIA VHC (1995)



INCIDENCIA INFECCION TBC



tensifiquemos los programas de Educación para la Salud y que se incluyan sus conclusiones entre los compromisos revisables de los residentes.

3.3.- COMISIÓN JURÍDICA

La cárcel no regenera sino que en sí misma es altamente destructiva y criminógena. Genera rencor y odio en mayor o menor medida. Y no hay nada más peligroso e inhumano que el odio y el rencor. Y todo esto, con unos costes económicos de difícil cuantificación por su complejidad y dimensiones.

Las autoridades competentes y la sociedad en general deberíamos buscar y proponer alternativas a la prisión. Proyecto Hombre lo está siendo para drogodelincuentes.

Y sin embargo nuevamente tenemos que denunciar en esta Memoria el que 106 jóvenes han tenido que ingresar en prisión dejando los grupos terapéuticos, un ambiente de autoayuda, un proceso educativo y una rehabilitación social que habían iniciado o estaban ultimando en nuestro Programa. Incomprensiblemente, nos encontramos con que este año ha habido 9 casos más de ingreso que el año pasado.

En los 91 casos se ha preferido una estructura de violencia al ambiente de autoayuda y se ha antepuesto el fin punitivo al proceso de rehabilitación.

Nos surgen varias preguntas: ¿es el último año que tenemos que hacer esta denuncia? Con el nuevo Código Penal en la mano, nacido con espíritu democrático y humanizador ¿van a volver a darse estas situaciones? Si se dan no es mucho lo que hemos avanzado.

Por otra parte, y como contraste, valoramos como muy positivo el que año a año vaya creciendo el número de personas que pueden sustituir el ingreso en prisión por el cumplimiento alternativo de su condena en Proyecto Hombre. Invitamos a ver con detalle el cuadro que adjuntamos. Nos llama la atención el que el cumplimiento judicial alternativo sea concesión corriente en unas zonas del Estado (Euskadi, Navarra, Galicia) y por el contrario sea tan escasa en otras: Sevilla, Canarias.

Es evidente que aumenta progresivamente el número de Jueces que confían en la responsabilidad y capacidad rehabilitadora del Programa Proyecto Hombre y de sus Equipos Terapéuticos.

También ha aumentado de forma notable la posibilidad de hacer el Programa mediante la concesión del Tercer Grado o la aplicación del Art. 93 Bis del Reglamento Penitenciario. Són 407 las personas que han accedido al Programa gracias a la buena disposición de los Equipos de Tratamiento y de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Es evidente que la vía de los indultos no es operativa. Adolece



EQUIPO JURÍDICO DEL P.H.
CANARIAS.

EN LOS 106 CASOS SE HA PREFERIDO UNA ESTRUCTURA DE VIOLENCIA AL AMBIENTE DE AUTOAYUDA Y SE HA ANTEPUESTO EL FIN PUNITIVO AL PROCESO DE REHABILITACIÓN.

SEGUIMIENTO JURÍDICO PENAL

PROGRAMA		CUMPLIMIENTOS ALTERNATIVOS					ARRESTOS		ABANDONOS			INDULTOS			CAUSAS		INGRESOS EN PRISIÓN			
		TERCER GRADO	91 ms	JUDICIAL ALTERNATIVA			DOMICILIO	CUMPLIENDO	CUMPLIDA	CAUSAS	CONCEDIDO	EN	DENEGADO	CONDEBIDO PARCIAL	SUPREMO	AC.	CT.	CTR.	ALTA	
				CUMPLIDAS	CUMPLIENDO	ACEPTADO PENDIENTE														CONDENA
ASTURIAS	Nº Personas	26	5	14	18	7	0	11	6	2	0	10	0	1	1	7	0	1	1	
	Nº Causas	26	5	15	19	12	0	11	7	4	0	13	0	1	1	7	0	1	1	
ALICANTE	Nº Personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nº Causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
BALEARES	Nº Personas	11	0	11	14	9	0	3	4	4	0	0	0	0	2	0	0	0		
	Nº Causas	11	0	16	15	15	0	6	4	7	0	0	0	0	2	0	0	0		
BILBAO	Nº Personas	21	0	38	22	11	0	11	6	0	0	5	0	0	1	1	0	0		
	Nº Causas	21	0	70	22	15	0	11	14	0	0	5	0	0	1	1	0	0		
BURGOS	Nº Personas	19	0	10	3	3	1	5	3	1	0	1	2	0	0	2	1	0	1	
	Nº Causas	19	0	11	3	4	2	5	3	2	0	1	2	0	0	2	1	0	1	
CANTABRIA	Nº Personas	12	1	11	14	7	4	6	0	7	0	1	0	2	0	3	0	1	0	
	Nº Causas	12	1	14	19	8	4	6	0	7	0	1	0	2	0	3	0	1	0	
CANARIAS	Nº Personas	4	4	0	3	0	1	7	0	8	0	2	0	0	0	2	0	0	0	
	Nº Causas	4	4	0	3	0	1	7	0	17	0	2	0	0	0	2	0	0	0	
CORDOBA	Nº Personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nº Causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
GALICIA	Nº Personas	23	2	14	10	12	12	6	6	9	2	2	0	0	2	0	0	0		
	Nº Causas	27	2	21	10	17	12	6	6	10	2	2	0	0	2	0	0	0		
GIBRALTAR	Nº Personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nº Causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
GUDALAJARA	Nº Personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nº Causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HUELVA	Nº Personas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Nº Causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
JEREZ	Nº Personas	3	0	1	2	0	4	0	3	0	0	0	0	0	2	6	2	0		
	Nº Causas	3	0	1	2	0	4	0	3	0	0	0	0	0	2	6	2	0		
LEON	Nº Personas	24	0	9	12	4	2	6	0	11	0	5	0	3	0	6	3	0	0	
	Nº Causas	24	0	14	12	11	2	6	0	11	0	5	0	3	0	6	3	0	0	
MALAGA	Nº Personas	9	2	11	0	0	0	2	6	1	0	9	1	0	0	4	0	3	0	
	Nº Causas	9	2	11	0	0	0	2	6	1	0	9	1	0	0	4	0	3	0	
MADRID	Nº Personas	60	2	39	22	2	3	14	13	15	0	9	0	1	0	6	3	3	0	
	Nº Causas	60	2	39	22	2	3	14	39	39	0	9	0	1	0	6	3	3	0	
MURCIA	Nº Personas	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
	Nº Causas	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
NAVARRA	Nº Personas	4	3	14	12	3	0	6	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Nº Causas	4	3	21	12	7	0	6	1	16	0	0	0	0	0	0	0	0		
PLASENCIA	Nº Personas	0	1	0	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Nº Causas	0	1	0	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
RIOJA	Nº Personas	8	0	3	4	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0		
	Nº Causas	8	0	3	4	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0		
S. SEBASTIAN	Nº Personas	19	11	37	21	93	30	19	4	0	0	2	0	0	4	0	0	0		
	Nº Causas	19	11	85	48	188	45	19	6	0	0	2	0	0	4	0	0	0		
SEVILLA	Nº Personas	4	0	2	0	0	10	4	8	11	1	4	0	0	3	2	0	0		
	Nº Causas	4	0	2	0	0	10	4	17	19	1	4	0	0	3	2	0	0		
VALENCIA	Nº Personas	31	0	16	0	0	6	3	1	0	0	7	1	0	8	4	8	0		
	Nº Causas	31	0	20	0	0	6	3	1	0	0	7	1	0	8	4	8	0		
VITORIA	Nº Personas	8	4	22	4	1	0	6	2	44	0	2	0	1	1	1	1	0		
	Nº Causas	8	4	13	4	1	0	6	2	5	0	2	0	1	1	1	1	0		
ZAMORA	Nº Personas	29	8	7	24	0	0	6	5	6	0	4	1	0	4	0	1	0		
	Nº Causas	29	8	7	24	0	0	6	5	6	0	4	1	0	4	0	1	0		
ZARAGOZA	Nº Personas	46	3	11	2	0	4	16	10	0	0	0	0	0	4	5	0	0		
	Nº Causas	46	3	16	2	0	7	16	13	0	0	0	0	0	4	5	0	0		
TOTAL	No Personas	361	46	270	190	153	79	133	80	86	3	63	5	8	7	60	25	19	2	
	Nº Causas	365	46	379	224	281	98	136	129	145	3	66	5	8	7	60	25	19	2	

de lentitud y de incertidumbre en cuanto a la concesión. Es una gracia, pero sometida su concesión a unos criterios que le hagan equitativa; criterios que desconocemos.

3.4.- COMISIÓN DE CENTRO DE ESTUDIOS

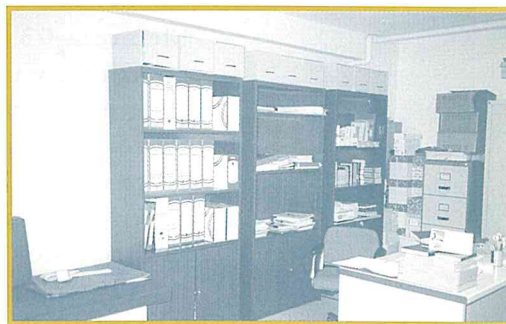
En cada programa el Centro de Estudios es el servicio complementario de la acción terapéutico-educativa más importante. Crea y sostiene la infraestructura de servicios extraterapéuticos que necesita el Proyecto Hombre para su mejor rendimiento.

Aunque las áreas de trabajo que abarca varían según los planteamientos y necesidades de cada programa podemos enumerar las siguientes, como las más comunes: secretaría y archivo; investigación psicosocial de los residentes y familias en colaboración con otras instituciones públicas y privadas; programa de prevención; programa cultural y educativo; medios de comunicación y revistas, memorias y otras publicaciones; biblioteca y hemeroteca; organización del voluntariado que entre otros muchos servicios cubre básicamente los de estas áreas del Centro de Estudios; y en algunos casos también se coordinan desde el centro de estudios los sectores médico y jurídico-penal. Desde aquí remitimos a las memorias de cada uno de los Programas para conocer en detalle la ingente labor que se está llevando a cabo desde cada Centro de Estudios.

La Comisión de Centros de Estudios es un servicio de la Asociación "Proyecto Hombre", plataforma de intercambio de experiencias, iniciativas y servicios comunes entre los distintos Centros de Estudios de los programas y responsable coordinadora de la Memoria anual de la Asociación y está constituida por un representante de cada uno de los Centros de Estudios de los Programas de Proyecto Hombre y coordinados por un Presidente elegido democráticamente por la Asamblea de Presidentes. En la actualidad es el del Programa de León.

En este año de 1.995 se ha elaborado la Memoria-94, la del 10º Aniversario que ha tenido una muy importante acogida y difusión. Prácticamente todas las emisoras de Televisión y Radio, públicas y privadas y los Diarios de circulación estatal dedicaron espacios significativos a la Memoria de la Asociación cuando se presentó el 31 de octubre de 1.995. El estudio de Domingo Comas "Perfil Psicosocial de los Residentes" produjo un eco particular. De hecho supuso un cambio sustancial de la mera acumulación de datos hacia una prevalencia de la calidad y estudio de los mismos.

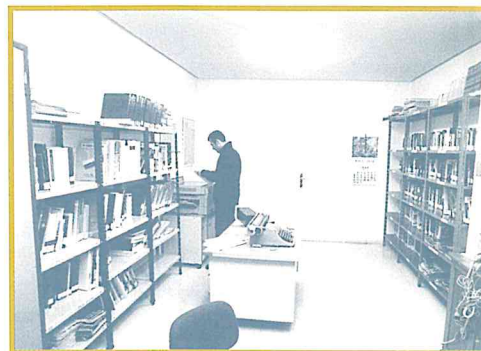
En la reunión de la Comisión que tuvo lugar el 25 de marzo, además de hacer la valoración crítica de la



CENTRO DE ESTUDIOS DEL P.H. CANARIAS

LA COMISIÓN DE CENTROS DE ESTUDIOS ES UN SERVICIO DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE, PLATAFORMA DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS, INICIATIVAS Y SERVICIOS COMUNES ENTRE LOS DISTINTOS CENTROS DE ESTUDIOS DE LOS PROGRAMAS.

BIBLIOTECA DEL CENTRO DE ACOGIDA DEL P.H. ZAMORA



Memoria-93 y distribuir el trabajo de la Memoria-94, se acordó coordinar y unificar el tema de la gestión informática en todos los programas así como actualizar el programa informático “Gestión de Residentes” que lleva dos años sin ser revisado. Con este fin se encargó a Domingo Comas un “informe para el establecimiento de un sistema de información sobre los residentes en el Proyecto Hombre” que nos presentó en julio de 1.995. En la reunión de enero próximo preparatoria de la Memoria-95 se estudiará dicho informe y se decidirá sobre el programa informático.

La Comisión se ha comprometido a coordinarse mejor y actuar con más agilidad para cumplir su primer compromiso que es presentar cada año la memoria no más allá de junio.

LA ASOCIACIÓN VIÓ LA CONVENIENCIA DE EDITAR UNA REVISTA ESPECIALIZADA PERO DE CARÁCTER DIVULGATIVO, DESTINADA A LOS TERAPEUTAS, PROFESIONALES, EDUCADORES Y VOLUNTARIOS.

3.5. REVISTA “PROYECTO” Y DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN

La Asociación al constatar el vacío y la necesidad de contar con un medio de información y formación, vió la conveniencia de formar un equipo para editar trimestralmente una revista especializada, pero de carácter divulgativa, destinada a los terapeutas, profesionales, educadores, voluntarios, etc. Así fue como en julio de 1991 se constituye el equipo, en septiembre se convoca la primera reunión del Consejo de Redacción y se forma la red de corresponsales. En octubre del 91 se imprime el número cero y a partir de esta fecha se inicia su difusión. Hasta la fecha ha publicado de manera ininterrumpida 17 números

La edición de Proyecto fue y es la tarea primordial que dió origen al equipo, pero con el paso del tiempo la Asociación le ha delegado otro tipo de actividades afines a la especialización, que ha ido realizando en estos cuatro años como: la edición de la Memoria, seguimiento medios de comunicación, formar parte del Comité “Drogas NO”. Estos servicios suponen, por una parte, un tiempo del personal y mayor rendimiento de la infraestructura

que dispone el equipo, y por otra parte la Asociación se ahorra el coste de estos servicios de haberlos encargado a otra empresa.

El organigrama intenta reflejar de manera gráfica cómo se desarrollan estas actividades.



PROYECTO

Al hacer balance del cuarto año de Proyecto, queremos resaltar dos aspectos, que nos llaman la atención. La revista cuenta con un número de lectores y colaboradores muy significativo y ha comenzado a ser una referencia para algunos profesionales y asociaciones que trabajan en drogodependencias.

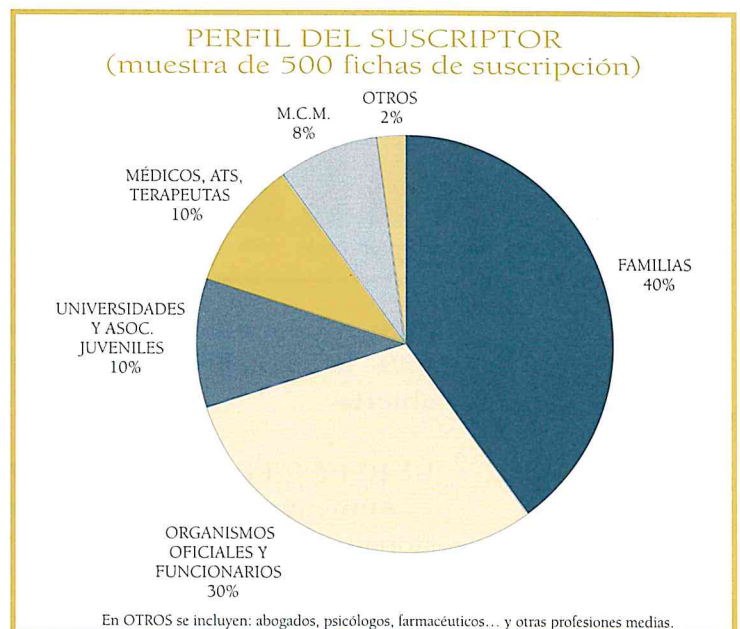
No debemos olvidar las limitaciones y dificultades que tiene de por sí, un medio de comunicación especializado como el nuestro —durante este tiempo dejaron de editarse más de 4 revistas y en 1995 aparecieron 5 nuevas publicaciones— para contar con un número de lectores, colaboradores y suscriptores. Sin embargo, Proyecto se ha convertido en en estos cuatro años en un medio de infor-



DIFUSION PROYECTO 1995

	1 ^{er} TRIMESTRE	2 ^o TRIMESTRE	3 ^{er} TRIMESTRE	4 ^o TRIMESTRE	TOTAL
ENVÍOS A SUSCRITORES	3.674	3.414	3.633	3.724	14.445
DISTRIBUCION: CONGRESOS, C. ACADÉMICOS Y ASOCIACIONES	731	946	1.467	918	4.062
CORTESÍA: ONG, INTERCAMBIO PUBLICACIONES Y ENTIDADES	400	597	493	491	1.981
DISTRIBUCIÓN ASOCIACIÓN	5.475	5.300	5.520	5.800	22.095
RECICLADO	1.320	1.343	487	667	3.817
DEPÓSITO	400	400	400	400	1.600
TIRADA	12.000	12.000	12.000	12.000	48.000

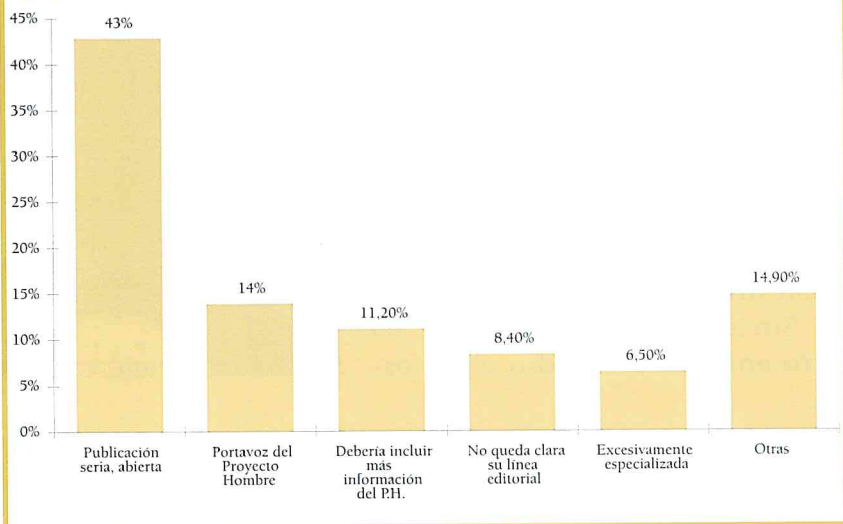
mación y formación para los más de tres mil profesionales (terapeutas, abogados, médicos, educadores, monitores, psicólogos, etc), que trabajan o colaboran en Proyecto Hombre. El segundo núcleo de lectores a donde está llegando la revista es a los más de cinco mil profesionales que trabajan en algún centro o programa de tratamiento o prevención en el Estado Español. Así mismo, se envía la revista a las ONGs, entidades públicas, centros académicos universitarios, congresos, intercambio con otras publicaciones, etc.



OPINION DE LOS LECTORES (MUESTRA N° 107)

SUPLEMENTO: “NUESTRAS VOCES”

¿QUÉ OPINIÓN LE MERECE LA REVISTA PROYECTO?



Estimamos que el número de familias que atiende Proyecto Hombre al año puede llegar a más de diez mil y es uno de los segmentos de población, que se suscribe a la revista. Por este motivo, el año pasado empezamos a editar un suplemento destinado a las familias, usuarios y voluntarios del Proyecto Hombre.

La acogida ha sido favorable y es una de las secciones, que tiene más lectores, ya que recoge los hechos, testimonios y experiencias, que suceden trimestralmente en los diferentes programas de la Asociación. “Nuestras Voces” se ha convertido en el boletín de la Asociación y en un medio de comunicación para las familias y usuarios.

Queremos finalmente, resaltar dos datos que recoge la encuesta —con todas las limitaciones que tienen estos instrumentos de opi-

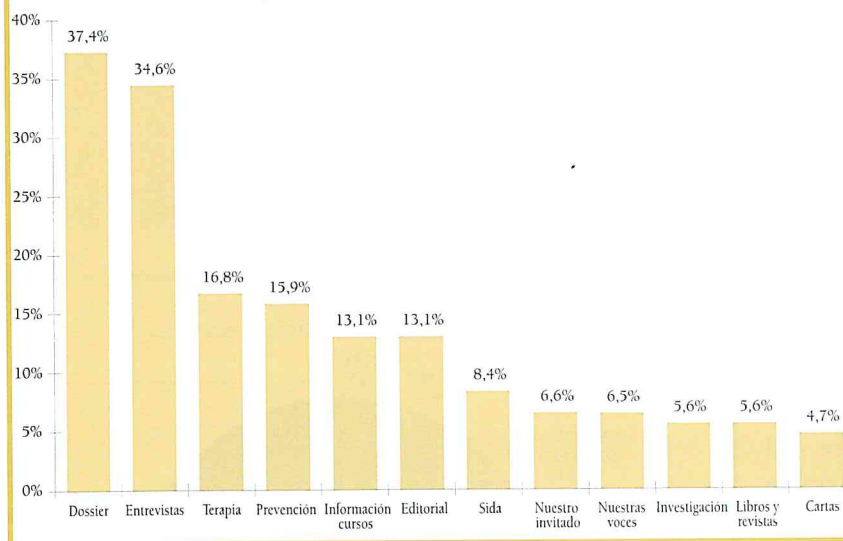
nión— una tercera parte de los encuestados lee la revista y un 43% la considera, en primer lugar una publicación seria y abierta.

PERSPECTIVAS PARA 1996

Aumentar el número de lectores y suscriptores entre los profesionales y entidades diseñando una campaña de difusión.

Buscar patrocinadores de la revista con el fin de reducir el déficit. Durante estos años hemos logrado que el 50% de los gastos se

SECCIONES QUE MÁS GUSTAN A LOS LECTORES



obtengan a través de las suscripciones. Consideramos que es un éxito, para una revista especializada.

Buscar el intercambio y el apoyo con otras revistas europeas y abrirse a los profesionales y programas de Latinoamérica.

COMITÉ “DROGAS NO”

En el IV Partido “Drogas No” (Valencia C.F.-Selección Liga, Mestalla 31/12/1995) más de 40.000 personas llenaron el estadio Mestalla en una noche muy lluviosa, para ver el ya tradicional partido de fútbol contra la droga. Unos días antes se respiraba un ambiente de fiesta y alegría, no sólo entre la afición sino entre los jóvenes y familias ajenas al fútbol. La celebración de este encuentro se ha convertido en un evento que convoca a las principales estrellas de este deporte y reúne a los más populares periodistas, artistas, deportistas, etc. Todo el mundo quiere ver a su ídolo y esta es la ocasión para ver juntos por primera vez a tantos famosos. En esta ocasión, el periódico deportivo MARCA había lanzado una campaña para que fueran los aficionados quienes tuvieran la oportunidad de elegir la Selección de la Liga. Se recibieron más de cien mil cartas. Esto sólo era el anticipo del interés y las expectativas que había despertado la celebración de este IV Partido “Drogas No”.

El respaldo de las diferentes instituciones públicas y privadas y de los patrocinadores hizo posible el éxito de esta convocatoria. Los medios de comunicación se hicieron eco del mensaje del Comité Organizador: es posible disfrutar y vivir sin necesidad de recurrir a las drogas.

PUBLICACIONES

El equipo preparó la edición del libro del I Congreso de la Asociación celebrado en noviembre de 1994 en Vitoria. Después de tres meses de trabajo de diseño, maquetación e impresión, fue editado a finales de marzo con una tirada de 1.500 ejemplares. A partir de aquí, nos hemos encargado de su difusión y venta entre las asociaciones y personas interesadas.



MIEMBROS DEL COMITÉ “DROGAS NO”. EN LA AUDIENCIA CON S.M. LA REINA (31-12-95). PALACIO DE LA ZARZUELA.



PRESENTACIÓN DE LA MEMORIA DE 1994. MADRID, OCTUBRE 1995. DE IZQ. A DCHA: LINO SALAS, LUIS BONONATO, JOSÉ LUIS ALONSO (PRESIDENTE), PÍO SANTOS Y FRANCISCO PALANCA.



4

MEMORIA

ECONÓMICA

MEMORIA



ECONÓMICA

COMENTARIO A LA INFORMACIÓN ECONÓMICA

Los datos que a continuación se ofrecen, referidos a la evolución económica de la Asociación Proyecto Hombre durante el ejercicio 1995, son fiel reflejo de la situación económica y financiera de la entidad al finalizar dicho período.

Pese a todo, es necesario puntualizar una serie de aspectos:

La Asociación Proyecto Hombre nace con un fin muy concreto: prestar diversos servicios a los distintos programas que forman parte de la asociación nacional, incidiendo prioritariamente en: la formación de terapeutas, secretaría general, edición y difusión de la revista "Proyecto", gestión de ayudas y programas a nivel estatal...

La información referente a la Asociación, y que se desprende de la Cuenta de Pérdidas y Ganancias, no recoge, en modo alguno, datos económicos sobre cada uno de los Programas que forman parte de la Asociación, ya que como consta 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 la información que aporten los responsables de los mismos.

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, permi-

te gestionar correctamente los recursos de los que dispone la Asociación.

Por otra parte, se ofrece información detallada del resultado del Partido de Fútbol “DROGAS NO”, celebrado en Valencia en diciembre del año 1995, así como de la distribución de los fondos recaudados, entre los 27 Programas pertenecientes a la Asociación Proyecto Hombre. Resaltar que esta partida no figura en el presupuesto por dos razones fundamentales:

La celebración del Partido “DROGAS NO” es una actividad atípica, cuya realización no depende directamente de la Asociación Proyecto Hombre, sino del Comité “DROGAS NO”.

La Asociación es, en principio, la beneficiaria de los fondos recaudados con motivo de la celebración, pero estos se reparten, íntegramente, entre los Programas pertenecientes a la Asociación, por lo que no repercute en el resultado económico del ejercicio.

La subvención concedida por el Ministerio de Asuntos Sociales, tiene un movimiento contable especial, ya que la Asociación actúa, únicamente de intermediaria, distribuyendo esta partida inmediatamente, en base a los criterios señalados por el propio Ministerio. Se recoge, en el capítulo de gastos, en “Otros Servicios”, y en el de ingresos en “Ingresos de la Asociación”.

CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS

GASTOS		INGRESOS	
TRABAJOS REALIZADOS POR OTRAS EMPRESAS	9.877.463	INGRESOS DE LA ASOCIACIÓN	145.491.546
SUELDOS Y SALARIOS	21.149.401	VARIACIÓN DE EXISTENCIAS	2.787.386
SEGURIDAD SOCIAL A CARGO DE LA EMPRESA	6.867.198	SUBVENCIONES OFICIALES A LA EXPLOTACIÓN	25.000.000
OTROS GASTOS SOCIALES	376.738	INGRESOS POR DONATIVOS	58.160.391
AMORTIZACIÓN INMOVILIZADO INMATERIAL	97.342	OTROS INGRESOS FINANCIEROS	5.388.691
AMORTIZACIÓN INMOVILIZADO MATERIAL	2.484.791	BENEF. DE ENAJEN. DE INMOV. MAT. E INMAT.	16.941
ARRENDAMIENTOS	6.603.869	TOTAL INGRESOS DEL EJERCICIO 1995	236.844.955
REPARACIONES Y CONSERVACIÓN	2.584.038		
SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES	1.972.686		
PRIMAS DE SEGUROS	223.727		
SERVICIOS BANCARIOS	322.322		
PUBLICIDAD, PROPAGANDA Y REL. PÚBLICAS	15.373.772		
SUMINISTROS	3.762.343		
OTROS SERVICIOS	125.307.183		
OTROS TRIBUTOS	8.878		
AJUSTES POSITIVOS DE LA IMP. INDIRECTA	73.694		
TOTAL GASTOS EJERCICIO 1995	196.637.991		
OTROS GASTOS FINANCIEROS	40.176		
IMPUESTO SOBRE SOCIEDADES ¹	5.348.515		
RESULTADOS POSITIVOS DEL EJERCICIO	34.492.808		
TOTAL	23.6844.955	TOTAL	236.844.955

INFORMACIÓN RELATIVA A LA SUBVENCIÓN DEL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1990-1995) Y A LOS FONDOS RECAUDADOS EN EL PARTIDO DE FÚTBOL CELEBRADO EN VALENCIA EL 31-12-95

El presente informe recoge la evolución de la subvención que el Ministerio de Asuntos Sociales ha destinado a la Asociación Proyecto Hombre, en relación al crecimiento experimentado por la misma en el campo de la atención a las drogodependencias. Así mismo, informa sobre el resultado del Partido de fútbol DROGAS NO celebrado en Valencia en diciembre de 1995.

1.- RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE PROGRAMAS Y LA SUBVENCIÓN RECIBIDA

AÑO	1990	1991	1992	1993	1994	1995
PROGRAMAS FUNCIONANDO	14	18	20	20	21	27
PROGRS. EN PREPARACIÓN	4	2	0	6	5	2
SUBVENCIÓN M.A.S.	135.000.000	132.000.000	102.000.000	146.485.756	138.030.014	140.041.845

2.- TABLA DE SUBVENCIONES RECIBIDAS POR LOS DIFERENTES PROGRAMAS:

PROGRAMA	1990	1991	1992	1993	1994	1995
ALICANTE						8.775.000
ASTURIAS	15.000.000	14.500.000	11.300.000	14.000.000	4.810.000	6.456.000
BALEARES	14.000.000	13.000.000	7.300.000	10.000.000	7.446.000	7.000.000
BILBAO	7.000.000	16.000.000		10.404.744	1.000.000	
BURGOS			4.500.000	4.828.000	5.687.166	5.294.050
CAMPO DE GIBR.					4.000.000	2.000.000
CANARIAS	19.000.000	7.500.000	3.400.000			
CANTABRIA			3.000.000	7.556.513	4.235.500	5.182.845
CÓRDOBA						1.000.000
GALICIA	12.000.000			9.000.000	9.000.000	16.802.000
GUADALAJARA			10.000.000	20.000.000		4.000.000
HUELVA						1.000.000
JEREZ			3.350.000		1.500.000	2.500.000
LA RIOJA			2.000.000	4.500.000	4.500.000	4.747.000
LEÓN	9.042.000	8.500.000	6.000.000	2.090.000	5.166.667	4.661.450
MADRID	9.000.000	25.000.000	9.000.000	9.000.000	26.000.000	16.000.000
MÁLAGA	10.000.000	10.000.000	5.000.000	13.000.000	11.151.000	11.000.000
NAVARRA		4.000.000			3.821.000	2.854.000
SAN SEBASTIÁN	7.000.000	7.000.000	3.000.000		8.552.000	1.000.000
SEVILLA			3.150.000	1.994.000	5.413.514	6.000.000
VALENCIA	14.000.000	15.000.000	16.114.954	28.127.499	24.700.000	13.500.000
VITORIA	3.000.000	2.000.000	5.000.000			8.000.000
ZAMORA	2.958.000	2.500.000	3.100.000	3.985.000	2.947.167	3.269.500
ZARAGOZA	13.000.000	7.000.000	7.000.000	8.000.000	8.100.000	9.000.000
TOTAL	135.000.000	132.000.000	102.214.954	146.485.756	138.030.014	140.041.845

La tabla recoge las subvenciones percibidas por cada Programa de 1990-1995. En el año 1990, como en el precedente, los Programas de Madrid, San Sebastián y Bilbao cedieron una parte de su subvención al Programa de Zaragoza excluido en esta convocatoria.

3.- RESULTADO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS RECAUDADOS CON MOTIVO DE LA CELEBRACIÓN DEL PARTIDO DROGAS NO EN VALENCIA, EL 31-12-95:

3.1.- BALANCE DE GASTOS E INGRESOS DEL PARTIDO

GASTOS		INGRESOS	
GASTOS DE PUBLICIDAD Y PROPAGANDA	9.504.785	VENTA DE LOCALIDADES	50.166.356
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	587.971	DERECHOS DE TRANSMISIÓN	55.000.000
GASTOS FINANCIEROS	78.520	PUBLICIDAD	6.500.000
GASTOS DE VIAJE DE PERSONAL.....	153.930	DONATIVOS RECIBIDOS	7.535.120
GASTOS DE MATERIAL DE OFICINA	521.066	INGRESOS FINANCIEROS	40.603
GASTOS DE VIAJES Y MANUTENCIÓN DE COLABORADORES, PARTICIPANTES E INVITADOS	3.476.793	TOTAL INGRESOS	119.242.079
TOTAL GASTOS	14.349.280		
SUPERÁVIT "IV PARTIDO DROGAS NO"	104.892.799		
TOTAL	119.242.079	TOTAL	119.242.079

3.2.- DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DEL PARTIDO:

PROGRAMA	% LÍNEAL	% PROPORCIONAL	%	5% VALENCIA	5% (*)	TOTAL P.H.
ALICANTE	1.873.086	423.766	1,01		2.097.856	4.394.709
ASTURIAS	1.873.086	2.655.885	6,33			4.528.971
BALEARES	1.873.086	1.447.520	3,45			3.320.606
BARCELONA	1.873.086	25.174	0,06		2.097.856	3.996.116
BILBAO	1.873.086	2.488.056	5,93			4.361.143
BURGOS	1.873.086	373.418	0,89			2.246.504
CAMPO DE GIBR.	1.873.086	272.721	0,65			2.145.807
CANARIAS	1.873.086	1.489.477	3,55			3.362.563
CANTABRIA	1.873.086	931.447	2,22			2.804.534
CÓRDOBA	1.873.086	365.026	0,87			2.238.113
EXTREMADURA	1.873.086	264.329	0,63			2.137.416
GALICIA	1.873.086	4.019.491	9,58			5.892.577
GUADALAJARA	1.873.086	822.359	1,96			2.695.445
HUELVA	1.873.086	855.925	2,04			2.729.011
JEREZ	1.873.086	973.404	2,32			2.846.491
LA RIOJA	1.873.086	331.461	0,79			2.204.547
LEÓN	1.873.086	2.148.204	5,12			4.021.290
MADRID	1.873.086	6.192.869	14,76			8.065.956
MÁLAGA	1.873.086	3.646.072	8,69			5.519.159
MURCIA	1.873.086	234.959	0,56		1.048.928	3.156.974
NAVARRA	1.873.086	1.082.493	2,58			2.955.579
SAN SEBASTIÁN	1.873.086	2.370.576	6,65			4.243.663
SEVILLA	1.873.086	2.039.115	4,86			3.912.202
VALENCIA	1.873.086	3.285.241	7,83	5.244.640		10.402.968
VITORIA	1.873.086	516.072	1,23			2.389.158
ZAMORA	1.873.086	1.455.911	3,47			3.328.998
ZARAGOZA	1.873.086	1.246.126	2,97			3.119.212
ASOCIACIÓN	1.873.086	0	0			1.873.086
TOTAL	52.446.408	41.957.111				104.892.799

(*) A REPARTIR ENTRE LOS PROGRAMAS DE LA ZONA ESTE: ALICANTE (2 %), BARCELONA (2%) Y MURCIA (1%)

ANEXO: RESULTADO Y DISTRIBUCIÓN DE FONDOS DEL PARTIDO DROGAS NO CELEBRADO EN SEVILLA (14-12-1994)

GASTOS	INGRESOS		
GASTOS DE PUBLICIDAD Y PROPAGANDA.....	9.504.785	ENTRADAS PARTIDO.....	27.878.500
GASTOS PROF.INDEPENDIENTES	483.019	DONATIVOS.....	70.708.930
PUBLICIDAD.....	3.305.320	INTERESES FINANCIEROS	1.795.092
GTOS. DE REPRESENTACIÓN	2.859.171		
MAT. OFICINA Y FOTOGRAFÍA	293.591		
MENSAJERÍA	126.936		
GTOS. VIAJES Y DIETAS INVITADOS Y COLAB.	2.969.170		
CORREOS	20.266		
GASTOS VARIOS	39.749		
SERVICIOS BANCARIOS	85.664		
TELÉFONOS.....	95.863		
TOTAL GASTOS	10.278.749	TOTAL INGRESOS	100.382.522
RESULTADO FAVORABLE DEL PARTIDO A REPARTIR ENTRE LOS DISTINTOS PROGRAMAS: 90.103.773			

DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DEL PARTIDO

PROGRAMA	% LÍNEAL	% PROPORCIONAL	5%	5 % restante	TOTAL P.H.
ALICANTE	1.559.688	202.759			1.762.447
ASTURIAS	1.559.688	2.716.976			4.276.664
BALEARES	1.559.688	1.216.556			2.776.244
BILBAO	1.559.688	2.433.113			3.992.801
BURGOS	1.559.688	689.382			2.249.070
CAMPO DE GIBR.	1.559.688	243.311		900.000	2.702.999
CANARIAS	1.559.688	2.027.594			3.587.282
CANTABRIA	1.559.688	973.245			2.532.933
CÓRDOBA	1.559.688	40.556		900.000	2.500.244
EXTREMADURA	1.559.688	162.207			1.721.895
GALICIA	1.559.688	3.933.533			5.493.221
GUADALAJARA	1.559.688	689.382			2.249.070
HUELVA	1.559.688	405.519		900.000	2.865.207
JEREZ	1.559.688	932.693		900.000	3.392.381
LA RIOJA	1.559.688	486.623			2.046.311
LEÓN	1.559.688	1.946.490			3.506.178
MADRID	1.559.688	5.555.608			7.115.296
MÁLAGA	1.559.688	2.960.288		900.000	5.419.976
MURCIA	1.559.688				1.559.688
NAVARRA	1.559.688	1.013.797			2.573.485
SAN SEBASTIÁN	1.559.688	2.676.424			4.236.112
SEVILLA	1.599.688	2.311.457	4.500.000		8.371.145
VALENCIA	1.559.688	2.838.632			4.398.320
VITORIA	1.559.688	689.382			2.249.070
ZAMORA	1.559.688	1.0500.420			3.060.108
ZARAGOZA	1.599.688	1.905.938			3.465.626
TOTAL	40.551.888	40.551.885	4.500.000	4.500.000	90.103.773
A REPARTIR ENTRE LOS PROGRAMAS DE LA ZONA SUR: 5% (4.500.000) PARA SEVILLA Y EL 5% (900.000 A CADA UNO) ENTRE LOS OTROS PROGRAMAS DE LA ZONA: MÁLAGA, JEREZ, HUELVA, CAMPO DE GIBRALTAR Y CÓRDOBA.					

5

ASOCIACIÓN

PROYECTO
HOMBRE

EN CIFRAS

LA ASOCIACIÓN PROYE

El número de residentes, personal, voluntario

PROGRAMA APERTURA	ALICANTE 17/10/94	ASTURIAS 19/9/88	BALEARES 31/8/87	BARCEL. 27/1/95	BILBAO 13/1/85	BURGOS 11/2/91	C. GIBRAL. 3/1/93	CANARIAS 8/10/90	CANTABRIA 23/1/92	CORDOBA 7/1/94	EXTREM. 28/1/94	GALICIA 23/1/90	GUADAL. 15/1/92
INGRESOS 1995	64	317	187	3	266	77	61	188	113	98	57	391	82
RESIDENTES EN EL PROGRAMA A 31-12-95													
C. ACOGIDA	36	116	89	3	95	23	14	72	46	31	18	227	33
COM. TERAP.	14	79	33	0	60	11	8	48	25	12	12	101	33
C. REINSER.	0	79	34	0	114	10	10	56	23	0	0	114	31
PRGS. APOYO	0	40	15	0	25	0	0	0	16	0	1	33	0
TOTAL	50	314	171	3	294	44	32	176	110	43	31	475	97
ALTAS TERAPÉUTICAS													
1995	0	67	22	0	58	19	0	16	29	0	0	137	5
TOTAL*	0	205	87	0	512	33	0	38	29	0	0	209	5
INTERNOS DE LA PRISIÓN CON SEGUIMIENTO DESDE EL PROGRAMA													
	0	0	64	0	88	23	10	0	68	0	0	41	5
ASOCIACIÓN DE FAMILIARES Y AMIGOS													
	61	1.072	249	0	345	143	0	125	365	0	0	2.005	0
PISOS PARA JÓVENES SIN FAMILIA													
Nº	1	4	2	0	6	3	1	2	2	2	2	8	5
PLAZAS	3	33	16	0	26	18	8	20	24	14	16	56	26
ACOGIDOS	4	82	16	0	52	19	30	19	26	25	21	96	74
ACOGIMIENTOS ALTERNATIVOS													
Nº	1	0	4	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0
ACOGIDOS	11	0	36	0	21	4	0	0	0	0	0	0	0
PERSONAL													
	10	40	32	5	45	22	12	35	26	12	14	48	15
VOLUNTARIADO													
	38	123	185	12	240	84	30	40	64	30	40	105	22

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

CO HOMBRE EN CIFRAS

cada programa a 31 de diciembre de 1995

HUELVA 5/9/94	JEREZ 11/2/91	LA RIOJA 26/9/90	LEON 9/9/85	MADRID 20/8/84	MÁLAGA 26/11/85	MURCIA 2/5/95	NAVARRA 26/11/85	S. SEBAST. 4/2/85	SEVILLA 7/10/91	VALENCIA 15/12/85	VITORIA 7/9/88	ZAMORA 19/10/88	ZARAGOZA 14/10/85	TOTAL
182	103	43	275	613	362	40	80	212	252	319	58	197	137	4.777
86	38	16	101	258	215	28	34	71	109	106	22	60	36	1.983
15	34	15	61	67	80	0	40	92	39	48	14	47	38	1.026
0	43	7	59	126	136	0	54	96	47	56	17	50	61	1.223
0	0	1	33	281	0	0	0	21	46	178	8	15	12	725
101	115	39	254	732	431	28	128	280	241	388	61	172	147	4.957
0	17	11	80	150	60	0	23	101	28	109	24	17	58	1.031
0	32	29	401	790	264	0	107	592	40	492	144	79	247	4.335
14	0	41	44	122	9	35	20	72	34	56	107	80	0	933
182	44	197	386	3.728	953	0	709	1.431	314	802	259	125	921	14.416
1	2	2	3	9	3	0	2	3	3	8	1	4	5	84
7	12	12	24	62	35	0	10	24	14	45	12	32	32	581
15	33	25	52	140	57	0	26	60	25	82	14	55	79	1.127
0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	0	16	0	34
0	0	0	27	0	0	0	0	7	0	0	0	16	0	122
11	16	14	33	55	33	8	25	47	24	35	21	20	25	683
123	100	90	189	191	120	25	53	127	90	180	84	80	105	2.570

proximadamente entre 24 y 30 meses para realizar el programa y recibir el alta.

6

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.: (96) 511 27 24

DIRECTOR-PRESIDENTE

E. Francis Teuma

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Federación Solidaridad en Acción
Ámbito territorial que abarca: Provincia de Alicante
Fecha de inauguración: 17 de octubre de 1994

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Deportista César Porcel 11, bajo

Localidad: Alicante

C.P.: 03006

Tlf.: (96) 511 21 25

Fax.: (96) 511 27 24

Fecha de inauguración: 17 de octubre de 1994

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Finca "Campo de Mirra" - Pda. Penyetes s/n

Localidad: Campo de Mirra (Alicante)

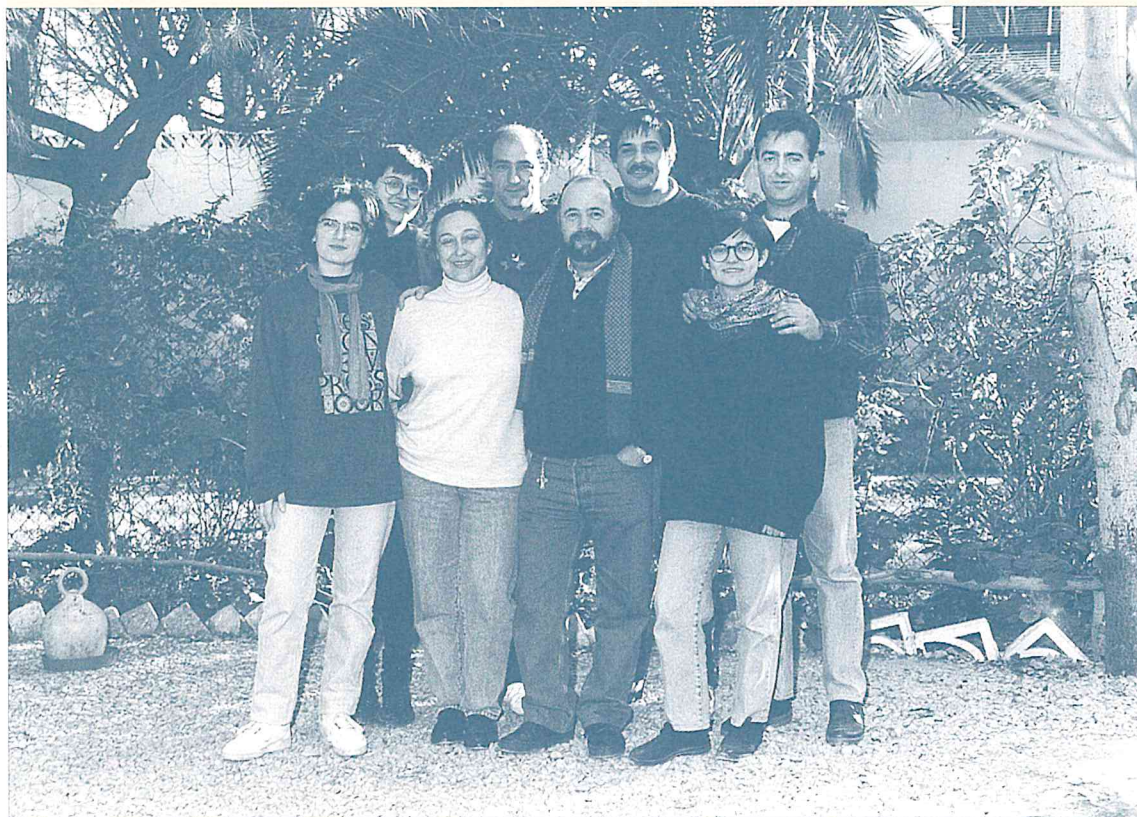
Tlf.: (96) 597 92 03

Fecha de inauguración: 26 de mayo de 1995

Nº de plazas: 30

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Teresa Molina Bofill



EQUIPO TERAPÉUTICO

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Ferrocarril s/n
Localidad: Gijón
C.P.: 33207
Tlf.: (98) 517 02 44
Fax.: (98) 571 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 1988

CENTRO DE ACOGIDA

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

Dirección: c/ Jerónimo Ibrán 31
Localidad: Mieres
C.P.: 33600
Tlf.: (98) 545 08 88
Fax.: (98) 545 08 88

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Casa Infantil Juvenil
Localidad: Antromero-Carreño
C.P.: 33410
Tlf.: (98) 587 05 80
Fecha de inauguración: 20 de octubre de 1992
Nº de plazas: 80

CENTRO DE REINSERCIÓN

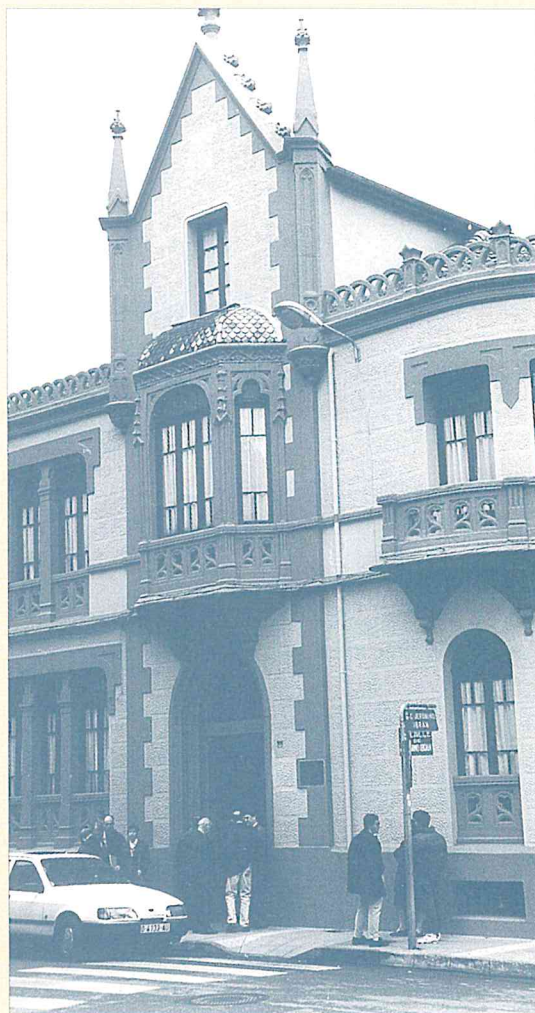
FASES: A, B, C
Dirección: Pabellón de Mieres, Ctra. del Rubín s/n
Localidad: Oviedo
C.P.: 33001
Fecha de inauguración: 31 de enero de 1990

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 1994

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Ramiro Sánchez Fernández



CENTRO DE ACOGIDA DE MIERES



BALEARES

SEDE SOCIAL

Dirección: Oblates 23 (La Vileta)
Localidad: Palma de Mallorca
C.P.: 07011
Tlf.: (971) 79 37 50/79 38 18
Fax.: (971) 79 37 46

DIRECTOR-PRESIDENTE

Tomeu Catalá Barceló

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Hombre Libre
Ámbito territorial que abarca: Baleares
Fecha de inauguración: 31 de agosto de 1987

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Oblates 23 (La Vileta)
Localidad: Palma de Mallorca
C.P.: 07011
Tlf.: (971) 79 37 50/79 38 18
Fax.: (971) 79 37 46
Fecha de inauguración: 31 de agosto de 1987

Dirección: Andrones 2
Localidad: Ciutadella
C.P.: 07760
Tlf.: (971) 38 04 96
Fecha de inauguración: 25 de abril de 1994

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Ses Sitjoles
Localidad: Campos
C.P.: 07630
Tlf.: (971) 18 13 46
Fecha de inauguración: 11 de diciembre de 1987
Nº de plazas: 64

CENTRO DE REINserCIÓN

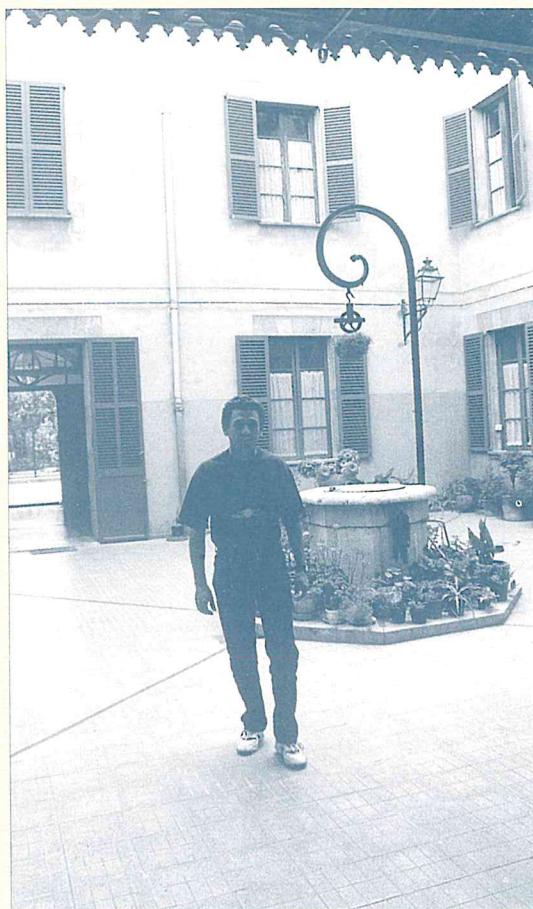
FASES: A, B, C
Dirección: Campaner 6
Localidad: Palma de Mallorca
C.P.: 07003
Tlf.: (971) 71 45 49

Fecha de inauguración: 3 de noviembre de 1988
Nº de plazas: 65

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Campaner, 6
Localidad: Palma de Mallorca
C.P.: 07003
Tlf.: (971) 71 45 49
Fecha de inauguración: 21 de febrero de 1995

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS
Vicente Jiménez Jover



INTERIOR DEL CENTRO DE ACOGIDA

BARCELONA



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Riera de Sant Jordi
Localidad: Montgat (Barcelona)
C.P.: 08390
Tlf.: (93) 469 32 25

DIRECTOR-PRESIDENTE

Albert Sabatés Porrera

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Associació Promotora de la Fundació

Projecte Home Barcelona

Ámbito territorial que abarca: Barcelona

Fecha de inauguración: 27 de noviembre de 1995

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Riera de Sant Jordi

Localidad: Montgat (Barcelona)

C.P.: 08390

Tlf.: (93) 469 32 25



EQUIPO DEL P.H. BARCELONA

SEDE SOCIAL

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

DIRECTOR-PRESIDENTE

Iñaki Mújica Zendoia

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Gizakia
Ámbito territorial que abarca: Bizkaia
Fecha de inauguración: 13 de noviembre de 1985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Avda. Madariaga 63
Localidad: Bilbao
C.P.: 48014
Tlf.: (94) 447 17 17
Fecha de inauguración: 18 de noviembre de 1985

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 1986
Nº de plazas: 80

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIURNA

Dirección: Avda. Madariaga 63, 5º
Localidad: Bilbao
C.P.: 48014
Tlf.: (94) 447 63 16

CENTRO 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 1987
Nº de plazas: 68

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Carmen Gállego Rica



EQUIPOS TERAPÉUTICOS DE LAS COMUNIDADES

BURGOS



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ 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 1991

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ 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 1991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

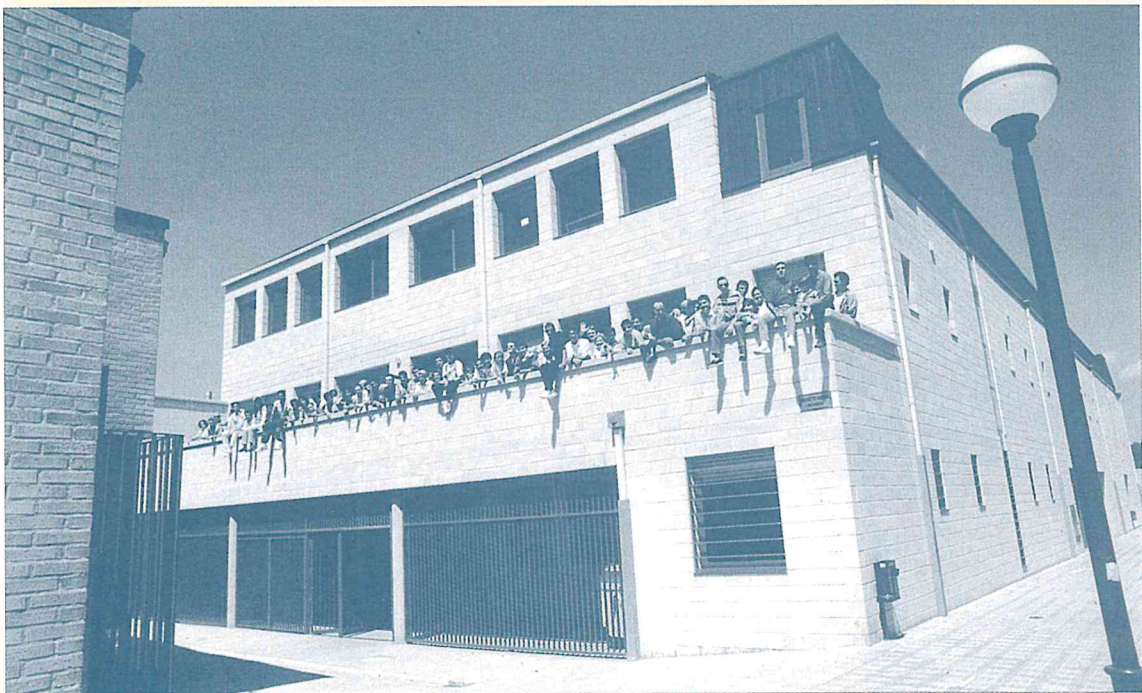
Dirección: Finca "El Priorato"
Localidad: San Medel
C.P.: 09194
Tlf.: (947) 48 47 70
Fecha de inauguración: 21 de enero de 1992
Nº de plazas: 60

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: Paseo de Fuentecillas s/n
Localidad: Burgos
C.P.: 09001
Tlf.: (947) 20 02 68
Fecha de inauguración: 16 de noviembre de 1992
Nº de plazas: 35

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Mª Nieves Fernández Fernández



CENTRO DE ACOGIDA



CAMPO DE GIBRALTAR

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Cartagena, Esquina c/ Ter s/n
Localidad: La Línea
C.P.: 11300
Tlf.: (956) 17 47 88

DIRECTORA-PRESIDENTA

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 1993

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Cartagena s/n. Esquina c/ Ter
Localidad: La Línea
C.P.: 11300
Tlf.: (956) 17 47 88
Fecha de inauguración: 3 de noviembre de 1993

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

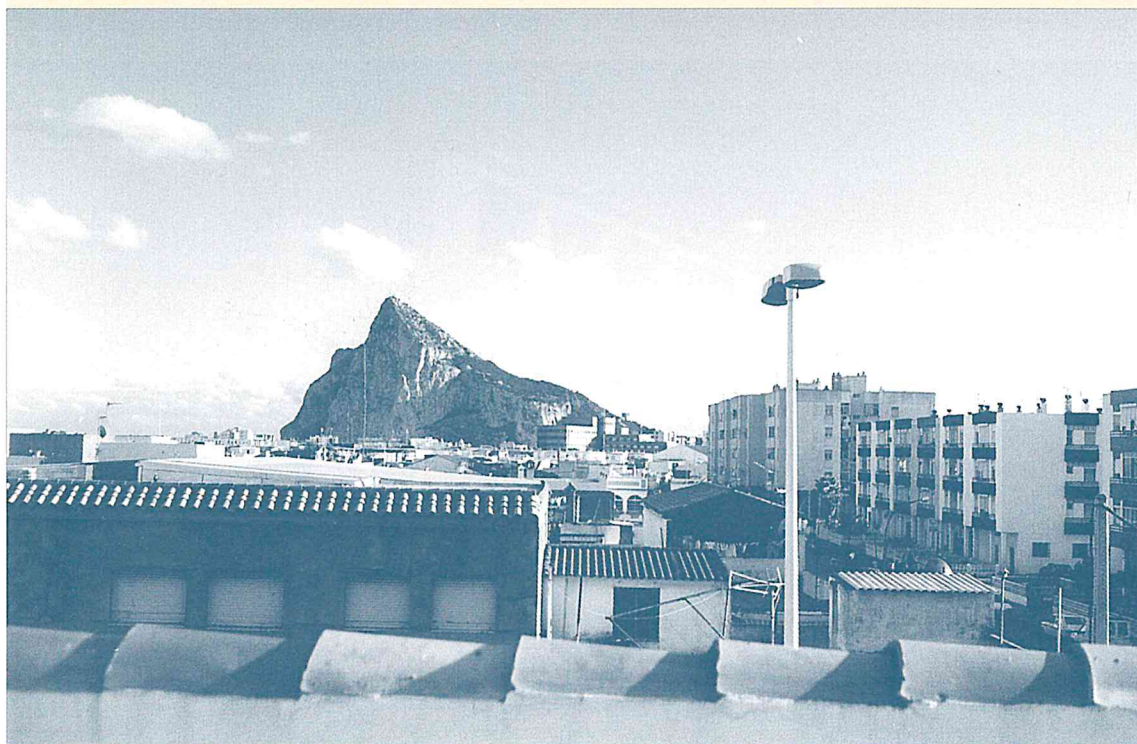
Dirección: Los Manantiales del Duque. Parcela 4 (Los Barrios)
Localidad: Benharas
Tlf.: (956) 23 61 71
Fecha de inauguración: 30 de septiembre de 1994
Nº de plazas: 30

CENTRO DE REINSECCIÓN NO RESIDENCIAL

FASES: A, B, C
Dirección: c/ Cartagena s/n, Esquina c/ Ter
Localidad: La Línea
C.P.: 11300
Tlf.: (956) 17 47 88
Fecha de inauguración: 18 de julio de 1995

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Francisco Vargas Benitez



VISTA DE LA CIUDAD DESDE LA TERRAZA DEL PISO DE ACOGIDA



SEDE SOCIAL

Dirección: c/ 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

DIRECTOR-PRESIDENTE

Antonio Hernández Hernández

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Centro de Solidaridad de las Islas Canarias
Ámbito territorial que abarca: Canarias
Fecha de inauguración: 8 de octubre de 1990

CENTROS DE ACOGIDA

Dirección: c/ 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
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 1993

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 1991

Nº de plazas: 50

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C

Dirección: c/ Verode 101 (Guajara)

Localidad: La Laguna (Tenerife)

C.P.: 38201

Tlf.: (922) 25 29 15

Fecha de inauguración: 18 de febrero de 1992

Nº de plazas: 60

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

José Suárez Casanova



CENTRO DE ACOGIDA.



CANTABRIA

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Isabel La Católica 8
Localidad: Santander
C.P.: 39007
Tlf.: (942) 23 61 06
Fax.: (942) 23 61 17

DIRECTORA-PRESIDENTA

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 1992

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 1993
Nº de plazas: 70

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: Avda. de los Infantes 10
Localidad: Santander
C.P.: 39005
Tlf.: (942) 27 24 15
Fecha de inauguración: 12 de mayo de 1994
Nº de plazas: 25

PTA. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

M^a Avelina Fenández-Oruña Español



CENTRO DE ACOGIDA

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 "Centro Español de Solidaridad de Córdoba"
Ámbito territorial que abarca: Córdoba y provincia
Fecha de inauguración: 7 de noviembre de 1994

CENTRO DE ACOGIDA

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

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Abderramán III, 10
Localidad: Córdoba
C.P.: 14006
Tlf.: (957) 33 05 45
Fecha de inauguración: 2 de noviembre de 1995



RECEPCIÓN DEL CENTRO DE ACOGIDA.



EXTREMADURA

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Coria 25
Localidad: Plasencia
C.P.: 10600
Tlf.: (927) 45 25 99
Fax.: (927) 41 82 62

DIRECTORA-PRESIDENTA

Fidela Márquez Ventura

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Santa Bárbara
Ámbito territorial que abarca: Comunidad Autónoma de Extremadura
Fecha de inauguración: 28 de noviembre de 1994

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Coria 25
Localidad: Plasencia
C.P.: 10600
Tlf.: (927) 45 25 99
Fax.: (927) 41 82 62

Fecha de inauguración: 28 de noviembre de 1994

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Comunidad Terapéutica "Sta. Bárbara"
Localidad: Sierra de Sta. Bárbara
Tlf.: (927) 19 91 08
Fecha de inauguración: 24 de abril de 1995



RESIDENTES CON PARTE DEL EQUIPO TERAPÉUTICO Y VOLUNTARIOS



SEDE SOCIAL

Dirección: Campillo de San Francisco s/n
(Edificio San 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 1990

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Campillo de San Francisco s/n
(Edificio San Martín Pinario)

Localidad: Santiago de Compostela

C.P.: 15705

Tlf.: (981) 57 25 24

Fax.: (981) 57 36 06

Dirección: Avda. Ramón Nieto 245

Localidad: Vigo

C.P.: 36205

Tlf.: (986) 37 46 46

Fax.: (986) 37 44 88

Fecha de inauguración: 11 de mayo de 1993

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Comunidade Terapéutica de Proxecto Home "As Cernadas"

Localidad: Cernadas-Portomouro

C.P.: 15871

Tlf.: (981) 88 26 33

Fecha de inauguración: 13 de agosto de 1990

Nº de plazas: 82

CENTRO DE REINSECCIÓN

FASES: A y B

Dirección: c/ Devesa 6 (Arines)

Localidad: Arines - Santiago de Compostela

C.P.: 15892

Tlf.: (9819 54 93 93

Fecha de inauguración: 6 de junio de 1991

Nº de plazas: 36

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 1991

FASES: 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 1993

Nº de plazas: 30

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Jazmínez 10, bajo y 1º

Localidad: Santiago de Compostela

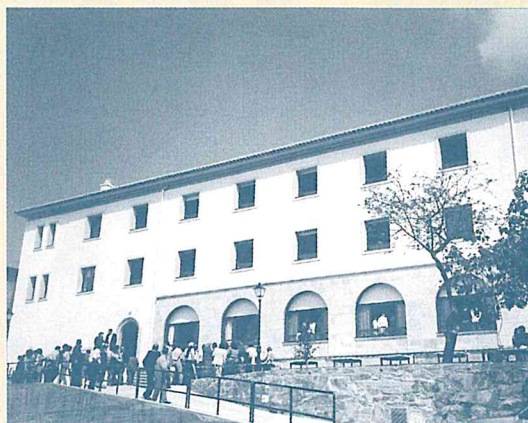
C.P.: 15704

Tlf.: (981) 58 45 20

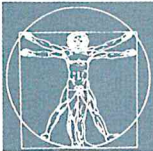
Fecha de inauguración: 2 de noviembre de 1993

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Manuel Rodríguez Iglesias



CENTRO DE ACOGIDA Y DE REINSECCION DE VIGO



GUADALAJARA

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ 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 1992

CENTRO DE ACOGIDA

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

Tlf.: (949) 25 35 73

Fax.: (949) 25 35 66

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

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

Localidad: Guadalajara

C.P.: 19001

Tlf.: (949) 82 03 57

Fecha de inauguración: 5 de julio de 1993

Nº de plazas: 60

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C

Dirección: c/ Adoratrices 14 - Chalet 54

Localidad: Guadalajara

C.P.: 19002

Tlf.: (949) 25 35 12

Fecha de inauguración: 5 de mayo de 1994

Nº de plazas: 25



GRUPO DE AUTOAYUDA

HUELVA



SEDE SOCIAL

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

Localidad: Huelva

C.P.: 21007

Tlf.: (959) 23 48 56

Fax.: (959) 22 74 15

DIRECTORA-PRESIDENTA

Ascensión González Rodríguez

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: C.E.S. Huelva

Ámbito territorial que abarca: Huelva y provincia

Fecha de inauguración: 5 de septiembre de 1994

CENTRO DE ACOGIDA

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

Localidad: Huelva

C.P.: 21007

Tlf.: (959) 23 48 56

Fax.: (959) 22 74 15

Fecha de inauguración: 5 de septiembre de 1994

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Arroyo de la Sardina, Ctra. Ayamonte s/n

Localidad: Gibraleón - Huelva

Tlf.: (959) 30 21 95

Fecha de inauguración: 30 de agosto de 1995

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

José Antonio García Boraita



VISITA CULTURAL



JEREZ

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 76

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 1991

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 76

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Ctra. Estrella del Marqués-Nueva Jarilla, Parcela nº 34. "Los Garciajos"
Localidad: Jerez de la Frontera (Cádiz)
C.P.: 11408
Tlf.: (956) 23 72 21
Fecha de inauguración: 8 de agosto de 1991
Nº de plazas: 66

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, 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 1992
Nº de plazas: 20

PTA. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Ana Alegría Amor



PATIO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

LA RIOJA

PROYECTO
HOMBRE
CENTRO DE
SOLIDARIDAD
DE LA RIOJA
MANZANERA, 11
TELÉFONO 248877
26004 - LOGROÑO

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ Madre de Dios 39 (Colegio Sal-
vatorianos)

Localidad: Logroño

C.P.: 26004

Tlf.: (941) 24 88 77

Fax.: (941) 24 86 40

DIRECTOR-PRESIDENTE

Matías Salazar Terreros

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Centro de Solidaridad de
La Rioja

Ámbito territorial que abarca: Comunidad
Autónoma de La Rioja

Fecha de inauguración: 26 de septiembre de 1990

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Madre de Dios 39 (Colegio Sal-
vatorianos)

Localidad: Logroño

C.P.: 26004

Tlf.: (941) 24 88 77

Fax.: (941) 24 86 40

Fecha de inauguración: 26 de septiembre de 1990

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Paseo de las Cabras s/n

Localidad: Logroño

C.P.: 26004

Tlf.: (941) 22 33 00

Fecha de inauguración: 11 de julio de 1991

Nº de plazas: 34

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C

Dirección: Madre de Dios 39

Localidad: Logroño

C.P.: 26006

Tlf.: (941) 23 20 01

Fecha de inauguración: 26 de mayo de 1992

Nº de plazas: 18

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: c/ Madre de Dios, 39

Localidad: Logroño

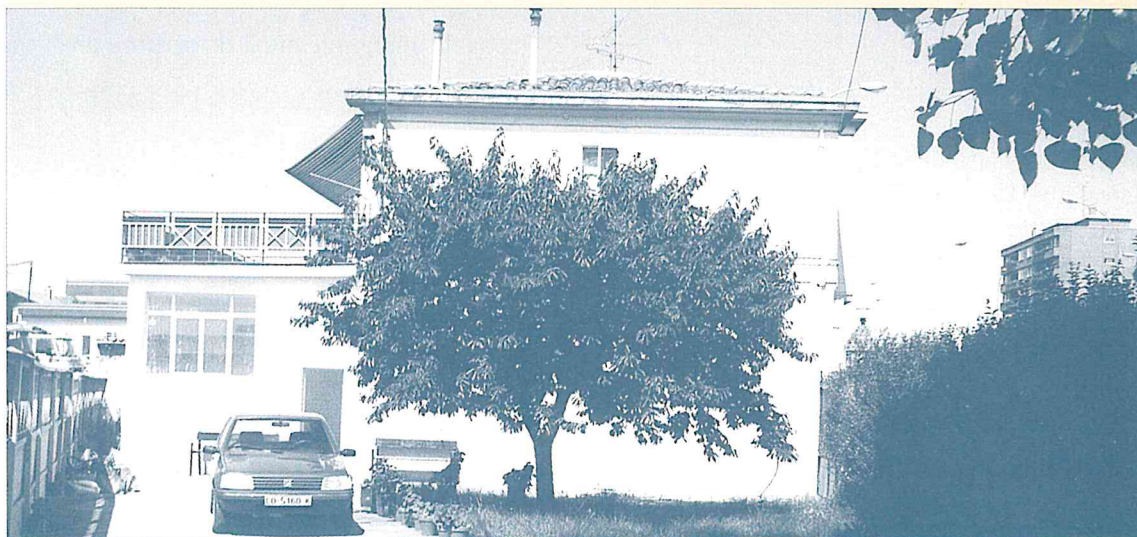
C.P.: 26004

Tlf.: (941) 23 20 01

Fecha de inauguración: 20 de mayo de 1991

PTA. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

M^a Soledad López



CENTRO DE REINSERCIÓN



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: León y Comarca de Valdeorras (Orense)
Fecha de inauguración: 9 de septiembre de 1985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Miguel Servet 8
Localidad: Fuentesnuevas - Ponferrada (León)
C.P.: 24411
Tlf.: (987) 45 51 20
Fax.: (987) 45 51 55
Fecha de inauguración: 9 de septiembre de 1985

Dirección: Dámaso Merino 6
Localidad: León
C.P.: 24003
Tlf.: (987) 27 22 52
Fecha de inauguración: 23 de abril de 1988

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 1994

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 1986
Nº de plazas: 90

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: Miguel Servet 8
Localidad: Fuentesnuevas - Ponferrada (León)
C.P.: 24411
Tlf.: (987) 45 51 12
Fecha de inauguración: 27 de enero de 1987
Nº de plazas: 80
FASES: A, B, C
Dirección: Dámaso Merino 6
Localidad: León
C.P.: 24003
Tlf.: (987) 24 75 14
Fecha de inauguración: 2 de octubre de 1995

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 1992
Nº de plazas: 60

Dirección: Dámaso Merino 6
Localidad: León
C.P.: 24003
Tlf.: (987) 24 75 14
Fecha de inauguración: 2 de octubre de 1995

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

José Gayo



CENTRO DE ACOGIDA Y SEDE SOCIAL DEL PROGRAMA



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 que abarca: Comunidad Autónoma de Madrid
Fecha de inauguración: 20 de octubre de 1984

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Martín de los Heros 68
Localidad: Madrid. C.P.: 28008
Tlf.: (91) 542 02 71. Fax.: (91) 542 46 93
Fecha de inauguración: 20 de octubre de 1984

Dirección: Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid. C.P.: 28015
Tlf.: (91) 544 85 09

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 1984
Nº de plazas: 80

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid. C.P.: 28041
Tlf.: (91) 544 85 09
Fecha de inauguración: 30 de septiembre de 1985
Nº de plazas: 175

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Antonio López 264
Localidad: Madrid. C.P.: 28041
Tlf.: (91) 475 44 12
Fecha de inauguración: 1 de marzo de 1990
Nº de plazas: 90

PROGRAMA NOCTURNO

Dirección: Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid. C.P.: 28015
Tlf.: (91) 548 09 53

PROGR. PARA TRATAMIENTO DE RECAIDAS:

Domicilio: c/ Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid. C.P.: 28015
Tlf.: (91) 548 09 53
Fecha de inauguración: 30 de septiembre de 1993

C. DE REINSERCIÓN ALTERNATIVA EN CONVENIO CON EL AYTO. DE MADRID

Dirección: Príncipe de Viana 3 (La Florida)
Localidad: Madrid. C.P.: 28023
Tlf.: (91) 357 11 81
Fecha de inauguración: 15 de octubre de 1994

CENTRO PROGRAMA SOPORTE

Domicilio: c/ Donoso Cortés 61
Localidad: Madrid. C.P.: 28015
Tlf.: (91) 548 09 53
Fecha de inauguración: 1 de octubre de 1995

CENTRO DE COMUNIDAD DIRECTA

Domicilio: Finca La Loma, Km. 34,200
Localidad: Navalcarnero-Madrid. C.P.: 28600
Tlf.: (91) 811 03 57
Fecha de inauguración: 28 de diciembre de 1995

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Pedro Muñoz Vidal



USUARIOS Y TERAPEUTAS DEL PROGRAMA NOCTURNO



MÁLAGA

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 1985

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 1985

Dirección: Ríos Rosas 1
Localidad: Ronda (Málaga)
C.P.: 29400
Tlf.: (95) 287 84 02
Fecha de inauguración: 15 de enero de 1992

Dirección: Pasillas 30
Localidad: Antequera (Málaga)
C.P.: 29200
Tlf.: (95) 270 27 62
Fecha de inauguración: 5 de junio de 1993

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

Dirección: La Cilla 1
Localidad: Vélez-Málaga

C.P.: 29700
Tlf.: (95) 250 65 15
Fecha de inauguración: 19 de septiembre de 1994

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 1986
Nº de plazas: 80

CENTRO DE REINSERCIÓN

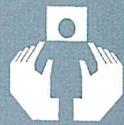
FASES: A, B, C
Dirección: Subida Monte Victoria 3
Localidad: Málaga
C.P.: 29012
Tlf.: (95) 226 80 57
Fecha de inauguración: 6 de mayo de 1988
Nº de plazas: 138

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS
Rafael Salcedo Sánchez



EQUIPO TERAPÉUTICO

MURCIA



SEDE SOCIAL

Dirección: Plaza del Beato Hibernón 4
Localidad: Murcia
C.P.: 30001
Tlf.: (968) 24 58 60
Fax.: (968) 24 58 60

DIRECTORA-PRESIDENTA

Ramona Alonso García

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Fundación Solidaridad y Reinserción

Ámbito territorial que abarca: C. Autónoma de Murcia

Fecha de inauguración: 2 de mayo de 1995

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Plaza del Beato Hibernón 4
Localidad: Murcia
C.P.: 30001
Tlf.: (968) 24 58 60
Fax.: (968) 24 58 60

Fecha de inauguración: 2 de mayo de 1995



PRIMER EQUIPO DEL PROGRAMA



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 1991

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 1991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Avda. de Pamplona 59
Localidad: Estella
C.P.: 31200
Tlf.: (948) 55 29 86
Fecha de inauguración: 4 de junio de 1991
Nº de plazas: 60

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: Villa Teresita. Beloso Alto
Localidad: Pamplona
C.P.: 31006
Tlf.: (948) 23 25 62
Fecha de inauguración: 23 de marzo de 1992
Nº de plazas: 60

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Federico Crespo Guilmain



PRIMERAS ALTAS TERAPÉUTICAS DEL PROGRAMA

SAN SEBASTIÁN



SEDE SOCIAL

Dirección: "Villa Ulia Enea", c/ Calzada Vieja 87
Localidad: Donostia-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 1985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: "Villa Ulia Enea", c/ Calzada Vieja 87
Localidad: Donostia-San Sebastián
C.P.: 20013
Tlf.: (943) 27 39 00 / 27 36 90
Fax.: (943) 28 44 44
Fecha de inuguración: 4 de febrero de 1985

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 1985
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 1991
Nº de plazas: 60

CENTRO DE REINserCIÓN

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

Fecha de inauguración: 14 de febrero de 1986
Nº de plazas: 30

FASE: 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 1986
Nº de plazas: 30

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: c/ Intxaurreondo 25
Localidad: Donostia-San Sebastián
C.P.: 20015
Tlf.: (943) 28 90 87
Fecha de inauguración: 18 de junio de 1990
Nº de plazas: 40

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Manuel Fernández Muñoz



RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTENSIVA



SEVILLA

SEDE SOCIAL

Dirección: c/ 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 1991

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: San Juan de Dios 21

Localidad: Sevilla

C.P.: 41005

Tlf.: (95) 492 53 76 / 492 53 77

Fecha de inauguración: 7 de octubre de 1991

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Cerro Clavijo (Finca Sancarada)

Localidad: Alcalá de Guadaíra

C.P.: 41018

Tlf.: (95) 568 19 31

Fecha de inauguración: 22 de abril de 1992

Nº de plazas: 50

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C

Dirección: c/ Marqués de Nervión 75

Localidad: Sevilla

C.P.: 41005

Tlf.: (95) 463 01 49 / 463 04 00

Fecha de inauguración: 15 de febrero de 1993

Nº de plazas: 20

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Finca Cantalgallo-Camino de los Frailes

Localidad: Dos Hermanas

Tlf.: (95) 566 60 18

Fecha de inauguración: 3 de noviembre de 1994

Nª de plazas: 50

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Alfonso Castro García



CASA DEL PROGRAMA DE APOYO EN DOS HERMANAS

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 1985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: c/ Padre Esteban Pernet 1
Localidad: Valencia. C.P.: 46014
Tlf.: (96) 359 77 77
Fax.: (96) 379 92 51
Fecha de inauguración: 15 de diciembre de 1985

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: C.T. "L'Espill" - Ctra- de Valencia-Lliria Km. 17'300
Localidad: Pobla de Vallbona
Tlf.: (96) 276 01 09
Fecha de inauguración: 1 de mayo de 1986
Nº de plazas: 52

Dirección: C.T. "L'Hort de Betlem" - Cami Font de Carrascosa s/n
Localidad: Alzira
Tlf.: (96) 276 01 09
Fecha de inauguración: 3 de diciembre de 1990
Nº de plazas: 40

CENTRO DE REINserCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: c/ Tribunal de Aguas 5
Localidad: Valencia. C.P.: 46011
Tlf.: (96) 367 00 14
Fecha de inauguración: 9 de marzo de 1987
Nº de plazas: 75

FASES: A, B, C

Dirección: c/ Pie de la Cruz 1
Localidad: Valencia
Tlf.: (96) 392 52 31
Fecha de inauguración: 1 de julio de 1990
Nº de plazas: 25

GRUP DE VESPRADA

Dirección: c/ Virgen de la Fuensanta 1
Localidad: Valencia. C.P.: 46014
Tlf.: (96) 359 77 77 ext. 16
Fecha de inauguración: 24 de febrero de 1995

PROGRAMA ENCONTRE

Dirección: c/ Virgen de la Fuensanta 1
Localidad: Valencia. C.P.: 46014
Tlf.: (96) 359 77 77 ext. 16
Fecha de inauguración: 24 de febrero de 1995

PROGRAMA ALBADA

Dirección: c/ Virgen de la Fuensanta 1
Localidad: Valencia. C.P.: 46014
Tlf.: (96) 359 77 77 ext. 16
Fecha de inauguración: 20 de febrero de 1995

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Josefina Pérez de Lucía Monfort



LOCAL DEL PROGRAMA PARA ADOLESCENTES "ENCONTRE"



Proyecto Hombre
Gestión Educativa

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 1987

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
Fecha de inauguración: 7 de septiembre de 1987

PRE-ACOGIDA

Dirección: c/ Las Conchas 9, bajo izda.
Localidad: Miranda de Ebro
C.P.: 09200

Tlf.: (945) 33 13 33

Fecha de inauguración: 31 de mayo de 1995

COMUNIDAD TERAPÉUTICA DIURNA

Dirección: c/ Ramón y Cajal 13
Localidad: Vitoria-Gasteiz
C.P.: 01007
Tlf.: (945) 13 24 34
Fecha de inauguración: 7 de marzo de 1988

C. DE REINSERCIÓN NO RESIDENCIAL

FASES: A, B, C
Dirección: S. Ignacio de Loyola 2
Localidad: Vitoria-Gasteiz
C.P.: 01001
Tlf.: (945) 14 59 88
Fecha de inauguración: 7 de febrero de 1989

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

Alberto Díaz Loza



USUARIOS Y EQUIPO TERAPÉUTICO DEL PROGRAMA.



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 1988

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

Fecha de inauguración: 19 de octubre de 1988

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Finca "El Chafaril" - Ctra. Zamora-Pelegonzalo
Localidad: Peleagonzalo (Zamora)
C.P.: 49880
Tlf.: (980) 69 95 21
Fecha de inauguración: 6 de junio de 1990
Nº de plazas: 60

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C
Dirección: Pasaje de Gema 9-B
Localidad: Zamora
C.P.: 49028
Tlf.: (980) 53 00 11
Fecha de inauguración: 26 de junio de 1991
Nº de plazas: 50

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Marcial Rodríguez Riesco



COMUNIDAD TERAPÉUTICA



ZARAGOZA

SEDE SOCIAL

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

DIRECTOR-PRESIDENTE

Pedro Coduras Marcen

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Titular: Centro de Solidaridad de Zaragoza
Ámbito territorial que abarca: Aragón
Fecha de inauguración: 14 de octubre de 1985

CENTRO DE ACOGIDA

Dirección: Lucero del Alba 2
Localidad: Zaragoza
C.P.: 50012
Tlf.: (976) 33 17 75
Fecha de inauguración: 14 de octubre de 1985

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Dirección: Camino de Enmedio 24

Localidad: Zaragoza

C.P.: 50011

Tlf.: (976) 34 01 75

Fecha de inauguración: 17 de junio de 1994

CENTRO DE REINSERCIÓN

FASES: A, B, C

Dirección: Manuela Sancho 3-9

Localidad: Zaragoza

C.P.: 50002

Tlf.: (976) 20 02 16

Fecha de inauguración: 3 de julio de 1987

PROGRAMA DE APOYO

Dirección: Manuela Sancho 3-9

Localidad: Zaragoza

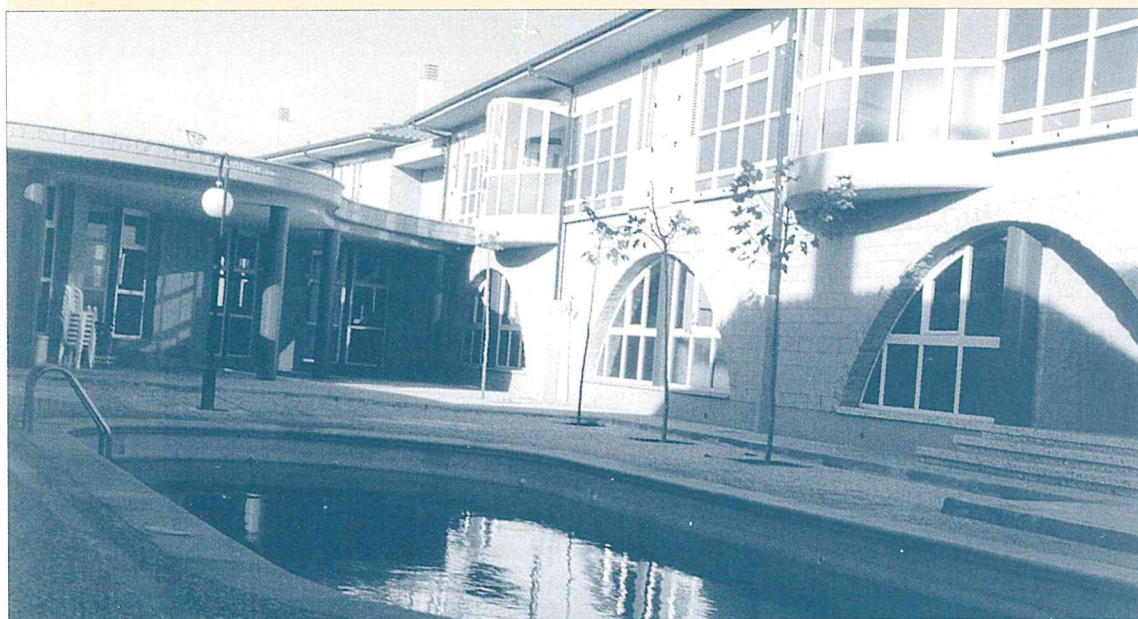
C.P.: 50002

Tlf.: (976) 20 02 16

Fecha de inauguración: 15 de octubre de 1989

PTE. DE LA ASOCIACIÓN DE FAMILIAS

Pilar Diego-Madrado Bentura



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ZARAGOZA

7

LA DEMANDA ASISTENCIAL

EN LA ENCRUCIJADA:

PERFIL DE LOS INGRESOS

DURANTE 1995

AUTOR:

DOMINGO COMAS
PROFESOR DE SOCIOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID.
PRESIDENTE DEL GRUPO INTERDISCIPLINAR
SOBRE DROGAS (G.I.D.)

PROCESO DE DATOS:

JOSUNE AGUINAGA
PROFESORA DE SOCIOLOGÍA DE LA UNED

SUMARIO

7.1. INTRODUCCIÓN.....	78
7.1.1. Inicio, desarrollo y estabilización de la epidemia de heroína: consecuencia para la red asistencial.....	78
7.1.2. Los objetivos del informe.....	80
7.1.3. Algunas consideraciones metodológicas.....	81
7.2. EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL SOBRE DROGAS EN ESPAÑA: UNA HIPÓTESIS EXPLICATIVA.....	83
7.3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO BÁSICO.....	89
7.3.1. Distribución por género y edad.....	89
7.3.2. Estructuras sociofamiliares.....	91
7.3.3. Expediente escolar.....	96
7.3.4. Actividad laboral.....	101
7.3.5. Incidencia del consumo de drogas sobre el trabajo.....	106
7.3.6. El dinero para adquirir drogas.....	107
7.4. LA TRAYECTORIA DE CONSUMO DE DROGAS.....	109
7.4.1. Edad de inicio y tipo de relación con las distintas drogas.....	109
7.4.2. Motivaciones para iniciar el consumo.....	114
7.4.3. El acceso a las drogas.....	115
7.4.4. Hábitos de consumo de heroína.....	118
7.5. EL CONTEXTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.....	120
7.5.1. Los intentos previos de dejar las drogas.....	120
7.5.2. Motivación para ingresar en el Proyecto Hombre.....	120
7.5.3. Drogas en la familia de origen.....	122
7.5.4. Problemas con la justicia.....	125
7.6. ALGUNAS CLAVES PARA LA REFLEXIÓN.....	128

LA DEMANDA ASISTENCIAL EN LA ENCRUCIJADA: PERFIL DE LOS INGRESOS DURANTE 1995

7.1.- INTRODUCCIÓN

7.1.1.- INICIO, DESARROLLO Y ESTABILIZACIÓN DE LA EPIDEMIA DE HEROÍNA: CONSECUENCIA PARA LA RED ASISTENCIAL.

Desde 1990 la *Asociación Proyecto Hombre* viene reflejando en sus Memorias Anuales, a partir de una muestra de casos, un perfil de los drogodependientes que ingresaron en los diferentes programas locales durante el año anterior. A lo largo de estos cinco años el perfil básico de las personas que ingresaron en el *Proyecto Hombre* apenas ha variado, aunque ciertamente cada ejercicio ha supuesto obtener mayores resultados, y más fiables, en razón a las mejoras metodológicas que se han venido añadiendo tanto sobre el instrumento como sobre los sistemas de recogida de información.

Como iremos viendo más adelante el perfil de los ingresos de 1995 tampoco es tan distinto al de años anteriores, confirmando incluso algunos pequeños cambios de tendencia que ya se venían detectando estos últimos años, lo cual no resulta en absoluto sorprendente si tenemos en cuenta el contexto en el que se viene generando la demanda asistencial de los drogodependientes en nuestro país: una epidemia de politoxicomanía centrada alrededor de la heroína que se inicia en España a fines de los 70, que alcanza sus mayores cotas de expansión en los 80 y que comienza a remitir en los 90 al tiempo que aparecen nuevas formas de politoxicomanía con una menor presencia de heroína.

Si la epidemia transcurre sobre un determinado periodo de tiempo, si en este periodo afecta a un mismo grupo de edad y si los mecanismos por los que se accede al consumo o se adquiere la dependencia se van repitiendo, podemos establecer que los afectados y por tanto la demanda asistencial se referirán a una misma generación y que los perfiles sociodemográficos y de historia de consumo, con la excepción del aumento de la media de edad, se irán reiterando cada año. Por tanto la continua repetición de resultados es en sí misma un dato muy revelador, ya que, por una parte, nos permitirá confirmar el **carácter generacional de la epidemia**, y por otra parte, con independencia del efecto de algunos cambios menores y/o de origen institucional, como podría ser el ejemplo del continuo incremento de casos judiciales relacionado con cambios legales y con la actitud de los tribunales, podremos fijar y contrastar cuáles son las metodologías asistenciales adecuadas.

Esta **foto fija** aparece sin embargo movida, y en ocasiones algo borrosa, por dos motivos, de un lado los cambios en las prioridades asistenciales de las administraciones públicas y de otro la expectativa de posible aparición de una “nueva generación” con diferentes hábitos de consumo de drogas. En la retórica del discurso político se superponen ambos motivos, siendo frecuente la afirmación de que las prioridades asistenciales han sido modificadas en previsión de las necesidades que surgirán a partir de los nuevos perfiles de consumo, pero la mera observación de los acontecimientos nos demuestra que esto no es así: las prioridades y las acciones reales tienen como objetivo la vieja generación afectada por la epidemia de heroína y obviamente deberán ser profundamente modificadas si efectivamente emerge una nueva generación presidida por el alcohol y las drogas de síntesis. Es decir, cuando se habla de lo nuevo en realidad se está actuando para confirmar el efecto residual de lo viejo.

Con independencia de la bondad o la corrección de las nuevas prioridades, que debatiremos más adelante, no cabe duda que la incidencia combinada del factor fin de etapa y del factor nuevas políticas asistenciales sobre drogas, en especial el crecimiento de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), implican para la red asistencial “clásica” basada en Programas Libres de Drogas (PLDs) que se consolidó en los años 80, la necesidad de abrir una reflexión sobre la nueva situación, siendo la presentación del perfil de las personas que ingresaron en el *Proyecto Hombre* durante 1995 una buena ocasión para reemprender la tarea.

Sin duda el *Proyecto Hombre*, que inició sus actividades en España en 1984, resulta un ejemplo muy representativo de este modelo “clásico” y consolidado de PLDs, crecidos a la sombra de la demanda asistencial que generó la epidemia de heroína en nuestro país, y esta misma representatividad le fuerza de forma especial, en las condiciones de la presente encrucijada, a reflexionar sobre los

cambios que le están afectando. Tal reflexión podría articularse por una parte sobre las nuevas políticas y prioridades asistenciales, en el bien entendido que no basta con aceptarlas o rechazarlas, y por otra sobre la virtualidad de la aparición de una nueva generación de consumidores con características diferenciadas.

Los resultados del sistema de recogida de información del *Proyecto Hombre* para 1995, permiten abrir diversas vías de reflexión, cuando por una parte, de entrada y sin poderlo soslayar, pongan en evidencia la incidencia cuantitativa que comienzan a tener las nuevas políticas y prioridades asistenciales, posteriormente cuando determinemos, con mayor exactitud que en ocasiones anteriores, los elementos que configuran la “generación de la heroína” y finalmente cuando comencemos a producir información sobre los “nuevos consumidores”.

7.1.2.- LOS OBJETIVOS DEL INFORME.

Los objetivos del estudio se articulan, por los motivos antedichos, sobre dos líneas, la primera de **carácter descriptivo**, se vincula a objetivos de años anteriores, ya que se trata de:

— Realizar un análisis del perfil de las personas que ingresaron en el conjunto de programas locales que están confederados en el Proyecto Hombre durante 1995.

— Comparar los resultados obtenidos en 1995 con los datos disponibles del periodo 1990-1994.

— Comparar los datos correspondientes al Proyecto Hombre con los datos generales que aparecen en el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

— Adelantar hipótesis sobre los procesos psicosociales a través de los que se adquiere algún tipo de dependencia a drogas.

— Describir los factores que motivan una demanda asistencial en el Proyecto Hombre.

Pero además para los datos de 1995 nos sentimos en la necesidad de abrir otra línea de trabajo, de **carácter analítico** con la que pretendemos situar los resultados en relación a algunos cambios ocurridos en nuestro país tanto a nivel de la oferta como de la demanda asistencial, es decir cambios en el perfil general de los nuevos consumidores y cambios en las prioridades de las políticas asistenciales.

En todo caso se trata de un análisis que simplemente nos ayuda a situarnos en los referentes del nuevo contexto, y que será preciso completar con otros trabajos, investigaciones y observación de experiencias, tanto de tipo clínico como antropológico. No estamos, por tanto, ante resultados que puedan orientar directamente la intervención, ni mucho menos ante un modelo contrastable de descripción de la realidad, sino sólo ante una llave que nos abre el camino hacia la representación, más o menos depurada, de nuevas necesidades y sus posibles respuestas.

7.1.3.- ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

En 1990, la *Asociación Proyecto Hombre* diseñó un modelo de cuestionario que en diciembre de aquel mismo año se aplicó a todos los internos que llevaran más de 30 días en cualquiera de los Programas locales existentes a la fecha, la aplicación se repitió en diciembre de 1991, lo que permitió una primera imagen de los perfiles de las personas que atendía el *Proyecto Hombre* en dichos años. A partir de 1992 se modificó el método de recogida de datos y el cuestionario (con algunos cambios) se aplicó al final del *periodo de Orientación*, en la *fase de Acogida*, es decir a los 30-45 días de efectuada la demanda asistencial, a la mayor parte de aquellos que permanecían en el Programa. Asimismo, ya desde 1990, los datos aportados por los propios ingresados fueron completados con la aplicación de un cuestionario distinto a sus familiares.

Los resultados fueron extractados y publicados en las Memorias de los años correspondientes y resumidos y analizados en forma comparativa en la Memoria 1994. Asimismo la base de datos se utilizó para algunos trabajos particulares, difundidos en las Memorias de los Programas Locales y en las Actas del Primer Congreso Nacional de la Asociación Proyecto Hombre (Vitoria, 1995).

Hasta 1994 los datos se recogían por medio de un sistema manual, las “plantillas”, a pesar de que algunos Programas locales ya estaban mecanizados, pero el hecho de que la informatización no estuviera generalizada, así como la decisión que el perfil de la Memoria incluyera datos de todos los Programas, obligó a trabajar con una Hoja de Cálculo (en concreto EXCEL 5.0) a partir de los datos de las plantillas manuales.

Para 1995 la generalización del programa informático propio CEPH 3.1 ha supuesto un importante cambio cualitativo ya que los datos han sido tratados con el paquete estadístico SPSS, a partir de un disquete con una matriz de datos que permite prácticamente cualquier operación estadística. Sin embargo, conviene indicar que en la muestra de 1995 se han producido algunas incidencias, que debemos señalar. La primera se refiere al programa de Madrid cuyos datos no han sido compatibles con el programa general CETH-95. La segunda, al programa de Huelva, que no pudo grabar los datos. Y la tercera, los programas de Murcia y Barcelona, que no se incluyeron aún en el sistema por su reciente apertura.

En total para 1995 la muestra de ingresos es de $n=2.005$ y la muestra concordante de familiares identificados un poco inferior $n=1.394$, habiéndose incrementado la proporción de madres solas que contestan este segundo cuestionario, desde poco más de un 50% en años anteriores a un 64,1% en 1995, y desapareciendo prácticamente la opción “ambos” (padre y madre) que venía a representar casi un 25% en años anteriores y se ha quedado en un 5,0% en 1995, los padres varones han pasado de un 17,9% en

1994 a un 7,9% en 1995, lo que implica que si históricamente ya eran las madres las que se “ocupaban” mayoritariamente de acompañar a la asistencia a sus hijos drogodependientes, en 1995 con los datos de “quien” responde al cuestionario, este proceso puede haberse acentuado.

En cuanto al tipo de trabajo estadístico de 1995 se ha preferido un avance discreto en relación a 1994, en razón primero a mantener el máximo de continuidad, segundo de ajustarse al objetivo de ofrecer una descripción asequible del tema y tercero de centrarse en aquellos temas que, hoy por hoy, puedan ser relevantes para la reflexión que planteábamos más arriba. Por tales motivos, aparte de algunas novedades particulares sobre la trayectoria de consumo, nos hemos centrado en proporcionar una visión por grupos de edad que nos permite una serie de conclusiones sobre el perfil de los **nuevos jóvenes consumidores** que realizan una demanda asistencial.

Finalmente cabe señalar que el informe integra, desde una perspectiva conceptual, los resultados de los cuestionarios aplicados a las personas que ingresan en el Programa y los resultados de los cuestionarios que responde un familiar, indicándose expresamente el origen sólo cuando los datos proceden de este segundo cuestionario.

7.2.- EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL SOBRE DROGAS EN ESPAÑA: UNA HIPÓTESIS EXPLICATIVA.

El cuadro I muestra la evolución de la demanda y el trabajo asistencial en el *Proyecto Hombre* durante el periodo 1990-1995, pudiendo observarse cómo el número total de internos (epígrafe “residentes”) crece continuamente, hasta alcanzar el volumen máximo en 1993, fecha a partir de la cual se inicia una leve disminución, asimismo el número de casos, encuestados a partir del sistema de registro CEPH (epígrafe “casos CEPH”), sobre el que estamos trabajando, muestra notables incrementos hasta que en 1995 aparece una disminución de un 25% en relación al año anterior y se explica tanto por la ralentización del número de nuevos casos como por las incidencias del procedimiento —la informatización—, que hemos comentado más arriba.

Conjugando ambas tendencias, cuya relación parecería indicar un incremento de la tasa de retención durante 1995, resulta evidente que la demanda asistencial se ha visto afectada, para el *Proyecto Hombre*, por una cierta “crisis”, que además debemos colocar en el contexto de la importante expansión e implantación territorial desarrollada en el periodo 1990-95. En todo caso para entender dicha crisis conviene situarla en el plano más general de la “crisis de la demanda” que aparece en España a partir de 1993-94 y que reflejan con claridad los datos del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) que recoge el número total de personas admitidas a tratamiento en la red pública o privada acreditada en España cada año, y que parece haberse estabilizado en torno a los 40.000 nuevos casos de drogodependientes que realizan una demanda asistencial al año (Cuadro I epígrafe “ingresos SEIT 1”) asimismo el número total de casos en tratamiento a lo largo del año (nuevos e ingresados en años anteriores) en toda la red asistencial española (Cuadro I epígrafe “Tratamientos T”) parece haber tocado techo en torno a un colectivo de 100.000 personas.

Dicha crisis general debe asimismo situarse en el contexto general de una “imagen” que ha determinado las políticas y las prioridades en relación a la asistencia al drogodependiente, no sólo en España sino en todo el ámbito de la Unión Europea, esta imagen incluía la afirmación que las redes especializadas que desarrollaban Programas Libres de Drogas (PLDs) sólo accedían a una parte muy pequeña de las personas que tenían problemas de dependencia a las drogas, lo que a su vez explicaba la expansión de las tasas de seropositividad y casos de SIDA entre el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral.

Dicha imagen reorientó las prioridades de las administraciones públicas hacia el grupo de drogodependientes que se suponía que “no estaba en contacto con la red asistencial”, para el que se im-

plantó, aunque a muy diferente ritmo según cada Comunidad Autónoma, Programas de Reducción del Daño, del Riesgo o Programas de Objetivos Intermedios (PRRs), que básicamente consistieron en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), intercambio de jeringuillas y/o kits sanitarios. También se pusieron en marcha algunos “centros de acogida inmediata”, proyectos de educación sanitaria, vacunación de hepatitis o detección de tuberculosis, aunque de forma puntual en determinadas áreas. Sin embargo resulta evidente que tales intervenciones no han conseguido, al menos hasta el momento, que en España emergiera ningún grupo oculto relevante de drogodependientes que no tuvieran contacto previo con la red asistencial.

CUADRO I
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE INGRESOS Y RESIDENTES,
PORCENTAJE EN RELACIÓN AL TOTAL DE LA DEMANDA EN ESPAÑA Y SOBRE
LA DEMANDA EN PROGRAMAS LIBRES DE DROGAS

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Residentes PH	3.028	3.801	4.239	5.183	5.075	4.957
Casos CEPH	2.598*	3.108*	2.150	2.688	3.034	2.408
Casos SEIT 1	25.118	31.336	38.831	39.033	39.349	41.800**
Casos SEIT 2	20.156	25.772	32.134	31.927	32.154	33.500**
Tratamientos T	-	54.000	78.629	91.221	101.001	102.000**
PM Metadona	-	-	9.470	15.398	18.027	21.000**
CEPH/SEIT 2 (%)	-	-	6,6	8,4	9,4	7,1
Resi/Tratams (%)	-	7,0	5,3	5,6	5,0	4,8
Resi/Tratam-PMM (%)	-	-	6,1	6,8	6,1	6,1

Fuentes: Memorias anuales PH, CEPH, SEIT y Memorias PNsD.

(*) Se refiere al número de residentes a diciembre.

(**) Cifras estimadas a la fecha

Es más, parece establecerse una cierta coincidencia temporal entre el inicio de los PRRs y la estabilización y posterior “crisis” de la demanda asistencial total, en la que, lógicamente, los Programas de Mantenimiento con Metadona están incluidos, lo que implicaría que, al menos en España, o bien la imagen de que una mayoría de drogodependientes no estaba en contacto con la red asistencial especializada de PLDs no era correcta, o bien los PRRs, y en particular los PMM, no han conseguido alcanzar sus objetivos y contactar con esta “población oculta”.

En nuestra opinión la actual “crisis” de la demanda asistencial se conforma desde ambos extremos, así el volumen de “población oculta” sin contacto con la red asistencial especializada en PLDs no era tan importante como se decía. Ciertamente las extrapolaciones obtenidas de los resultados de las encuestas raramente informan de prevalencias superiores a los 100.000 consumidores habituales de heroína en un momento dado, y utilizando otras metodologías más especializadas como “captura y recaptura” o “acumulación cruzada de indicadores indirectos” se han alcanzado tasas que extrapoladas nos conducen a prevalencias máximas de 170.000 personas, con la única excepción de algún estudio realizado sobre Madrid cuya extrapolación casi duplicaría esta última cifra. Con tales

prevalencias si consideramos alrededor de 40.000 casos nuevos al año, así como la cifra de 75.000 personas que estaban en tratamiento en PLDs en 1993 y 82.000 personas en 1994, resulta evidente que el volumen oculto, con ser importante e incluso quizás mayoritario, no se corresponde con la imagen de que sólo una exigua mayoría estaba en contacto con la red asistencial especializada.

Asimismo otras investigaciones de carácter etnográfico, utilizando la técnica de “Bola de Nieve”, o los registros penitenciarios han mostrado cómo una mayoría de drogodependientes españoles conocen y han utilizado dispositivos de la red especializada. Debemos en todo caso mencionar que todas las investigaciones evidencian que formar parte bien del “grupo oculto” o bien del “grupo en contacto con la red asistencial” se correlaciona fuertemente con el tiempo (número de años) de dependencia a la heroína, lo que indicaría que el ocultamiento no es una actitud permanente sino un factor evolutivo que se va reduciendo a lo largo de la historia personal de dependencia.

Pero además, y este sería el factor que mejor explica la actual “crisis asistencial”, creemos que una parte sustancial de PRRs, en especial los PMM, no han conseguido contactar con el “grupo oculto” sino que han captado a sus clientes a partir de aquellos que ya estaban en contacto con la actual red de PLDs. Tal fenómeno tiene que ver, en este caso, con el procedimiento de la traslación automática de respuestas asistenciales clónicas entre realidades nacionales y culturales no equivalentes, y al valor absoluto que se atribuye a los resultados de las evaluaciones totalmente descontextualizadas que aparecen conformando la mayor parte de la literatura de las revistas científicas internacionales. Intentar aplicar los resultados de investigaciones y evaluaciones que recrean, en función de las exigencias del positivismo, situaciones artificiales, a otras realidades, sin un estudio previo de tales realidades sociales, institucionales y asistenciales, puede conducir a importantes errores en la planificación de las políticas.

En el caso de la asistencia a los drogodependientes, creemos que en principio la confusión se deriva del lugar tan diferente que ocupa la “atención primaria” y/o “la estructura que está más en contacto con los drogodependientes” en cada país. Así en ciertos países europeos con una estructura sanitaria y social de atención primaria muy desarrollada, la red específica en drogodependencias ha ocupado tradicionalmente un espacio terciario muy especializado, al que accedía un cupo minoritario de los drogodependientes que sin embargo contactaban mayoritariamente con los recursos sanitarios y sociales. En tales países el desarrollo de los PRRs por parte de estos recursos de atención primaria, se ha saldado con la emergencia del grupo de drogodependientes que permanecía oculto a la red especializada de PLDs.

No es el caso de España donde la implantación de recursos sanitarios y sociales de atención primaria se inició en los años 80, y

que aún mantiene notables déficits y un bajo umbral de relación, implicación y conciencia con los problemas que causan las drogas¹, ocurriendo que la “atención primaria” es decir el contacto directo con los drogodependientes se ha mantenido en España a través de los dispositivos específicos, una red que ejercía a la vez funciones primarias, secundarias y terciarias.

Obviamente no pretendemos sostener que atribuir este papel a los dispositivos especializados sea lo más idóneo, pero si queremos señalar que **esta es la función que han venido desempeñando en España quizás porque los recursos sanitarios y sociales normalizados se inhibían del tema**. Tal realidad diferencial no ha sido reconocida cuando se han comenzado a implantar PRRs similares a algunas novedosas experiencias de la Europa más desarrollada, lo que explica que los “clientes” no hayan sido captados en la calle o en las redes de atención primaria sino en los propios recursos especializados². Cabe añadir que la situación española, es decir la falta de implicación de las redes primarias sanitarias y sociales, no es algo que se pueda resolver a corto plazo, faltan recursos, tradición cultural, cambio de actitudes y especialmente confianza institucional para alcanzar un objetivo tan deseable.

En aquellos países con una atención primaria general estable, amplia y asentada, la puesta en marcha de PRRs ha supuesto un incremento notable del colectivo atendido, ha supuesto que personas no conocidas por la red específica están ahora en PMM, en programas de educación sanitaria o intercambian sus jeringuillas, mientras que en España, y seguramente en otros países mediterráneos, todos estos programas, salvo quizás los “centros de acogida inmediata” y aquellos, pocos, que se han articulado a través de un programa comunitario más amplio, han acogido básicamente a personas que ya estaban o habían estado en contacto con la red específica.

Esto significa que aquellos PRRs de éxito que en algunos países europeos han sido instrumentalizados sobre las redes generales, en España, para garantizar el mismo éxito, deberían haber sido gestionados, como un instrumento terapéutico complementario, por parte de las redes específicas. Aunque es bien cierto que las redes españolas especializadas rechazaron siempre la posibilidad de “mezclar” PLDs y PRRs, apareciendo incluso numerosos profesio-

¹La falta de reconocimiento de realidades nacionales y/o la extrapolación de los modelos del norte de Europa al conjunto de países desarrollados, representa una fuente constante de conflictos para países como España, que sin disponer de estructuras, dispositivos y recursos equivalentes a los más desarrollados, tampoco son, ni pueden, ser considerados como diferentes, como países subdesarrollados o en vías de desarrollo, ocurriendo que desde los Organismos Internacionales se definen prioridades que resultan extremadamente disfuncionales para nuestra realidad. Un ejemplo llamativo lo constituye el último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el tema, OMS (1993), COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS EN FARMACODEPENDENCIA, Ginebra, OMS, y el uso que se ha hecho del mismo en nuestro país.

²No podemos dejar de reconocer que algunos PRRs, no más de media docena en todo el país, están consiguiendo contactar con drogodependientes “ocultos” y/o muy marginalizados que no estaban en contacto con la red especializada, pero un simple vistazo nos confirma que este es el resultado de adoptar estrategias comunitarias que colocan a tales dispositivos o programas en el lugar que tendría que ocupar una adecuada “atención primaria” y que también ocupa la mayor parte de la red especializada.

nales de PLDs que han recurrido a la “objección ética” frente a los Programas con sustitutivos.

En todo caso la necesidad de “contactar con los drogodependientes ocultos” que se resolvió en algunos países del norte de Europa involucrando a las redes generales, que suelen estar bien relacionadas con organizaciones civiles y desarrollando, en las mismas, programas sanitarios y sociales ad hoc, debería haberse resuelto en otros países, o al menos en España, abriendo estas mismas posibilidades a los dispositivos específicos. No se trata de una cuestión moral o corporativa, sino meramente metodológica: la mayor eficiencia en el logro de un mismo objetivo³.

Se explican así las tendencias que refleja el cuadro I, la estabilización del número de demandas a nivel nacional, que refleja el epígrafe “SEIT 1”, implica que la puesta en marcha de PMM no ha hecho emerger ninguna población oculta, y al mismo tiempo la minoración de los indicadores que reflejan el peso específico del *Proyecto Hombre* deben ser interpretados en términos de derivación hacia PRRs. Así la proporción entre los ingresos del *Proyecto Hombre* y del total de la red asistencial⁴ que aparecen en el epígrafe “CEPH/SEIT 2”, se va incrementando hasta 1994 y disminuye en 1995⁵, la proporción entre total de residentes en el *Proyecto Hombre* a lo largo del año y total de casos en tratamiento en el conjunto de la red asistencial (no se ha podido excluir Cataluña en este caso) que aparece en el epígrafe “RESI/TRATAMs” disminuye desde 1993⁶ y finalmente la proporción de internos en el *Proyecto Hombre* en relación al número total de casos en tratamiento, excluidas las personas que están en Programas de Mantenimiento con Metadona, epígrafe “RESI/TRATAM-PMM”, permanece estable.

CUADRO II
DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS Y CASOS REGISTRADOS POR PROGRAMA LOCAL

PROGRAMA	INGRESOS 1995	CASOS R*
MADRID	613	398
GALICIA	391	192
MÁLAGA	362	231
VALENCIA	319	190
ASTURIAS	317	135
LEÓN	275	136
BILBAO	266	191
SEVILLA	252	63
SAN SEBASTIÁN	212	108
ZAMORA	197	75
CANARIAS	188	144
BALEARES	187	81
HUELVA	182	-
ZARAGOZA	137	71
CANTABRIA	113	62
JEREZ	103	34
CÓRDOBA	98	37
GUADALAJARA	82	30
NAVARRA	80	44
BURGOS	77	30
ALICANTE	64	37
CAMPO GIBRALTAR	61	18
VITORIA	58	45
EXTREMADURA	57	30
LA RIOJA	43	27
MURCIA	40	-
BARCELONA	3	-
TOTAL	4.777	2.408

*Encuestados

³Ciertamente la selección de alguna de las tres opciones que entran en competencia para dar respuesta al problema de las drogas, a saber la perspectiva que prioriza la autonomía de la persona, la que prioriza la salud pública y la que prioriza la libertad individual, implican una elección moral, pero tanto PLDs como PRRs parecen optar por la misma: la búsqueda de un adecuado equilibrio entre autonomía personal y salud pública.

⁴A efectos comparativos SEIT2 excluye los datos de Cataluña, Murcia y Huelva, que tampoco han sido incluidos por las razones antes mencionadas en CEPH-95.

⁵Cabe considerar aquí que la proporción real sería un 33% superior como consecuencia del retraso en la notificación SEIT e inclusión en el registro CEPH que se da en el *Proyecto Hombre*, frente a la definición de “demanda asistencial” que maneja el SEIT.

⁶Comparando la evolución de las proporciones “CEPH/SEIT 2” por una parte y “RESI/TRATAM” por la otra, parece deducirse, además, que el *Proyecto Hombre*, a pesar de su imagen pública, es un programa con una duración inferior a la media de otros programas asistenciales.

En resumen el *Proyecto Hombre* mantiene inalterable su presencia en el conjunto de Programas Libres de Drogas, los cuales pierden globalmente protagonismo por la expansión de los PRRs, cuya implantación no ha supuesto la emergencia de ninguna nueva “población oculta”.

Centrándonos en el *Proyecto Hombre*, la reducción de la demanda afecta a algunos Programas locales⁷ más que a otros, incluidos los de más reciente implantación, aunque no en la misma proporción (cuadro II) pudiendo deberse las diferencias tanto a factores relacionados con las diferencias en la políticas de las Comunidades Autónomas, como a ciertas iniciativas novedosas que han emprendido algunos de ellos, en todo caso queda claro que para mantener el actual nivel de residentes es necesario establecer nuevas líneas de trabajo, bien hacia los PRRs para la vieja generación de heroinómanos, bien abriéndose hacia los nuevos jóvenes consumidores.

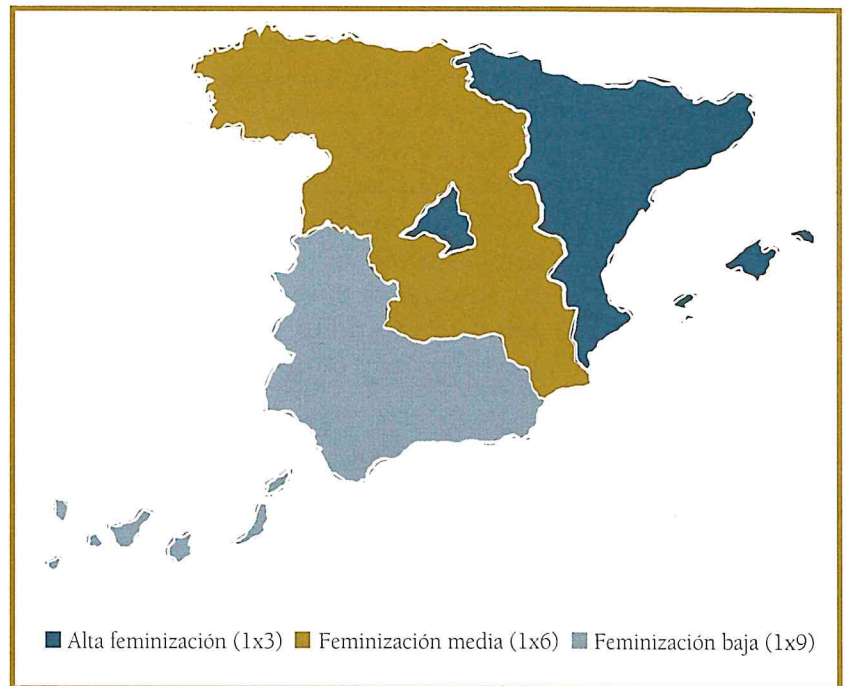
⁷En 1994 los seis grandes programas, Madrid, Málaga, Galicia, Sevilla, Bilbao y Valencia representaban el 46,1% de los ingresos y en 1995 representan el 42,6%, tal continuidad en la proporción pequeños/grandes nos sirve para reafirmar que no estamos ante cambios locales sino ante una situación global que afecta a todos por igual.

7.3.- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO BÁSICO.

7.3.1.- DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y EDAD.

El cuadro III muestra la evolución de la proporción entre varones y mujeres, así como comparación con los datos nacionales procedentes del SEIT, reiterando lo indicado en la Memoria del ejercicio 1994, es decir se confirma el ligero incremento en el número de ingresos de varones en los últimos años y la tendencia a igualar los datos del *Proyecto Hombre* con los datos nacionales. Debemos, en todo caso, señalar que las diferencias de la composición sexual de los ingresos por programas locales en el año 1994 que aparecen en la "Memoria 1994" (página 87), al compararlos con los datos del SEIT de este mismo año publicados posteriormente, la proporción varones/mujeres no es la misma en todo el territorio nacional, apareciendo, tanto para el SEIT 1994 como para el PH-94, y reiterándose los resultados en CEPH-95, la misma área compacta formada por País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña (en el SEIT), Valencia, Baleares y Madrid, que se sitúan por encima de la media en la proporción de mujeres, mientras el resto de Comunidades Autónomas se sitúan por debajo, y en particular muy por debajo Canarias Andalucía y Extremadura (ver mapa).

En este sentido la mayor tasa de mujeres en el *Proyecto Hombre*, más histórica que actual, en relación a los datos de asistencia general, no parece responder, como ya decíamos en 1994, a especificidades del PH, por cuanto esta pequeña diferencia a favor de las mujeres en el *Proyecto Hombre* es debida a la influencia de Programas particulares, algunos situados en el bloque geográfico más feminizado como es el caso de Aragón y Madrid, otros en el intermedio como La Rioja y Castilla-León y otros en el bajo como los Programas del PH en Andalucía. Se da incluso la circunstancia de que la Comunidad Autónoma con una permanente mayor proporción de mujeres en cualquiera de los sistemas de registro, la Comunidad Foral Navarra, tiene siempre una cifra más alta en el SEIT que en el CEPH.



CUADRO III
PROPORCIÓN POR GÉNERO Y COMPARACIÓN SEIT (%)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Varones	79,8	79,1	80,9	83,6	83,0	82,8
Mujeres	20,2	20,9	19,1	16,4	17,0	17,2
Varones SEIT	82,7	84,2	84,3	84,3	83,8	83,6

La coincidencia entre los datos SEIT y CEPH de lo que hemos llamado “área compacta de feminización”, que aparece en el mapa, formada por el triángulo del noreste (País Vasco, Navarra, Aragón, Cataluña, Valencia y Baleares) y Madrid donde la proporción es de casi una mujer por cada tres varones, frente al resto del país donde la proporción es de una mujer cada seis varones (y dentro de esta área Andalucía, Extremadura y Canarias la proporción de una mujer por cada nueve varones), parecería señalar la existencia de alguna variable explicativa relacionada con la drogodependencia, bien de carácter económico por cuanto se da una estrecha coincidencia entre el mapa de la feminización, un PIB más elevado, un mayor grado de urbanización y la condición de región receptora de emigrantes, bien de carácter cultural o familiar u otro factor cuyo estudio pudiera resultar muy relevante para una mejor comprensión del fenómeno.

En cuanto a la edad, cuadro IV, se puede apreciar como en 1995 continua el aumento de las edades medias, a un ritmo de un tercio de año de edad por cada año de tiempo, tanto de mujeres como de varones, manteniéndose inalterable la diferencia media de un año entre ambos. Tales datos configuran, como ya hemos reiterado en numerosas ocasiones, el componente generacional de las personas que demandan asistencia.

CUADRO IV
EDAD MEDIA POR GÉNERO Y COMPARACIÓN SEIT

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Media edad total SEIT	26,2	26,5	26,7	27,2	27,9	28,6
Media edad total CEPH	25,7	25,9	26,1	26,3	27,5	27,9
Media edad varones CEPH	26,0	26,2	26,4	26,8	27,6	28,0
Media edad mujeres CEPH	25,1	25,2	25,8	25,7	26,7	27,1

Pero aparte del análisis comparativo de la evolución de las edades medias, el soporte CEPH-95, nos permite, como ya hemos dicho, una serie de cruces estadísticos que el tratamiento manual existente hasta 1994 nos impedía, uno de ellos es el análisis por grupos de edad, que se va a constituir en el referente clave de este informe.

Para realizar dicho análisis se han elegido, respetando criterios de estandarización y comparabilidad, los cinco grupos censales que delimitan el colectivo poblacional, aunque ciertamente el quinto, —de 35 a 40 años—, incluye un 1,1% de casos entre 40 y 49 años cuya relevancia hemos desestimado incluyéndolos en dicho grupo. Conviene retener la composición de cada uno de estos grupos de edad que vamos a relacionar posteriormente con

otras variables. En el cuadro V tenemos, como punto de partida, la composición porcentual, total y por cada género, de estos cinco grupos de edad.

En el cuadro V, al que se ha añadido una columna con los resultados del SEIT del año 1987, —es el más antiguo disponible—, cuando la media de edad era de 24,8 años y que nos permite observar como en estos ocho años se ha producido básicamente un traspaso en bloque de las edades, es decir el núcleo de personas atendidas en 1987 y las que se atendieron en 1995 pertenecen a cohortes muy similares. En coherencia con esta circunstancia el grupo de edad de los más jóvenes se ha visto notablemente reducido. En cuanto a la distribución por género no aparecen otras diferencias que las esperables a consecuencia de una mayor juventud de las mujeres.

	TOTAL	SEIT 87	VARONES	MUJERES
de 15 a 19 años	5,2	8,8	4,6	8,2
de 20 a 24 años	26,3	42,3	25,9	28,5
de 25 a 29 años	34,9	36,1	34,9	34,7
de 30 a 34 años	24,8	10,0	25,4	22,4
de 35 A 40 años	8,7	2,7	9,2	6,2

7.3.2.- ESTRUCTURAS SOCIOFAMILIARES.

Se mantienen prácticamente sin modificación las tasas de estado civil de años anteriores, a pesar del aumento de edad media, cuadro VI, siguen predominando ampliamente los solteros y en menor medida las solteras, mientras que aquellos que están casados o conviven con una pareja son claramente minoría en cualquier edad. Primero porque se casan o se emparejan poco y tarde y segundo porque casi la mitad de los matrimonios acaban en divorcio o separación. En todo caso estamos ante un colectivo de personas que carece, casi en un 80% y a pesar de su edad⁸, de figuras de referencia distintas a la familia de origen, que, además, en muchos casos, no está dispuesta a ejercer ninguna función. Se comprende así la importancia que posee el objetivo de construir (o reconstruir) vínculos personales como defensa frente a la intensa soledad que implica la drogodependencia.

Sin embargo, esta generalización debe ser matizada en el caso de las mujeres, según se puede constatar en el cuadro VII, que se casan con mayor frecuencia, de tal forma que sólo un 19% per-

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Solteros/as	68,7	70,8	55,8	98,1	87,0	68,7	53,5	36,0
Casados/as	16,9	16,1	20,6	-	8,0	16,7	25,8	29,1
Separ/Divor.	8,3	7,5	13,4	-	1,3	7,9	12,3	26,7
Viudos/as	0,9	0,3	3,8	-	0,4	1,3	0,6	1,7
Pareja de Hecho	5,2	4,9	6,4	1,9	2,7	5,1	7,7	6,4

⁸En el grupo de edad 30-34 vemos como hay un 67% de personas sin pareja cuando en la población general el porcentaje en este mismo grupo de edad es de un 21%.

manecen solteras a los 35 años frente a un 42% de los varones, pero esto no impide que, en la práctica, se encuentran igual de solas que los varones a causa de separaciones o divorcios y de forma especial por viudedad, por regla general, —si aceptamos las conclusiones de algunos estudios—, de un compañero drogodependiente. Se conforman así dos estereotipos mayoritarios que conformar la soledad del drogodependiente: un varón solitario sin pareja y una mujer que ha tenido pareja pero la ha perdido a consecuencia de las drogas.

CUADRO VII
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES POR EDAD

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Solteras	100,0	75,3	46,6	39,5	19,0
Casadas	-	14,4	27,1	26,3	23,8
Separ/Divor.	-	4,1	17,0	21,1	28,6
Viudas	-	2,1	4,2	2,6	14,3
Pareja de Hecho	-	4,1	5,1	10,5	14,3

En todo caso la mayoría de las personas ingresadas en el *Proyecto Hombre* que tienen o han tenido algún tipo de pareja tienen además hijos, de tal manera que coincide exactamente el número de solteros y el número de los que tienen hijos cuando sólo un 4,8% de solteros tienen hijos, lo que equivale a decir que no hay pareja sin hijos. En total los ingresos de 1995 tienen 877 hijos, teniendo, en coherencia con los resultados anteriores más mujeres que varones hijos, pero también un mayor número de hijos por mujer, lo que vendría a indicar que, sorprendentemente, la situación de drogodependencia dificulta la relación de pareja, pero cuando se tiene pareja la fecundidad resulta bastante “normal”. Realmente para la persona que consume drogas conseguir y mantener una pareja, es más difícil que hacer un hijo.

CUADRO VIII
CASOS CON HIJOS POR GENERO Y EDAD

	SIN HIJOS	CON 1 HIJO	CON 2 HIJOS	CON 3 O MÁS
Total	68,2	19,4	9,4	3,0
Varones	72,4	16,8	8,3	2,3
Mujeres	48,6	31,4	14,3	5,8
15-19 años	99,0	1,0	-	-
20-24 años	86,4	11,6	1,8	-
25-29 años	69,2	21,5	7,4	1,8
30-34 años	55,2	25,2	15,4	4,2
35-40 años	33,5	27,4	25,6	13,3

En cuanto a las edades de los hijos sabemos que la edad media del primer hijo es de 8,6 años, la del segundo de 8,3 años, la del tercero de 7,8 años, la del cuarto 10,7 años y la del quinto 12,6 años. Además sólo un 4,3% de los hijos tienen menos de un año. Es decir no se trata de recién nacidos, sino de niños y adolescentes, lo que desdice una vieja teoría, —o quizás un mero discurso autojustificativo⁹—, que afirmaba que las demandas asistenciales se relacionaban estrechamente con embarazos y nacimientos, todo lo contrario, la casi totalidad de los hijos nacieron en una situación de drogodependencia, convivieron durante años con la misma, y ya son bastante mayores cuando se produce la demanda asistencial.

¿Pero dónde estaban o vivían mientras estos niños? ¿con sus padres?, no parece. El cuadro IX muestra cómo sólo una minoría de

⁹Quizás tales hijos reflejen realmente intentos previos de dejar las drogas, es decir se tienen hijos porque las cosas van mal y se piensa que la “ilusión” y las “obligaciones” de un hijo ayudarán a “remontar” la propia vida sin necesidad de ayuda externa o profesional, lo que, al menos en los casos que estamos analizando, no suele ocurrir.

hijos de drogodependientes conviven en el seno de una familia nuclear clásica (un 27%), siendo la situación mas frecuente la responsabilización por parte de los abuelos (33%) en su mayoría maternos (24%) o la monoparentalidad (32%), básicamente femenina (27%), apareciendo además un 7% de niños en instituciones. Si añadimos a estos datos la distribución del número de unidades domesticas con uno, dos y tres o más niños, según cada tipo de residencia de los mismos, también en el cuadro IX, no cabe la menor duda que las drogas están comenzando a producir en nuestro país, como ya ocurrió en EE.UU. en los años 60/70, un modelo de familia no opcional de tipo matrilocal¹⁰, marcado por una crisis con las drogas y la ausencia de figuras masculinas adultas, que en los años 90, al menos en EE.UU. está concentrando y condensando tanto los problemas de drogas, como la violencia, los fracasos escolares y la dependencia de las prestaciones sociales. Asimismo cabe colocar este dato en relación al incremento de la feminización del “responsable familiar que acompaña en la acogida” básicamente “la madre” a la que hacíamos referencia en el apartado 1.3 de la introducción.

En cualquier caso el volumen de este colectivo de niños, marcados por una historia de drogas, quizás por algunas enfermedades, que conviven con sus abuelos o con sus madres solas, comienza a ser importante y es la hora de interrogarse sobre la posibilidad de poner en marcha iniciativas que prevengan la emergencia de conflictos en los años venideros.

Otro tema relevante es el número de hermanos y el lugar que ocupa, el drogodependiente, entre los mismos y que aparece en el cuadro X distribuido por género y edad. Comenzando por el numero medio de hermanos nos encontramos con una cifra medio punto superior a la población general de cada una de las edades, confirmando, de nuevo, la sobrepresencia de familias numerosas en la situaciones de drogodependencia y que se suele atribuir tanto al factor de la “mala influencia” de unos hermanos sobre los otros, como al factor de las mayores dificultades de control de los padres cuando el número de hijos es muy amplio. Algunos autores han señalado, recientemente, en la dirección de los problemas de identidad que se plantean en las familias con muchos hermanos. En este sentido el tema parece afectar más a las mujeres que a los

CUADRO IX
RESIDENCIA HIJOS SEGÚN SU NÚMERO

	TOTAL	1	2	3+
Con ambos	237	62,3	29,6	8,0
Con padre	46	84,2	13,1	2,6
Con madre	242	67,0	24,5	5,7
Con abuelos paternos	76	80,6	16,1	3,2
Con abuelos maternos	104	72,1	26,5	1,2
Con madre y abuelos m.	109	80,2	12,7	6,9
En institución	63	68,8	22,2	8,8

¹⁰“Matrilocal” significa que la residencia, y en este caso el vinculo familiar, se establece a través de las mujeres, es decir, abuela, madre, hija, al tiempo que los varones “desaparecen” o cambian de residencia.

hombres quizás porque en un contexto de muchos hermanos las hermanas son, en la adolescencia, más débiles e influenciables y/o se hallan sometidas a mayores presiones y viven de una forma más conflictiva el logro de su identidad.

CUADRO X
MEDIA DE HERMANOS Y LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

	TOTAL	VARON	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Media Hnos	3,7	3,6	4,0	3,1	3,3	3,8	4,0	4,3
Único	3,8	3,7	3,9	4,7	4,4	2,4	4,0	6,0
Mayor	25,1	24,8	26,4	28,1	26,4	23,7	23,8	26,3
Intermedio	35,4	35,0	37,7	27,5	33,0	37,1	40,1	31,6
Menor	30,0	30,7	26,7	36,3	31,6	30,1	26,7	26,3
Otro	5,5	5,6	4,8	3,5	4,5	6,0	5,4	9,8

En cuanto al tema del lugar que ocupa entre los hermanos, está claro que es con mucho más frecuentemente el hermano intermedio o el menor que el hermano mayor, tanto en chicas como en chicos, sea cual sea la edad, lo que confirma de nuevo la importancia del grupo de hermanos tanto en el inicio del consumo de drogas como en el mantenimiento de la dependencia, aunque quizás el dato más concluyente lo arroje la cifra de hijos únicos, que en la población general española de estas edades se sitúa entre el 15%-20% dependiendo de la edad mientras que entre los que ingresan en el Proyecto Hombre, y seguramente en cualquier otro dispositivo, no llegan ni a una cuarta parte de esta cifra, lo que nos lleva a poder sostener que la condición sociodemográfica que más protege de las drogas, tras el género, ser mujer, es la de ser hijo/a único. La ratio de riesgo entre una mujer hija única y un varón que no es el mayor de una familia numerosa es de 1/33 y si además vive en Andalucía, Extremadura o Canarias la ratio de riesgo es de 1/47.

En cuanto al lugar de residencia, —que se mantiene prácticamente inamovible en relación a años anteriores—, resulta muy congruente con la estructura demográfica que venimos analizando, así el cuadro XI muestra como la mayoría vive con los padres, lógicamente en convivencia con su estado civil en mayor proporción los varones que las mujeres y los más jóvenes en relación con los mayores, asimismo con la edad aumenta el número de los que vive

CUADRO XI
LUGAR DE RESIDENCIA ANTES DE ENTRAR EN PH POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Solo	9,9	9,6	11,3	1,9	5,7	10,9	11,8	17,7
Con padres	46,6	49,3	33,2	81,6	58,0	44,9	36,9	25,7
Pareja	22,5	21,0	30,0	4,9	16,0	20,8	31,5	33,1
Pareja+padres	5,0	4,9	5,3	1,9	5,9	5,6	4,5	3,4
Otros familiares	3,8	4,0	3,0	2,9	3,5	4,3	3,7	4,0
Amigos	1,8	1,6	2,7	3,9	1,0	2,3	1,6	1,1
Variable	1,7	1,7	2,1	-	2,3	2,1	0,8	2,3
Cárcel	4,8	4,4	6,5	-	2,9	5,4	6,2	6,3
Otros	3,3	3,0	5,0	2,9	4,3	2,9	2,1	5,7

en pareja, sin llegar a ser nunca mayoría, al tiempo que aumentan también los que viven solos o los que están en la cárcel. En relación a este último “lugar de residencia previo”, la cárcel, que se ha reducido en 1995 tras varios años de incremento ininterrumpido, comentaremos las causas en el apartado 7.5.4 “Problemas con la justicia”:

Otra serie de factores interesantes tienen que ver con los padres, en el cuadro XII aparece la distribución de las edades de padres y madres por género y grupo de edad, una cifras más exactas que años anteriores y que confirman la línea ascendente de las mismas, en paralelo al incremento de la edad media de los hijos. Asimismo vemos como la edad media de los padres y madres de las mujeres es lógicamente inferior a las edades medias de los padres y madres de los varones, aunque la diferencia parece un poco excesiva. En cuanto a las diferencias por grupo de edad de los hijos ingresados, también lógicamente, las edades de los padres se van incrementando en paralelo manteniendo permanentemente la misma distancia, sobre 34-38 años para la edad del padre y sobre 30-34 años para la edad de la madre, lo que sigue confirmando la impresión obtenida en 1994: los drogodependientes son, por regla general y de manera continua, hijos tardíos.

CUADRO XII

EDAD DE PADRES Y MADRES SEGÚN GÉNERO Y EDAD DEL HIJO INGRESADO

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
PADRE	64,0	64,5	60,5	52,7	61,8	63,9	66,4	69,6
MADRE	60,2	60,9	56,9	50,5	59,6	60,7	63,9	66,2

En cuanto al tipo de convivencia de los padres, cuadro XIII, se puede observar que ha aumentado el número de separaciones, divorcios y viudedades en relación a años anteriores, lo que podemos explicar como resultado de la influencia combinada de dos procesos evolutivos para los que el cuadro XIII resulta especialmente revelador, el primero que al ir aumentando las edades medias de los padres lógicamente habrá más fallecidos, el segundo que al incorporarse grupos de drogodependientes más jóvenes, las tasas de separación y divorcio, así como la aparición de uniones de hecho, de los padres son más elevadas. En todo caso tanto los fallecimientos, como las separaciones son demasiado altas si las comparamos con las de la población general de las mismas edades, deberíamos investigar el orden causal en la relación estadística entre drogodependencia de los hijos y viudedad, separación o divorcio de los padres.

Otra cuestión importante, a la que volveremos en sucesivas ocasiones aunque sin darle por ahora ninguna solución, reside en las diferencias entre la familia de los varones, más ajustada a la media total porque ellos constituyen una clara mayoría, y la familia de las mujeres, de la que aquí podemos retener que tiene muchas más separaciones y divorcios y menos fallecidos en coherencia con la menor edad de los padres de las chicas.

CUADRO XIII
TIPO DE CONVIVENCIA DE LOS PADRES Y NÚMERO DE HIJOS EN CASA
SEGÚN GÉNERO Y EDAD DEL HIJO INGRESADO

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
CASADOS	63,5	64,0	62,2	81,0	65,0	61,9	68,3	45,7
DIVORCIO/SEPARA	12,6	10,4	22,0	9,5	25,0	13,1	4,0	4,3
PAREJA HECHO	1,1	1,3	-	4,8	2,0	0,6	0,8	-
UNO FALLECIDO	21,3	22,7	14,6	4,8	7,0	23,8	23,3	45,7
OTRA SIT.	1,5	1,6	1,2	-	1,0	0,6	2,5	4,3
HIJOS CONVIVIEN	1,3	1,4	1,2	1,3	1,6	1,5	1,1	0,8

Fuente: Cuestionario familiares CEPH-95

Asimismo la cifra de hijos presente en la familia de origen llama la atención, hay más en las familias de los varones que en las de las mujeres, y a pesar de que está incluido el hijo que ingresa en el *Proyecto Hombre* cuando aún convive con los padres, y hemos visto en el cuadro XI cuantos son, y en contexto de muchos hermanos, resulta que el nido familiar esta casi vacío. Pero en compensación, cuadro XIV, conviven con el núcleo de origen otros familiares como abuelos, tíos, sobrinos, primos, etc... en una proporción que supera ampliamente el número de familias nucleares extensas presentes en la población general que en 1991 representaban sólo el 7,8% de los hogares. Parecería como si la familia de origen típica del drogodependiente fuera una familia extensa de la que han salido huyendo los hermanos mientras el drogodependiente sigue conviviendo con la parentela o al menos dejándoles a sus hijos.

CUADRO XIV
PRESENCIA DE OTROS
FAMILIARES EN EL HOGAR
(Perspectiva de los padres del
ingresado)

TIPO DE FAMILIAR	%
PADRES	35,2
HERMANO/A/S	13,6
NUERA/YERNO/S	13,7
NIETO/A/S	47,8
SOBRINO/A/S	2,5
TÍO/A/S	3,8
OTROS	11,7

Fuente: Cuestionario familiares CEPH-95

7.3.3.- EXPEDIENTE ESCOLAR.

En el análisis de los resultados correspondientes al año 1994, se mostró, y fue una de las conclusiones más interesantes de dicho informe, cómo las personas ingresadas en el *Proyecto Hombre* por dependencia a las drogas tenían un extraordinario déficit escolar en comparación con el resto de los españoles de sus mismas edades, asimismo se constató cómo la drogodependencia se relacionaba, por encima de cualquier otro factor salvo el género, con una crisis escolar que se iniciaba en la primera adolescencia, lo que nos llevó a señalar que, al margen de figuras retóricas, el sistema escolar era un factor clave en el problema de las drogas.

Los datos correspondientes a 1995 señalan un empeoramiento del déficit escolar de los ingresos, ya que el porcentaje de los que acaban EGB disminuye hasta el 59,2%, de los que comienzan Medias hasta el 33,1% y **los que acaban el ciclo de Medias son sólo un 4,8% cuando para la edad de 27 años debería ser de casi el 40%**. En todo caso ya vimos en 1994, y lo constataremos también más adelante para 1995, que este déficit escolar no era achacable ni a factores de extracción social, ni a un bajo nivel cultural diferencial de los padres, ni en general a factores sociales de

tipo endógeno, sino a dinámicas particulares de cada adolescente en su interacción con la escuela.

Para completar la visión que ofrecíamos en 1994 hemos distribuido, para 1995, la trayectoria escolar por género (cuadro XV) y por edad (cuadro XVI), pudiendo constatarse que el déficit escolar de las mujeres es ligeramente menor que el de los varones y que el de los grupos de edad muy jóvenes es muy superior al de los mayores.

La distribución por edades muestra además algunos elementos de interés, así los dos grupos de menor edad aparecen conformando un núcleo compacto de fracaso escolar cuando además en la población

general en el grupo de edad 20-24, en 1994, sólo un 2,2% no había conseguido acabar EGB, un 65% habían conseguido terminar enseñanzas medias y un 51% estaban en la universidad. En el otro extremo los dos grupos más adultos, de 30 a 39 años, conforman una imagen más equilibrada, o si se quiere dualizada, con un nivel importante de fracaso escolar, pero también con un núcleo importante de universitarios que, al menos para el grupo 35-40 años, equivale casi a la proporción de titulados superiores en la población general para este mismo grupo de edad.

Llegamos así a establecer un primer elemento diferencial para caracterizar a la nueva generación de consumidores, al menos los que acuden al Proyecto Hombre, **son personas con un déficit escolar mucho más marcado que los de la generación de la epidemia de heroína.**

Cuando además relacionamos este déficit formal de nivel de estudios, es decir el ciclo o curso que se alcanzó, con la edad de abandono de los estudios, el esquema de mayores escolarmente dualizados y de menores deficitarios en su totalidad, se refuerza, aunque con algunas matizaciones, así aparece un tercio que abandona

en la actual etapa de primaria (un 38,5%), otro que abandona en la nueva etapa de obligatoria (29,7%) y finalmente otro tercio (un 31,8%) que abandona en las edades que debería haber finalizado enseñanzas medias o estar en la universidad. Cuando comparamos estos resultados con los del cuadro XV resulta evidente que hay un importante desajuste entre el nivel de estudios alcanzado y la edad en la que se abandona el sistema escolar. Así a los 15 años un 61,5% aun permanecía escolarizado pero sólo un 33,5% superó los estudios equivalentes a esta edad y asimismo a los 17 años un

CUADRO XV
CURRICULA ESCOLAR POR GÉNERO

	TOTAL	VARÓN	MUJER
No terminó EGB	40,9	42,7	32,5
Sólo EGB	25,6	24,8	29,3
No terminó BUP/FP	25,3	24,8	27,8
Sólo Medias	4,8	4,6	5,7
Comenzó Universidad	3,4	3,1	4,7

CUADRO XVI
CURRICULA ESCOLAR POR EDAD

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
No terminó EGB	50,5	46,4	40,9	38,9	27,3
Sólo EGB	23,2	27,7	25,2	21,9	32,7
No terminó BUP/FP	23,2	21,7	27,8	28,1	18,8
Sólo Medias	3,0	3,1	3,7	6,6	9,1
Comenzó Universidad	-	1,1	2,4	4,4	12,1

31,8% permanecía escolarizado pero sólo un 8,2% superó los estudios equivalentes a dicha edad, lo que en conjunto nos proporciona un desajuste de casi tres años/cursos equivalente. Para que estos datos cuadren se han tenido que repetir muchos cursos, en concreto un 72,7% han repetido dos o más cursos, y que además el curso en el que se abandona (son mayoría los que no concluyen ningún ciclo) es un nuevo fracaso.

CUADRO XVII
EDAD ABANDONO ESTUDIOS POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
- 10 años	4,4	4,1	5,8	6,7	3,7	4,2	3,9	6,8
11-12 años	5,9	6,0	5,6	2,9	6,2	6,0	6,7	4,5
13-14 años	28,2	28,1	28,4	18,3	24,6	27,0	32,5	38,4
15-16 años	29,7	30,6	25,4	48,1	36,6	30,0	21,3	17,5
17-18 años	17,2	17,0	18,4	20,2	16,2	17,6	18,0	15,8
19-20 años	6,0	5,7	7,3	1,0	5,1	6,6	7,4	5,6
+ 21 años	8,6	8,5	9,1	-	7,6	8,6	10,2	11,3
EDAD MEDIA	15,4	15,5	15,3	14,8	15,4	15,6	15,6	15,3

Pero además nos interesa mucho la distribución por edades de este desajuste, ya que así podremos confirmar la evolución generacional obtenida al observar los niveles alcanzados, lo que a grandes rasgos ocurre, así los más adultos se dualizan en dos grupos, uno que abandona pronto los estudios y otro que los abandona tarde, y los más jóvenes los abandonan antes, pero menos en la etapa equivalente al ciclo de la EGB, es decir mientras en la generación vieja el fracaso se diluía a lo largo de todo el curriculum escolar, en la nueva generación se concentra en la adolescencia y como hemos visto antes, entre el último ciclo de la EGB y los primeros cursos de enseñanzas medias, es decir la crisis de las drogas aparece para estos futuros drogodependientes, en términos de la actual reforma educativa, en la etapa de la ESO.

No deja de ser extraño que la primera parte de los años 80, cuando no existían programas preventivos en la escuela, esta escuela retenía más a los jóvenes y adolescentes con problemas de drogas, mientras que en los últimos años en los que se han generalizado los programas de prevención, o al menos, para el profesorado de los antedichos cursos y edades críticas, los cursos de formación en prevención, se retiene mucho menos a los adolescentes que comienzan a consumir drogas o muestran problemas de conducta asociados a dicho consumo. Parece como si paradójicamente se hubiera reducido la eficacia del sistema.

Los motivos de abandono de los estudios quizás nos ayuden a aclarar algo, de entrada si comparamos los motivos alegados en 1995 y los de años anteriores, observamos como los motivos de conflicto o rechazo de la escuela han aumentado hasta un 65,5% frente a un 40% en conjunto y estable los años anteriores, mientras que los motivos de "alternativa laboral", mayoritarios hasta 1994, suponen una cifra inferior, concretamente un 52,2%. Es decir se ha producido una cierta transición desde una motivación externa a la

escuela, el trabajo, hacia una motivación interna, la pérdida de vinculación con la institución escolar. Una pérdida de vinculación reflejada tanto en “malos resultados” y “no le gustaba” como sobre todo en “expulsión”, que ha ascendido desde un habitual 4% hasta el 7,7% de 1995.

Pero esta transición, como muestra el cuadro XIX, es el resultado de un cambio drástico en las motivaciones de los más jóvenes, la motivación de la alternativa laboral para abandonar la escuela fue muy importante para los más adultos (de treinta para arriba), pero carece de sentido para los más jóvenes, incluso en el grupo de edad 15-19 años sólo lo considera un motivo para abandonar la escuela el 11,6%, mientras que el rechazo de la institución supone un 63,5% del motivo de abandono, y dentro de este contexto los motivos “expulsión” y “contacto con la droga”, que apenas aparecían entre los adultos, se colocan en segundo lugar con un 12,5%. Por tanto una característica más que cabe añadir al nuevo grupo de jóvenes consumidores, que ya hemos definido por un incremento de su déficit escolar en relación a los drogodependientes más adultos, consiste en que **han sido excluidos, de forma expresa y muy pronto, del sistema escolar**. Quizás deberíamos buscar una explicación para este inesperado aumento del rechazo de la escuela hacia los adolescentes problemáticos que comienzan a consumir drogas.

Para concluir este apartado podemos referirnos al nivel de estudios de los padres (cuadro XX) así como al tipo de escuela que han estudiado más años (cuadro XXI), en el primer caso vemos

	%
Malos resultados	15,3
No le gustaba	42,5
Querer ganar dinero	31,5
Necesitar trabajar	20,7
Fin de estudios	6,8
Expulsión	7,7
Ingreso en PH	2,7
Contacto con droga	15,2
Otros	9,3
ns/nc	1,1

	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Malos resultados	13,6	10,8	19,2	13,6	13,1	13,2	7,3
No le gustaba	33,6	29,7	38,5	32,8	34,6	32,0	25,4
Querer ganar dinero	19,2	13,4	5,8	18,4	34,6	32,0	25,4
Necesitar trabajar	11,0	11,3	5,8	9,6	9,8	10,8	24,9
Fin de estudios	4,8	7,6	1,9	4,4	5,1	6,5	6,8
Expulsión	5,6	1,5	5,8	6,3	6,3	2,4	1,7
Ingreso en PH	1,9	3,2	8,7	3,6	0,7	1,6	0,6
Contacto con droga	5,1	9,3	6,7	5,4	7,6	4,5	3,4
Otros	4,3	11,9	2,9	5,0	5,5	6,3	6,8
ns/nc	1,0	1,5	4,8	1,0	0,9	1,0	0,6

como los estudios de los padres, como ya ocurría en 1994, son globalmente mejores que los de los hijos en los ciclos correspondientes a enseñanzas medias y universitarias, pero si contrastamos los estudios de los padres según la edad del hijo este resultado global se distribuye en elementos muy distintos, así en los grupos de edad superiores a 30 años predomina también una dualización entre los padres de los drogodependientes ingresados, apareciendo un importante núcleo que no acabó EGB (o primaria) y un núcleo de padres universitarios muy superior a la población de estas

edades, en cambio en los grupos de edad de ingresos más jóvenes que mantienen tasas similares o ligeramente más bajas de universitarios, —y en todo caso equivalentes a la población general de padres más jóvenes—, pero ha mejorado ostensiblemente el nivel en la finalización de la EGB o Enseñanzas Medias.

CUADRO XX
NIVEL EQUIVALENTE DE ESTUDIOS DE PADRES Y MADRES
NIVEL DE ESTUDIOS DEL PADRE SEGÚN EDAD DEL INGRESO

	PADRE	MADRE	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
No termino EGB	52,3	60,1	25,0	44,9	53,0	60,4	55,5
EGB/Bach. Elemental	28,8	30,1	40,0	39,8	28,3	20,7	24,4
Medias/Bach. Superior	8,5	4,4	25,0	9,2	8,4	5,2	8,9
Titulación media	5,8	4,8	5,0	3,1	7,2	6,9	4,4
Estudios Superiores	4,4	0,4	5,0	3,1	3,0	6,9	6,7

Fuente: Cuestionario familiares CEPH-95

En cuanto al centro en el que el que estudió más años, se ha incrementado en relación a 1994 la presencia de casos procedentes de centros públicos en cinco puntos porcentuales hasta situarse en un nivel equivalente del alumnado de los mismos en el curso 1984-85 que podemos tomar de referencia media (66%), lo que ha producido un notable descenso de centros privados, tres puntos en laico y dos en religioso, lo que también sitúa a los casos procedentes de centros privados a un nivel equivalente al alumnado de los mismos, sin embargo la proporción entre centros laicos y religiosos, cuyo alumnado está prácticamente a la par con un 16% para cada uno, resulta muy desigual recibiendo el *Proyecto Hombre* más exalumnos de colegios privados religiosos que laicos. Esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres ya que en el curso de referencia (84-85) sólo un 15% estudiaban en colegios religiosos pero acuden en una proporción que dobla esta cifra al *Proyecto Hombre*. La confusa distribución de resultados por edad no nos permite, en este caso, formular ningún tipo de hipótesis.

CUADRO XXI
TIPO DE CENTRO ESCOLAR POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Privado Religioso	22,2	20,9	29,4	21,0	17,9	23,8	21,8	29,7
Privado laico	8,0	8,1	7,9	9,0	6,9	7,9	8,0	10,5
Público	68,2	69,3	60,4	69,0	73,3	66,0	69,1	59,3
Otros	1,7	1,6	2,3	1,0	1,9	2,3	1,1	0,6

En conclusión si el problema de las drogas parece el resultado de una situación de fracaso en el proceso de socialización generada en la transición entre la adolescencia y la vida adulta (15/18 años), la resolución real del problema consiste prioritariamente en dar una salida a dicho fracaso. Tal conclusión implica que cualquier otra respuesta o prioridad que pretenda, lo que es muy legítimo, resolver problemas de inseguridad ciudadana o de salud pública (de delitos y virus), se limita a aspectos parciales del pro-

blema, y su licitud queda condicionada a situaciones de excepcional urgencia, de forma transitoria o ante un diagnóstico de irrecuperabilidad.

En estas condiciones parece necesario sostener públicamente, y con claridad, que estamos ante una obligación ética por parte de la sociedad, y por supuesto de la administración, que debe priorizar respuestas y arbitrar compensaciones ante su propio fracaso, ante su incapacidad para evitar la exclusión de algunas personas, de cuya socialización e inserción social era responsable, durante su adolescencia. Obviamente cuando este objetivo no es posible cabe optar por pasos intermedios, pero una sociedad y su administración, no pueden, ni deben, renunciar al logro del objetivo social final, ni por supuesto conformarse con los pasos intermedios.

Tal toma de posición parece mucho más necesaria cuando comienza a tomar forma una nueva generación de drogodependientes, cuyo perfil esencial ya no tiene que ver ni con factores como la “contracultura” o el “desconocimiento” de las consecuencias del consumo, sino con los mecanismos de exclusión de una escuela competitiva que sólo prepara para incrementar la productividad económica.

7.3.4.- ACTIVIDAD LABORAL

Continuando con la tónica habitual de años anteriores la casi totalidad de las personas que ingresaron en el *Proyecto Hombre* en 1995 habían trabajado en alguna ocasión (95,1%), y siguiendo

CUADRO XXII
EDAD EN LA QUE COMENZARON A TRABAJAR POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
- 10 años	0,8	0,8	0,7	-	0,4	1,0	0,4	2,3
11-12 años	12,0	12,5	8,9	6,2	14,6	12,7	10,7	8,2
13-14 años	17,3	17,6	15,5	20,0	12,6	15,5	20,5	28,7
15-16 años	33,3	33,0	34,5	63,1	43,2	30,4	24,4	28,1
17-18 años	20,8	20,7	21,4	7,7	22,0	21,4	21,4	17,0
19-20 años	8,7	8,1	11,8	3,1	5,4	11,7	10,1	5,8
+ 21 años	7,2	7,1	7,2	-	1,8	7,2	12,5	9,9
EDAD MEDIA	15,9	15,8	16,2	15,6	16,1	15,8	15,6	15,2

también la misma tónica habían trabajado un poco más los varones (96,8%) que las mujeres (87,6%). La mayoría de ellos, como se puede ver en el cuadro XXII, comenzaron a trabajar en edades muy jóvenes, incluso más de un 60% cuando no tenían edad legal para hacerlo, en especial los chicos que se iniciaron en el trabajo en un 64% antes de la edad legal frente a las chicas que “sólo” lo hicieron en un 59%. Hay que resaltar que la estructura de la edad en la que comenzaron a trabajar según los distintos grupos de edad es prácticamente idéntica a la estructura de las edades en que se desescolarizaron: así los mas adultos (los grupos de edad 30-34 y 35-39) tienen un comportamiento dual con el mayor porcentaje que comenzaron a trabajar siendo menores de 16 años y el mayor por-

centaje de los que comenzaron después de los 21 años, mientras que los más jóvenes (grupos 20-24 y 15-19 años) se van concentrando sobre la moda de 15-16 años.

Si además comparamos las edades medias de inicio de la actividad laboral y las edades medias de abandono de los estudios (cuadro XVI) resulta evidente que, por regla general, se venía produciendo un cierto automatismo entre el abandono de los estudios y el inicio de algún trabajo, es decir no se creó una situación intermedia de paro, especialmente entre los que tienen más de 30 años, aunque entre los grupos 20-24 y 15-19 años parece comenzar a darse porque entre la edad media de abandono de los estudios y la edad media de comenzar a trabajar queda un espacio en blanco, lo que añadiría una diferenciación más para el grupo de jóvenes consumidores, **su menor inserción en el ámbito laboral.**

En todo caso parece que estamos ante una trayectoria laboral aparentemente muy inestable, así el número medio total de trabajos desempeñados es de 5.2, que se sitúa en 5.4 trabajos en el caso de los varones y en 4.1 para las mujeres. Si atendemos a la edad el grupo de menores de 20 años han tenido sólo 1.8 trabajos, pero el grupo de 20-24 años ha tenido ya 5.3 trabajos, el de 25-29 años ha tenido 5.5 trabajos, el de 30-35 años 5.4 trabajos y el de 35-39 años una media de 5.2 trabajos. El hecho de que el grupo más adulto haya tenido menos trabajos a pesar de su mayor edad indica que la inestabilidad está afectando especialmente a los más jóvenes, lo que sin duda implica que su “carrera laboral” está menos desarrollada y que su experiencia, formación y disciplina laboral es más deficiente, lo que tiene mucha importancia a la hora de establecer vínculos sociales y adaptarse a un trabajo durante la fase de reinserción.

Pero vamos a seguir todo este proceso diferencial comenzado por la forma en la que se produjo la primera inserción de estos jóvenes en el ámbito laboral, es decir su primer trabajo, al que la mayoría accedió con un contrato, cuadro XXIII, con dos claras excepciones las mujeres y los más jóvenes, especialmente el grupo 15-19 cuyo grado de precariedad, en este primer trabajo resulta llamativa en contraste con las otras edades, lo que equivale a decir que frente a los viejos consumidores que se incorporaron al mercado laboral sin demasiadas dificultades, los jóvenes lo tienen mucho más difícil.

CUADRO XXIII
TIPO DE CONTRATO EN EL PRIMER EMPLEO POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Cuenta ajena con contrato	47,2	48,9	38,3	24,6	45,0	48,9	47,9	52,4
Cuenta ajena sin contrato	32,6	29,7	47,6	57,4	37,0	29,6	31,6	25,9
Neg. familiar con contrato	5,0	5,1	4,5	8,2	4,3	5,4	5,7	2,4
Neg. familiar sin contrato	11,4	12,4	5,9	8,2	9,6	13,1	10,8	12,7
Por cuenta propia	3,9	3,9	3,8	1,6	4,1	3,0	4,0	6,6

Si observamos, cuadro XXIV, la duración de este primer empleo el contraste aún es más llamativo entre géneros (las mujeres tienen mayor inestabilidad), pero especialmente por edades siendo simétricas pero inversas las columnas del grupo de edad 35-40 y del grupo 15-19, para la mayoría de los primeros el primer trabajo duró más de dos años mientras que para la mayoría de los segundos duró menos de tres meses.

CUADRO XXIV
TIEMPO DE DURACIÓN DEL PRIMER EMPLEO POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
De 1 a 3 meses	19,3	18,1	25,6	43,3	24,5	16,5	17,6	11,8
de 3 a 6 meses	15,5	15,3	16,8	18,3	18,2	15,9	13,6	8,9
de 6 a 12 meses	16,2	15,8	18,2	20,0	13,7	19,2	13,4	18,3
de 12 a 24 meses	15,5	15,5	15,5	6,7	14,5	16,4	17,6	11,8
más de 24 meses	33,6	35,4	23,9	11,7	29,0	31,9	37,8	49,1

En cuanto a los motivos para dejar este primer empleo que refleja el cuadro XXV podemos ver como, paradójicamente, las mujeres y los más jóvenes se refieren más a que lo dejaron voluntariamente, mientras varones y adultos hacen referencia a encontrar un trabajo mejor, al tiempo que permanecen fijas las causas de cese, despido o no renovación.

CUADRO XXV
MOTIVO PARA DEJAR EL PRIMER EMPLEO POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Cese o despido	16,3	16,6	14,8	14,5	19,7	15,7	15,0	13,6
No renovación	19,8	19,9	19,5	12,9	22,2	21,0	20,2	9,5
Voluntario	31,5	30,2	38,6	48,4	29,5	31,2	31,3	33,7
Un trabajo mejor	14,3	15,1	10,1	4,8	12,0	14,4	15,4	21,9
Venir al PH	3,5	3,6	3,0	8,1	3,3	2,7	4,7	2,4
No lo ha dejado	2,3	2,5	1,0	1,6	1,4	3,3	1,2	3,6
Otros	12,2	12,1	13,1	9,7	12,0	11,7	12,1	15,4

Ciertamente el primer empleo nos dice como se realizó la inserción en el mundo laboral, pero resulta más interesante hablar del empleo principal, es decir el empleo en el que se trabajó durante más años y que puede coincidir o no con el primer empleo. Comenzando de nuevo por el tipo de contrato resulta muy lógico encontrar un mayor número de contratos, así como de trabajadores por cuenta propia, cuadro XXVI, pero de nuevo cabe señalar como se reproduce la diferencia entre géneros y especialmente la precariedad para el grupo de 15-19 años, de tal forma que mientras tres cuartas partes de los adultos tienen contratos estables la cifra apenas supone un tercio entre los más jóvenes.

Si atendemos al tiempo que duró el empleo principal, cuadro XXVII, de nuevo se reproduce la misma estructura, los varones adultos consiguen casi unánimemente trabajos de más de dos años mientras las mujeres y otra vez los más jóvenes se sitúan en su mayoría en trabajos con una duración inferior a seis meses.

CUADRO XXVI
TIPO DE CONTRATO EN EL EMPLEO PRINCIPAL POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Cuenta ajena con contrato	58,1	60,7	45,0	31,1	54,1	60,1	61,7	62,0
Cuenta ajena sin contrato	20,2	16,8	37,7	49,2	24,7	18,9	15,8	14,5
Neg. familiar con contrato	5,4	5,4	5,5	9,8	5,7	5,2	5,8	2,4
Neg. familiar sin contrato	9,6	10,1	6,6	9,8	10,3	10,5	8,2	7,2
Por cuenta propia	6,7	7,0	5,2	-	5,2	5,3	8,4	13,9

CUADRO XXVII
TIEMPO DE DURACIÓN DEL EMPLEO PRINCIPAL POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
De 1 a 3 meses	5,6	4,4	12,0	34,4	9,3	3,9	2,3	1,2
de 3 a 6 meses	7,7	6,7	13,0	11,5	12,3	7,8	4,8	1,8
de 6 a 12 meses	12,0	11,4	15,4	23,0	16,4	11,1	10,5	3,6
de 12 a 24 meses	18,0	17,6	20,1	18,0	19,8	20,7	15,5	8,9
más de 24 meses	56,6	59,8	39,5	13,1	42,1	56,5	66,9	84,5

CUADRO XXVIII
MOTIVO PARA DEJAR EL EMPLEO PRINCIPAL POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Cese o despido	18,5	19,8	12,0	11,3	24,0	17,5	16,9	14,8
No renovación	17,3	17,1	18,4	14,5	19,4	18,2	17,4	8,3
Voluntario	27,3	25,5	36,8	45,2	25,7	27,0	27,3	27,2
Un trabajo mejor	6,1	6,0	6,4	-	3,0	6,7	7,9	10,1
Venir al PH	11,3	12,0	7,0	12,9	9,5	10,7	13,4	11,8
No lo ha dejado	6,6	7,3	2,7	8,1	4,4	7,9	5,4	8,9
Otros	13,0	12,3	16,7	8,1	13,9	11,9	11,8	18,9

En cuanto a los motivos para dejar este empleo principal los resultados son aquí menos concluyentes, cuadro XXVIII, aumentado para todos los motivos de cese, despido o no renovación, quizás porque sea en este trabajo, y no en el primero, el lugar donde la drogodependencia comienza a causar problemas.

En todo caso resulta de interés destacar, llegados a este punto, que la nueva generación de jóvenes consumidores que ya habíamos caracterizado por su rotunda exclusión del sistema escolar,

se caracterizan también frente a la vieja generación, por ser unas víctimas especialmente sensibles de las medidas de liberalización del mercado de trabajo.

La última cuestión en relación al trabajo principal la constituye el sector profesional en el que se ha desempeñado el puesto de trabajo, cuadro XXIX, resultando evidente que como consecuencia del bajo nivel de estudios

CUADRO XXIX
SECTOR PROFESIONAL DEL TRABAJO PRINCIPAL

	TOTAL	VARÓN	MUJER
Arquitectos, ingenieros y simil.	0,2	0,2	-
Auxiliar Ciencias	0,7	0,8	0,4
Escritores y artistas	0,4	0,4	0,4
Personal docente	0,6	0,4	1,8
Directivos y gerentes	0,3	0,4	0,3
Jefes de oficina	0,3	0,2	0,7
Resto empleados	3,6	2,7	8,1
Agentes de comercio	2,9	2,8	2,7
Dependientes y vendedores	9,5	8,2	15,9
Personal de hostelería	16,2	14,5	25,1
Servicios de pro	2,0	2,2	0,7
Servicio doméstico	4,0	0,6	21,4
Agricultura y ganadería	5,2	5,8	2,2
Capataces y encargados	1,0	1,2	-
Especialistas de la construcción	7,5	9,0	-
Especialistas minería	5,3	6,4	-
Especialistas industria	4,6	5,1	1,5
Operadores, montadores	8,0	9,1	2,2
Peones, otros	27,4	29,4	17,0
Profesionales ejército	0,5	0,6	0,4

alcanzado hay muy pocos profesionales, situándose, como ya ocurría en 1994, la mayoría de los varones como peones o especialista de la construcción, industria o minería y en menor medida entre el personal de hostelería, mientras las mujeres trabajan en el servicio doméstico, la hostelería y como dependientas, lo que viene a indicar que la imagen relativamente estable de la inserción laboral, al menos entre los grupos de mayor edad queda corregida por el desempeño de una serie de actividades de bajo perfil, de las que, difícilmente, de nuevo por su bajo nivel de estudios, podrán salir.

Finalmente podemos ver que la situación laboral de los hijos contrasta con la del padre (cuadro XXX) y la de la madre (cuadro XXXI). En el caso del padre estos están jubilados, trabajando con contrato o fallecidos, siendo el nivel de paro un poco más alto que los parámetros generales españoles para los varones de estas edades. Hay que añadir que los padres de las chicas que ingresaron en el Proyecto Hombre, quizás como consecuencia de su menor edad, son más activos que los padres de los varones, se han jubilado la mitad, han fallecido menos, tienen un mayor nivel de contratación y apenas están parados. En cuanto a la edad marca dos elementos, por una parte un mayor nivel de fallecimientos y jubilaciones de los más adultos, casi tres cuartas partes para los mayores de 30 años, y por otra más inestabilidad y paro para padres de los menores de 24 años.

CUADRO XXX
SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Fijo con contrato	21,1	18,0	35,9	52,4	32,3	20,4	12,6	6,7
Temporal con contrato	2,9	3,0	2,6	-	7,3	3,1	0,8	-
Trabajo sin contrato	2,5	2,5	2,6	4,8	6,3	2,5	-	-
Excedencia	0,4	0,3	1,3	-	1,0	0,6	-	-
Autónomo	12,1	11,4	15,4	9,5	21,9	14,2	4,2	6,7
Baja medica transitoria	1,1	1,4	-	-	1,0	1,9	0,8	-
Paro con subsidio	3,4	3,3	3,8	4,8	5,2	3,7	1,7	2,2
Paro sin subsidio	2,5	2,7	1,3	9,5	2,1	1,9	2,5	2,2
Jubilado	29,0	31,3	17,9	14,3	12,5	29,6	42,9	31,1
Invalidez permanente	5,6	5,4	6,4	-	5,2	3,1	10,9	4,4
Ama de casa	-	-	-	-	-	-	-	-
Fallecido	18,8	20,2	12,8	4,8	5,2	18,5	22,7	46,7

Fuente: Cuestionario familiares CEPH-95

En cuanto a las madres, cuadro XXXI, la mayoría son amas de casa, y menos de un tercio desempeñan o han desempeñado una actividad laboral formal con dos excepciones, las madres de las chicas y las madres de los menores de 19 años. En el primer caso añadimos este resultado a otros que venimos obteniendo en anteriores cruces y que parecen indicar que las familias de las mujeres drogodependientes son más activas e inestables que las de los varones. El segundo caso refleja la incorporación de la mujer al trabajo que se nota especialmente entre las madres menores de 50 años.

CUADRO XXXI
SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE POR GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Fija con contrato	8,1	7,0	13,3	23,8	9,0	6,0	9,2	4,3
Temporal con contrato	2,2	2,1	2,4	4,8	5,0	1,8	0,8	-
Trabajo sin contrato	4,2	3,2	8,4	9,5	9,0	3,6	-	4,3
Excedencia	0,2	-	1,2	4,8	-	-	-	-
Autónoma	4,2	4,0	4,8	-	9,0	3,6	1,7	4,3
Baja medica transitoria	0,4	0,5	-	-	1,0	-	0,8	-
Paro con subsidio	0,7	0,5	1,2	-	-	-	2,5	-
Paro sin subsidio	2,2	2,1	2,4	9,5	2,0	2,4	1,7	-
Jubilada	5,5	6,1	2,4	-	2,0	7,8	3,3	12,8
Invalidez permanente	1,8	1,6	2,4	-	3,0	1,8	1,7	-
Ama de casa	66,3	67,6	60,2	47,6	59,0	69,5	71,7	63,8
Fallecida	4,4	5,1	1,2	-	1,0	3,6	6,7	10,6

Fuente: Cuestionario familiares CEPH-95

7.3.5.- INCIDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS SOBRE EL TRABAJO.

Tal y como ocurría en años anteriores una clara mayoría de drogodependientes, en concreto un 75,3% de los que han trabajado en alguna ocasión, indican que su contacto con las drogas ha modificado su dinámica laboral, lo que confirmamos en 1994 observando cual era su situación laboral al inicio del consumo de drogas y cual era cuando ingresan en el *Proyecto Hombre*. Para 1995 vamos a realizar un análisis por géneros que nos aportara algunas novedades.

Al comenzar el consumo los varones, cuadro XXXII, estaban bajando mayoritariamente en un 56,1% aunque también había un núcleo importante que estaba estudiando, en concreto un 25,7% permanecían aun escolarizados, en cambio cuando llegaron al *Proyecto Hombre* un 62,7% estaba de baja o parado y apenas un 23% mantenía sus trabajos. Es decir las drogas efectivamente rompieron su integración en el mundo laboral. En cuanto a las chicas, cuadro XXXIII, su situación es más compleja, primero porque cuando comenzaron a consumir drogas estaban más escolarizadas (31,2%) y mucho más paradas (21,1%) que los varones, lo que significa que trabajaban menos (un 40,4%), segundo porque al llegar al *Proyecto Hombre* su situación era peor, tenían un paro similar al de los varones (59,9%) pero sólo un 16% mantenía sus trabajos legales.

CUADRO XXXII
SITUACIÓN LABORAL AL INICIO DE LA DROGODEPENDENCIA Y AL LLEGAR AL PROYECTO HOMBRE. VARONES

	AL INICIO	AL LLEGAR PH
Fijo con contrato	13,9	5,4
Temporal con contrato	23,6	8,0
Trabajo sin contrato	12,4	5,8
Trabajo negocio familiar	6,2	4,1
Excedencia	0,1	0,3
Autónomo	3,0	3,3
Baja médica	0,4	8,5
Paro con subsidio	1,9	9,8
Paro si subsidio	7,2	38,8
Buscando primer empleo	2,0	5,6
Estudiando	25,7	2,9
Otros	3,6	7,5

Tales resultados nos permiten sostener la hipótesis de que las diferencias sociológicas que venimos detectando entre las mujeres y los varones, quizás no se relacionen con la drogodependencia sino con la situación general de transición laboral y familiar de la mujer en la sociedad española, una evolución que

ellas han pasado, y pasan, al igual que el resto de las mujeres y a la que se ha añadido la drogodependencia.

7.3.6.- EL DINERO PARA ADQUIRIR DROGAS.

La trayectoria laboral no justifica el volumen medio diario de gasto habitual en drogas, que para el conjunto de los ingresos de 1995 representa 13.615 ptas. medias diarias (es decir una media de 408.450 ptas. mensuales), prácticamente la misma cantidad que en 1994, para el que calculamos una media de 13.694 ptas. diarias¹¹, con un gasto superior por parte de las mujeres (15.692 ptas. diarias) frente a los hombres (13.141 ptas. diarias). Por edades los más adultos gastan más, en concreto una media de 15.170 ptas. diarias el grupo de 35 a 39 años, cifra que va descendiendo con la edad, 13.818 ptas. para el grupo de 30 a 34 años, 13.739 ptas. para el grupo de 25 a 29 años y 12.632 ptas. para el grupo de 20 a 24 años, lo que se puede explicar en razón al mecanismo de la tolerancia, es decir a más edad más años de consumo, mayor tolerancia y por tanto más gasto. Pero esta lógica resulta disfuncional con el grupo de 15 a 19 años que gasta una media de 13.931 ptas. diarias.

Los cuadros XXXIV para los varones y XXXV para las mujeres intentan explicar el origen de este dinero, presentando de donde provenía el dinero al comenzar a consumir drogas, durante la etapa central de la drogodependencia y al llegar al *Proyecto Hombre*.

Comenzando por los varones resulta claro que al comenzar a consumir el dinero venía de un sueldo y de la familia aunque ya se había comenzado a robar y de forma complementaria a trapichear, a traficar con drogas e incluso a ejercer de proxeneta, suponemos que de su

CUADRO XXXIII
SITUACIÓN LABORAL AL INICIO DE LA DROGODEPENDENCIA Y AL LLEGAR AL PROYECTO HOMBRE. MUJERES

	AL INICIO	AL LLEGAR PH
Fijo con contrato	6,8	3,3
Temporal con contrato	12,0	3,3
Trabajo sin contrato	17,9	7,9
Trabajo negocio familiar	3,7	1,5
Excedencia	-	1,2
Autónomo	2,2	1,2
Baja médica	-	3,0
Paro con subsidio	1,9	5,2
Paro sin subsidio	17,3	47,7
Buscando primer empleo	1,9	4,0
Estudiando	31,2	7,6
Otros	5,2	14,0

CUADRO XXXIV
ORIGEN DEL DINERO EN CADA MOMENTO DE LA DROGODEPENDENCIA. VARONES (RESPUESTA DOBLE)

	AL COMENZAR	DURANTE CONSUMO	AL LLEGAR AL PH
Sin ingresos	64,1	42,3	56,9
Sueldo	50,6	48,9	31,9
Familia	32,0	15,2	19,1
Robo a familia	7,6	9,3	7,7
Robo	11,5	23,6	18,4
Becas/Subven/Subsidios	1,2	1,4	5,9
Amigos	5,4	2,3	3,7
Trapicheo	14,7	24,1	24,2
Tráfico de drogas	5,2	15,0	10,0
Prostitución propia	0,1	0,4	0,6
Negocio prostitución	6,0	15,5	14,4
Otros	1,1	1,8	7,6

¹¹Reiteramos el argumento que ya utilizamos en 1994, en el sentido que este no es el dinero que se gasta siempre sino sólo en ciertas etapas cuando "todo va bien", mientras otras etapas más complicadas y con un menor gasto se olvidan con mayor facilidad.

novia o compañera. Es decir el inicio muestra un joven que, como hemos señalado antes, comienza a insertarse en el ámbito laboral con ayuda de la familia, al tiempo que, de forma complementaria comienza a moverse en el mundo del delito. En este sentido la opción secundaria “negocio de prostitución” vendría a representar a una pareja de jóvenes desescolarizados, que ganan un sueldo, que reciben alguna ayuda de la familia, —aparte de comida y vivienda—, y que de vez en cuando buscan algún complemento económico, robando, trapicheando, traficando o prostituyéndose la chica. En plena fase de drogodependencia las cosas cambian al aumentar las necesidades, así un 68% tiene dos fuentes de ingresos que configuran un sistema mixto legal/ilegal, por una parte se mantiene la base del sueldo, pero familias y amigos ya no ayudan, por lo que el robo y el negocio de la prostitución pasan a ocupar un lugar relevante y a los que se añaden de forma secundaria el trapicheo y el tráfico de drogas completando los ingresos. Es decir los drogodependientes se pluriemplean para pagar las letras de la hipoteca de la dependencia.

Finalmente al llegar al *Proyecto Hombre* la situación se ha deteriorado de forma ostensible, por una parte se han reducido las fuentes de ingresos legales, al tiempo que las fuentes ilegales tienden a estabilizarse o disminuir aumentando el número de los que no tienen ingresos. Si además los gastos son superiores a mayor edad, el peculiar sistema mixto legal/ilegal entra en crisis y acaba por quebrar, en este momento, quizás con un compromiso de rehabilitación vuelve a entrar, aunque de forma discreta, la ayuda de la familia.

CUADRO XXXV			
ORIGEN DEL DINERO EN CADA MOMENTO DE LA DROGODEPENDENCIA. MUJERES (RESPUESTA DOBLE)			
	AL COMENZAR	DURANTE CONSUMO	AL LLEGAR AL PH
Sin ingresos	73,7	46,9	70,2
Sueldo	33,0	33,7	21,1
Familia	30,0	14,4	14,2
Robo a familia	13,1	8,9	6,1
Robo	9,1	22,4	14,8
Becas/Subven/Subsidios	0,9	2,6	5,8
Amigos	9,5	5,5	8,8
Trapicheo	14,1	22,2	17,1
Tráfico de drogas	5,2	15,9	11,8
Prostitución propia	4,0	11,8	10,4
Negocio prostitución	3,9	12,4	8,9
Otros	3,4	3,1	10,8

En cuanto a las mujeres el proceso es similar pero con algunos matices, entre los que destaca una mayor incidencia de las fuentes de ingresos ilegales, en parte quizás, como hemos visto, por las dificultades que tienen

las mujeres para insertarse en el ámbito laboral, así desde el principio ya realizan más acciones ilegales aunque reciben la misma ayuda de la familia, a la que ciertamente roban más. En plena fase de drogodependencia roban, trapichean, trafican con drogas, se prostituyen y hacen negocios con la prostitución en mayor medida que los varones. Finalmente al llegar al *Proyecto Hombre* apenas reciben ingresos legales y han visto reducir los ilegales, recuperando también las ayudas familiares y algunas subvenciones. Su situación técnica de quiebra aún es más acentuada que entre los varones.

7.4.- LA TRAYECTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

7.4.1.- EDAD DE INICIO Y TIPO DE RELACIÓN CON LAS DISTINTAS DROGAS.

El cuadro XXXVI nos aporta la distribución del **nivel de experiencia** correspondiente a la afirmación de “la han consumido alguna vez”, de una serie de drogas, con el resultado ya habitual de la presencia de cuatro drogas de uso generalizado, alcohol, hachís, heroína y cocaína, otras que han usado más o menos la mitad de las personas entrevistadas, anfetaminas¹², barbitúricos¹³, speed y alucinógenos y finalmente algunas drogas de uso más mi-

CUADRO XXXVI
EXPERIENCIA, SOLO PROBADO, CONSUMO HABITUAL, ESPORÁDICO O RARAS VECES DE LAS DISTINTAS DROGAS

	EXPERIENCIA	SOLO EXPRIEN	RARA VEZ	ESPORÁDICO	HABITUAL
Alcohol	89,0	6,2	16,9	46,1	45,6
Inhalantes	18,9	8,9	2,8	2,3	4,5
Hachís	84,5	3,8	14,8	30,4	73,8
Anfetaminas	52,2	8,5	11,1	22,1	19,1
Barbitúricos	45,0	9,4	10,5	22,3	25,7
Heroína	82,7	1,2	11,4	21,1	76,3
Cocaína	81,3	7,9	24,3	37,1	49,1
Speed	53,6	12,8	11,3	19,0	15,5
Alucinógenos	57,6	14,9	17,0	21,3	17,8
Metadona	25,4	6,7	3,7	5,9	16,0
Éxtasis	32,0	12,1	5,2	10,6	9,1
Crack	15,0	4,2	1,9	2,2	7,1
Otras	15,6	2,0	2,4	4,4	8,0

noritario como inhalantes, metadona, éxtasis, crack y otras. Sin embargo aunque esta sigue siendo la distribución habitual debemos reseñar algunos cambios importantes, en primer lugar la reducción en más de diez puntos en la hegemonía de heroína, cocaína y hachís, en segundo lugar la estabilización en el proceso de incremento que venía experimentando los últimos años la metadona y el éxtasis y en tercer lugar el notable incremento de experiencia con crack y otras drogas, la mayoría de las cuales son drogas de síntesis distintas al éxtasis, productos farmacéuticos e incluso algún preparado “natural”.

El mismo cuadro refleja los niveles de **sólo experiencia** (“la han consumido una sola vez”), **raras veces** (“algunas veces al año”), **esporádico** (“fines de semana o cuando hay dinero”) y **habitual** (“diariamente una o más veces”), los cuales¹⁴, en comparación con años anteriores confirman la pérdida de fuelle de la heroína que hasta 1994 solía situarse sobre el 90% de consumidores habituales, al tiempo que se incrementa la importancia del alcohol, barbitúricos speed y alucinógenos, pero sobretudo debemos destacar que se

¹² Como ya decíamos en 1994 las categorías anfetaminas, speed, alucinógenos y éxtasis forman en realidad un único grupo de sustancias químicas en el que, además, para muchos usuarios representan fórmulas intercambiables.

¹³ El comportamiento de la categoría barbitúricos, que iremos contrastando en los siguientes cuadros, nos permite sostener que, quizás porque no aparece la categoría “tranquilizantes” o “benzodiazapinas” en el cuestionario, en realidad una parte de tales posibles consumos se incluyen en la categoría genérica de “barbitúricos”.

¹⁴ Para comprender el cuadro XXXVI conviene saber que las categorías “rara vez”, “esporádico” y “habitual” no son excluyentes sino que se refieren a la existencia de un periodo de tiempo en el que efectivamente se realizó tal conducta.

duplican y triplican las cifras de usuarios habituales de éxtasis, metadona, crack y otras.

Globalmente en 1995 cada uno de los casos registrados en el *Proyecto Hombre* ha probado en alguna ocasión una media de 6,6 drogas distintas, una cifra que ha permanecido constante a lo largo de los años, pero en cuanto al consumo habitual, o en otras palabras diario, en 1995 se pasa del habitual 2,5 drogas distintas de años anteriores a un consumo habitual de 3,6 drogas distintas, es decir parece que la pérdida de relevancia de la heroína en una situación estable de politoxicomanía se compensa, por primera vez, con una mayor diversidad de consumos habituales, tanto de alcohol, como de diferentes “pastillas”.

En el Cuadro XXXVII los datos de la primera experiencia se completan con la media de edad en la que la misma se produjo, apareciendo un orden cronológico relativamente habitual, que comienza con las drogas de la preadolescencia, es decir inhalantes, hachís y alcohol, después las de la adolescencia, anfetaminas, barbitúricos y alucinógenos y finalmente las drogas de “madurez” que son la heroína y cocaína. No hay grandes diferencias entre varones y mujeres, salvo una mayor precocidad general de los varones pero no para el grupo de anfetaminas, speed y éxtasis que constituye una excepción ya que en este caso son más precoces las mujeres.

CUADRO XXXVII
EDAD DE INICIO A CADA DROGA Y EN “EL MUNDO DE LA DROGA”
POR GENERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Alcohol	14,0	13,9	14,6	13,8	13,5	13,5	14,4	16,0
Inhalantes	13,1	13,3	12,0	11,6	11,9	13,1	14,6	16,9
Hachís	13,6	13,4	14,5	12,9	12,5	13,2	14,3	17,1
Anfetaminas	15,4	15,4	15,4	14,9	14,2	15,0	15,4	19,4
Barbitúricos	16,6	16,4	17,4	14,0	14,5	16,2	18,1	23,8
Heroína	17,5	17,5	17,8	14,6	14,9	16,8	19,3	23,8
Cocaína	17,6	17,5	18,2	14,6	14,8	16,7	19,6	24,4
Speed	17,2	17,3	17,0	14,6	14,5	16,4	19,8	24,9
Alucinógenos	16,2	16,2	16,2	14,6	14,6	16,1	16,7	20,2
Metadona	19,1	18,7	21,3	-	15,3	18,6	21,4	24,6
Éxtasis	20,0	20,1	19,5	16,4	16,1	20,7	25,5	29,7
Crack	20,1	20,0	20,5	15,0	15,3	19,1	24,2	29,1
Otras	16,6	16,6	16,8	13,1	13,2	16,0	17,4	26,5
“En el mundo de la droga”	15,9	15,8	16,8	13,3	14,7	15,5	16,8	19,7

Conviene destacar que en 1995, tras muchos años de ligeras subidas de la “edad de inicio” en todos los registros y no sólo en los del *Proyecto Hombre*, se ha producido un ligero descenso que en parte podemos atribuir al grupo de edad 15-19 años, cuya precocidad con inhalantes y hachís, pero especialmente con cocaína y heroína, si lo comparamos con otros grupos de edad, es alarmante, aunque esto puede ser debido tanto al factor de la edad de la demanda, es decir que realizan la demanda asistencial tan jóvenes justamente porque son más precoces, pero también al factor de que para ellos no hay drogas de inicio, adolescencia y “madurez”

sino simplemente drogas, que consumen sin ninguna preferencia en cuanto tienen posibilidad de hacerlo, cuando se inician el “mundo de la droga” en la preadolescencia y no en la adolescencia como venía siendo habitual.

Finalmente cabe señalar que en el caso de éxtasis y crack los más jóvenes las han incorporado muy pronto a su experiencia, mientras que los más adultos no lo han hecho hasta muy recientemente, quizás porque este era un mercado inexistente cuando ellos empezaron.

CUADRO XXXVIII
PROPORCIÓN DE CASOS QUE SE DECLARAN “DEPENDIENTES” A CADA DROGA POR GÉNERO Y EDAD.

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Alcohol	25,7	26,7	20,6	20,2	21,8	24,4	29,6	33,9
Inhalantes	4,8	5,2	2,6	6,7	5,2	5,1	4,3	3,4
Hachís	44,8	47,2	33,1	50,0	42,9	44,0	46,7	45,8
Anfetaminas	20,0	21,0	15,1	14,4	16,9	19,5	24,9	21,5
Barbitúricos	23,0	23,3	21,2	24,0	22,0	23,4	24,1	20,9
Heroína	67,5	67,5	67,7	46,2	63,4	68,7	73,0	71,8
Cocaína	48,0	49,0	42,7	34,6	46,6	49,6	49,3	50,3
Speed	25,7	26,2	23,5	28,8	28,0	26,6	23,9	19,2
Alucinógenos	20,0	20,2	18,6	26,9	20,9	17,9	20,7	20,3
Metadona	7,2	7,0	8,1	1,9	5,7	6,3	9,1	12,4
Éxtasis	7,2	7,4	6,1	15,4	12,1	5,8	4,5	1,1
Crack	6,9	7,2	5,2	6,7	6,9	5,6	8,5	7,3
Otras	4,2	4,4	3,2	3,8	3,6	3,0	5,9	6,2

En el cuadro XXXVIII aparecen las cifras de los que se declaran dependientes a cada droga por género y edad, lo que nos permite resaltar que la heroína sigue representado la droga más importante, pero por primera vez con una importante pérdida, más de diez puntos, debido esencialmente al peso de los más jóvenes que se consideran menos dependientes a la heroína sin que otra droga compense esta “pérdida”, ni tan siquiera speed y éxtasis de las que son los mayores consumidores, es decir la heroína pierde una parte de su protagonismo sin que aparezcan otras drogas para ocupar su papel, que parece compensarse con una mayor politoxicomanía.

Si completamos estos resultados con los del cuadro XXXIX vemos como además se ha reducido el número medio de años de dependencia a la heroína, mientras aumentan otras como barbitúricos o speed, pero en todo caso no está claro que esté emergiendo en términos puramente químicos un nuevo perfil de consumidor, o al menos este perfil no aparece como tal y al margen de la pérdida de relevancia de la heroína en los registros del *Proyecto Hombre*, lo que equivale a decir que o bien estamos ante carreras de drogodependientes sin consolidar que irán centrándose con el tiempo en la heroína o simplemente que en términos de drogas que se consumen se ha practicado un ligero ajuste que sólo modifica la situación preexistente en la reducción del consumo general de heroína sin que otras sustancias ocupen su lugar. El tiempo nos dirá cual de las dos hipótesis es la correcta.

CUADRO XXXIX
NÚMERO MEDIO DE AÑOS DE “DEPENDENCIA” A CADA DROGA
POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Alcohol	8,5	8,8	6,5	3,5	5,7	8,4	10,3	11,2
Inhalantes	5,6	5,2	9,5	1,4	6,5	5,4	7,6	1,3
Hachís	8,6	8,8	7,5	4,6	6,5	8,3	10,8	12,2
Anfetaminas	5,4	5,5	4,7	4,7	6,0	5,6	5,0	4,8
Barbitúricos	8,0	7,8	8,6	8,0	7,3	8,2	8,2	6,6
Heroína	6,3	6,3	6,3	2,8	3,9	6,1	8,2	9,1
Cocaína	7,0	7,1	6,3	3,5	7,0	7,1	7,4	7,2
Speed	9,4	9,0	11,6	4,8	9,6	9,6	9,8	11,0
Alucinógenos	8,5	8,0	11,0	5,2	9,6	9,7	7,0	9,3
Metadona	2,3	2,3	2,4	3,0	1,7	2,0	2,7	2,5
Éxtasis	3,9	3,8	4,6	1,7	3,4	5,5	4,0	3,5
Crack	3,9	3,9	4,1	1,8	4,0	4,1	3,7	4,9
Otras	4,7	4,6	5,9	7,7	3,0	5,8	5,7	2,2

La única excepción parecen ser los barbitúricos, pero esta, como hemos mencionado más arriba es una categoría confusa, y en todo caso parece poco sensato pensar que tales fármacos, prácticamente retirados como especialidad farmacéutica y de los que no nos consta un mercado negro demasiado boyante, se comiencen a consumir masivamente, inclinándonos por pensar que son, como ya hemos dicho también, benzodiazepinas, en todo caso resulta llamativa que en plena y aparente fase de dominio de los “excitantes” tanto en los Medios de Comunicación como en las mismas encuestas de consumo los “tranquilizantes” ocupen un lugar tan relevante en la politoxicomanía.

En resumen la edad de inicio, el número de años de dependencia y la edad en la que se realiza la demanda parecen establecer una línea continua que se situaría sobre la hipótesis de la “maduración objetiva”, o en términos más coloquiales el “tocar fondo”, es decir que hasta que los problemas no alcanzan una determinada gravedad, —y esto depende a su vez de los años que se lleve consumiendo y de la precocidad del consumo—, no se realiza una demanda asistencial “en serio”.

CUADRO XL
COCIENTE DE DIVERSIFICACIÓN Y PROPORCIONES
ENTRE DEPENDENCIA, USO HABITUAL Y EXPERIENCIA
POR CADA DROGA

	COCIENTE DIVERSIFICA.	HABITUAL EXPERIENCIA	DEPENDENCIA EXPERIENCIA	DEPENDENCIA HABITUAL
Alcohol	1,28	51,2	28,6	55,9
Inhalantes	1,00	23,8	25,3	104,3
Hachís	1,45	87,3	53,0	60,7
Anfetaminas	1,16	36,5	38,3	104,7
Barbitúricos	1,50	57,1	50,8	89,1
Heroína	1,33	92,2	80,4	87,1
Cocaína	1,45	60,3	59,0	97,7
Speed	1,09	28,9	47,9	165,8
Alucinógenos	1,23	30,9	34,7	112,3
Metadona	1,27	62,9	28,3	45,0
Éxtasis	1,15	28,4	22,5	79,1
Crack	1,02	47,3	46,0	97,1
Otras	1,07	51,2	26,9	52,5

Un último cuadro, el XL, muestra una serie de tasas, en la primera columna aparece un coeficiente de diversificación, que es el resultado de dividir, por cada droga, la suma de las situaciones de consumo, es decir “solo experiencia”, “rara vez”, “esporádico” y “habitual”, por el nú-

mero de casos que tienen experiencia con la droga en cuestión. La segunda columna muestra la proporción de consumidores habituales sobre los que han experimentado con cada droga, la tercera columna es la proporción de aquellos que declaran haber estado dependiendo de una droga sobre los que la han experimentado y finalmente la cuarta columna la proporción de los que se consideran dependientes sobre los consumidores habituales.

Los resultados nos dicen mucho sobre como perciben el riesgo de cada droga los propios drogodependientes, así el **coeficiente de diversificación de cada droga**, que lógicamente configura tanto por exceso como por defecto la dinámica de la tolerancia, lo que nos permite captar que la droga con la que se han mantenido una relaciones más complejas son los barbitúricos, seguidos de la cocaína, el hachís y la heroína, mientras que inhalantes, crack, speed, éxtasis y anfetaminas establecen una trayectoria mas lineal y menos compleja. La **proporción entre usuarios habituales y experiencia con cada droga** muestra que el patrón de riesgo más elevado corresponde a la heroína y al hachís, seguido a una cierta distancia por cocaína, metadona y barbitúricos, siendo los patrones de menor riesgo los correspondientes a inhalantes, éxtasis, speed, alucinógenos y anfetaminas. En cuanto a **la proporción entre dependientes y experiencia con cada droga** el esquema se reitera en parte ya que el mayor patrón de riesgo sigue correspondiendo a la heroína, pero no al hachís y a los barbitúricos, mientras la cocaína mantiene una notable correspondencia entre uso habitual y conciencia de dependencia y la metadona pasa al grupo de patrones de riesgo muy bajo pero ya sólo en compañía de alcohol, inhalantes y éxtasis.

Finalmente **la proporción entre dependientes y usuarios habituales de cada droga**, que debemos interpretar en términos de percepción subjetiva del grado de riesgo, nos permite cerrar la explicación al mostrarnos como speed, alucinógenos y anfetaminas se consideran como de una mayor capacidad de crear dependencia, mientras cocaína y crack se sitúan en un punto de percepción casi “objetivo” y metadona, alcohol y hachís se sitúan en la banda baja.

Tales resultados, en el contexto de la politoxicomanía y en relación a los niveles absolutos de consumo de cada droga, nos dicen algunas cosas que ya son de conocimiento general como el papel central de la heroína o la baja conciencia en torno a la importancia del alcohol, pero otras que no lo son tanto y que convendría que las destacáramos:

— No se da la importancia que tiene al papel del hachís, ante el actor principal, la heroína, y a un nivel similar al de los otros coprotagonistas, el alcohol y la cocaína, como condición para armar la politoxicomanía.

— Se minusvalora la importancia de los barbitúricos (o lo que sean), tanto por parte de los profesionales como por los propios

usuarios, cuando en realidad son los auténticos tapa grietas del armazón de la politoxicomanía.

— Se sobrevalora la importancia de anfetaminas y similares, quizás por sus efectos son más espectaculares, públicos y conocidos, cuando en realidad son meros acompañantes o al menos poseen un papel estructural menor que el de los barbitúricos y o tranquilizantes, aún, como hemos visto, entre los jóvenes supuestamente “enganchados” a la “marcha”.

— La imagen de la cocaína, y el crack, se corresponde casi exactamente con la relevancia de su papel como coprotagonistas.

7.4.2.- MOTIVACIONES PARA INICIAR EL CONSUMO.

Un 81,9% de los ingresos fue capaz de dar una respuesta y un 63,8% una segunda respuesta, más o menos precisa, al motivo por el que, según el mismo, comenzó a iniciarse en el consumo de drogas. En general los motivos aducidos, codificados a posteriori, fueron, como se observa en el cuadro XLI, de lo más diverso, aunque predominan los motivos más abstractos, o mejor dicho, más espúreos, del estilo de estar en el ambiente de la movida, pasarlo bien, sin darse cuenta o por mera curiosidad, que ya venían siendo los motivos alegados en años anteriores, frente a motivaciones más concretas y definidas.

CUADRO XLI
MOTIVO PARA COMENZAR A CONSUMIR POR GENERO Y EDAD
(Doble respuesta)

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Ser más que los demás	8,6	8,0	13,4	3,1	9,6	8,8	8,9	8,6
Estar en la movida	18,2	19,6	11,3	21,3	13,8	19,8	19,1	20,7
Sin darse cuenta	13,9	13,1	17,3	21,3	15,4	12,4	12,4	16,7
Para pasarlo bien	16,7	18,2	10,5	28,4	20,2	15,4	14,5	13,5
Un suceso le afectó	11,2	10,5	14,5	12,4	10,3	10,5	11,6	13,8
Por los amigos	31,3	32,5	25,7	30,8	28,9	31,7	31,6	25,0
Convencieron/presión	2,1	1,6	4,5	2,7	3,0	1,8	1,1	3,2
Por sentirse seguro	10,4	9,7	13,2	3,1	8,7	11,0	13,0	8,4
Por curiosidad/probar	44,0	43,7	45,3	35,7	42,9	43,3	44,2	45,5
Rebeldía	12,7	13,3	11,4	10,4	12,6	12,1	14,5	12,9
Olvidar problemas	26,2	25,5	27,1	29,3	30,4	29,1	21,9	26,9
Otros	4,8	4,3	6,4	1,5	3,8	3,9	6,6	5,0

En todo caso el motivo principal es la “curiosidad por probar” que sigue ocupando un lugar destacado con casi la mitad de las respuestas, seguido por el ítem “*porque mis amigos íntimos comenzaron a drogarse*” y en tercer lugar “*para olvidarme de mis problemas*” tanto en varones como en mujeres y en todas las edades, aunque no en la misma proporción, de tal manera que lo más hedonista y espúreo (“*para estar dentro del ambiente de la movida*”, “*para pasarlo bien y no aburrirme*” y “*sin darme cuenta*”) caracteriza a los más jóvenes y lo concreto, así como lo problemático a las mujeres (“*un suceso que le afectó mucho*” y “*olvidar los problemas*”), quizás porque los primeros no tienen, o no quieren, justificar nada, mientras que nuestra cultura hace que las mujeres tengan que justificar en mayor me-

dida sus actos que los varones. En todo caso estamos ante diferencias de matiz.

Si observamos la distribución de motivos sólo para el 63,8% que dan una segunda respuesta, sin que sepamos cual de las dos es la principal, aparece modificada algo esta imagen de olvido, justificación y culpa, ya que en las dobles respuestas es donde se acumulan los motivos en el ítem “*curiosidad por probar*”, en especial los que han alegado además algún motivo concreto, y en el ítem “*para olvidar mis problemas*”, al que se refieren los que además han citado “*para estar en la movida*” y “*para pasarlo bien*”, y esto parece ocurrir en ambos sexos y en todas las edades. En el fondo esta doble respuesta que nos dan los drogodependientes, nos están diciendo que las drogas representaron en su adolescencia una forma de ocio sin límites que a la vez servía para aplazar la toma de responsabilidades, olvidando los problemas. Visto desde el final del proceso aquella fue una opción que algunos, la mayoría, interpretan básicamente desde la óptica del ocio y la diversión y otros, la minoría, desde la óptica de la renuncia a madurar.

7.4.3.- EL ACCESO A LAS DROGAS.

¿Cómo se obtuvo cada droga por primera vez?, o mejor dicho ¿quién le inició? casi siempre un amigo, especialmente en el uso de hachís, anfetaminas, speed, alucinógenos y crack, un amigo que lógicamente ya tenía que estar iniciado o al menos en contacto con alguien que le proporcionara la droga en cuestión, lo que significa que el mercado de las drogas se expande básicamente como los juegos de pirámide, es decir que los inversores/consumidores son los que buscan a otros inversores/consumidores amigos que a su vez buscan otros inversores/consumidores amigos y así hasta el infinito.

En segundo lugar aparece, aunque a una cierta distancia, el mercado libre en sentido estricto, representado por el “camello”, el que posee un sistema de distribución y venta más comercial y formal, al que se acude directamente, en una decisión más personal. En el caso concreto del alcohol y los inhalantes el contacto se debe más bien a la familia o a otros, y en el caso de la metadona, lógicamente es un profesional, aunque llama la atención el volumen de iniciados en el mercado negro a pesar de las medidas de control para impedir que exista un mercado negro de metadona. Los datos de la metadona por edad nos informa, asimismo, que esta situación se produce incluso entre los más jóvenes, lo que significaría que actualmente existe este mercado negro de metadona.

Sin embargo en este tema nos interesaba especialmente la dinámica de la heroína por lo que hemos cruzado los datos de la persona de la que obtuvo heroína por primera vez por género y edad, cuadro XLIII, con interesantes resultados a nivel de sexo, como que las mujeres son iniciadas por amigos y parejas, mientras que

CUADRO XLII
COMO CONSIGUIÓ CADA DROGA POR PRIMERA VEZ
 (Porcentajes horizontales)

	PAREJA	FAMILIAR	CAMELLO	AMIGO	MEDICO	FARMACE	OTROS
Alcohol	6,2	12,1	0,8	49,6	0,1	4,4	26,7
Inhalantes	2,4	10,4	3,4	48,6	-	0,6	34,7
Hachís	2,5	4,3	19,3	72,0	0,1	0,1	1,7
Anfetaminas	1,9	1,9	20,2	68,8	1,9	3,8	1,4
Barbitúricos	3,0	3,0	21,6	48,1	14,2	7,6	2,5
Heroína	4,9	3,0	30,6	58,5	1,1	0,2	1,6
Cocaína	3,8	1,8	36,5	56,7	0,1	0,1	1,1
Speed	2,7	1,4	32,1	61,6	1,1	0,1	1,0
Alucinógenos	3,1	0,8	32,8	60,9	0,4	0,1	1,9
Metadona	4,4	1,4	13,2	49,4	25,2	3,5	3,0
Éxtasis	2,9	0,9	32,8	56,4	5,5	0,2	1,4
Crack	4,5	1,7	30,4	62,3	-	-	1,1
Otras	0,8	1,6	21,4	44,0	22,6	4,4	5,2

los varones lo son por amigos y camellos y nunca por sus parejas, mientras que la misma estructura se va reproduciendo por los diferentes grupos de edad, lo que viene a significar que, al menos en relación a la heroína, la configuración y/o estructura de la distribución sigue siendo la misma en estos veinte años.

CUADRO XLIII
CÓMO CONSIGUIÓ HEROÍNA POR PRIMERA VEZ POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Pareja	4,9	0,8	24,8	6,5	5,4	4,2	5,3	4,6
Familiar	3,0	2,2	6,6	2,6	2,1	3,5	3,7	2,0
Camello	30,6	32,8	20,2	23,4	28,7	33,8	32,1	22,4
Amigo	58,5	61,0	46,4	64,9	61,0	55,5	56,2	66,4
Medico	1,1	1,2	0,7	-	1,5	1,3	1,1	-
Farmacéutico	0,2	0,3	-	-	0,2	0,2	0,2	0,7
Otros	1,6	1,7	1,3	2,6	1,1	1,6	1,4	3,9

Los cuadros XLIV y XLV muestran respectivamente el lugar preferente y ocasional de abastecimiento de las drogas ilegales, predominando en ambos casos la calle y los pisos particulares, y a mucha distancia los locales públicos, que en todo caso siguen siendo los lugares en los que se ejerce más control policial, aunque ciertamente entre los más jóvenes las discotecas comienzan a ocupar un lugar

CUADRO XLIV
LUGAR PREFERENTE DE ABASTECIMIENTO POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Bar/pub	8,7	9,1	6,8	5,8	8,4	8,5	8,5	13,1
Calle	42,4	43,1	38,8	52,3	44,6	43,1	41,2	31,4
Pisos partic.	40,4	39,5	44,8	25,6	35,1	41,7	43,3	49,0
Disco/boite	5,2	5,0	6,4	14,0	8,1	3,4	4,2	2,6
Otros	3,3	3,3	3,2	2,3	3,8	3,4	2,8	3,9

CUADRO XLV
LUGAR OCASIONAL DE ABASTECIMIENTO POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Bar/pub	11,6	12,3	7,8	15,9	9,9	12,1	12,3	9,3
Calle	42,5	42,6	42,0	45,1	44,3	42,2	40,2	44,7
Pisos partic.	37,5	36,3	43,9	26,8	35,1	39,1	40,7	34,0
Disco/boite	4,2	4,5	2,6	8,5	5,5	2,9	2,7	6,7
Otros	4,3	4,4	3,7	3,7	5,3	3,6	4,1	5,3

relevante. También aparecen algunas diferencias entre varones y mujeres, los primeros son más callejeros mientras que las segundas tienen una mayor tendencia a abastecerse en lugares cerrados.

En cuanto al suministrador preferente y ocasional, los cuadros XLVI y XLVII nos muestran su distribución por género y edad, ocupando en primer lugar el “traficante habitual” que puede ser un amigo, y de forma ocasional se recurre a “buscar” en la calle o en el ambiente, suponemos que cuando el “habitual” ha desaparecido o no tiene drogas. También de forma ocasional se convierten en traficantes, en especial los más jóvenes, lo que de nuevo nos evidencia su precocidad. También en el caso de las mujeres la pareja ocupa un lugar preferente como suministrador, mientras que a los varones apenas les suministra la pareja. Se reproducen así los roles de género, en el sentido de que las drogas no ocupan el lugar de los alimentos o las medicinas que compra la mujer sino que se refiere a un “asunto de hombres”, a una inversión importante que controla y realiza el varón.

CUADRO XLVI
SUMINISTRADOR PREFERENTE POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Traficante habitual	52,6	54,4	42,9	38,2	59,5	53,9	48,5	52,0
Tráfico propio	8,9	8,7	10,2	9,8	8,8	9,0	7,2	12,7
Sin punto fijo	12,4	12,6	11,6	10,9	11,7	13,3	12,3	12,7
Pareja	2,7	0,1	16,3	1,8	2,7	2,2	2,2	5,9
Amigos	22,5	23,6	17,0	34,5	18,9	20,4	26,9	19,6
Familiares	0,6	0,4	2,0	1,8	-	1,2	0,4	-
Otros	0,2	0,3	-	-	-	-	0,9	-

CUADRO XLVII
SUMINISTRADOR OCASIONAL POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Traficante habitual	32,0	33,2	25,4	27,3	32,5	31,2	33,7	31,6
Tráfico propio	10,0	9,5	12,7	15,9	9,4	12,0	8,3	5,3
Sin punto fijo	33,3	34,1	29,1	22,7	32,0	34,6	35,6	32,6
Pareja	2,0	0,4	10,4	9,1	3,0	1,0	1,0	2,1
Amigos	17,4	17,0	19,4	20,5	16,7	18,3	14,6	21,1
Familiares	2,2	2,4	1,5	4,5	3,0	1,3	2,4	2,1
Otros	3,1	3,4	1,5	-	3,4	1,7	4,4	5,3

CUADRO XLVIII
LUGAR HABITUAL DE CONSUMO DE LA DROGA MÁS UTILIZADA
POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Buscaba un lugar discreto	68,7	68,7	68,3	62,5	60,0	69,7	73,8	79,1
Me daba lo mismo	14,3	14,8	11,6	18,3	20,5	13,1	11,4	6,2
Me gustaba provocar	4,4	4,6	3,5	1,0	6,1	5,1	3,2	2,3
NS/NC	12,6	11,8	16,6	18,3	13,4	12,0	11,5	12,5

El último resultado de este apartado se refiere al lugar habitual de consumo, cuadro XLVIII, en el que se observa como sigue predominando ampliamente la discreción, aunque los exhibicionistas en sentido estricto parecen aumentar entre los varones de 20 a 24 años. Los más jóvenes en cambio a pesar de que son más transgresores a otros niveles en este tema adoptan una actitud muy pragmática y muy poco “rebelde”.

7.4.4.- HÁBITOS DE CONSUMO DE HEROÍNA.

En los cuadros siguientes¹⁵ aparecen una serie de resultados relacionados con el consumo de heroína, en el primero de ellos, cuadro XLIX, aparecen los hábitos de consumo de heroína en sentido estricto, confirmándose como ya decíamos en 1994 que se ha detenido la reducción del uso de la vía endovenosa que cayó espectacularmente a finales de los años 80 como consecuencia de la aparición de la infección por VIH. En parte esta estabilización, e incluso ligero repunte, de la vía endovenosa parece relacionarse con el cambio de hábito de aquellos que la fumaban y ahora comienzan a inyectarse, especialmente en la generación más joven que parece iniciarse en la heroína fumada pero que más tarde pasa a la inyectada.

CUADRO XLIX
FORMA HABITUAL DE CONSUMO DE HEROÍNA POR SEXO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Ninguna, no consumía	18,7	19,5	14,9	32,0	21,8	17,6	16,2	13,6
Fumada	31,6	31,1	33,9	42,0	34,8	29,1	30,0	31,0
Esnifada	4,5	4,1	6,4	4,5	3,4	4,2	4,5	9,2
Inyectada	19,5	20,0	16,9	6,0	11,0	22,2	25,9	24,1
Antes Inyec, ahora Fum/es	5,7	5,2	8,0	1,5	3,6	5,2	8,4	6,4
Antes Fum/Es, ahora Inyec	17,8	17,7	18,1	14,0	24,0	18,6	11,8	15,6
Indistinta	2,9	3,0	2,7	1,0	1,7	3,9	4,1	0,6
Otra	0,4	0,4	0,3	-	0,8	0,3	0,2	0,6

En todo caso sí parece haberse generalizado la idea de que compartir jeringuillas es extremadamente peligroso, no sólo por el VIH-SIDA, y ha bajado notablemente la proporción de aquellos que la comparten siempre, cuadro L, aunque se mantiene el ritual de compartirla a veces, aunque en menor medida entre los más jóvenes que de nuevo se muestran transgresores pero pragmáticos.

CUADRO L
USO DE LA JERINGUILLA POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Siempre compartida	1,6	1,6	1,8	2,1	1,2	1,7	2,1	0,6
Nunca compartida	38,8	39,7	34,2	32,0	44,6	39,9	33,6	34,7
A veces compartida	25,5	24,5	30,0	17,5	22,4	28,0	29,0	19,4
Antes si, ahora no	7,7	7,8	7,0	-	3,1	8,4	11,4	12,4
No usaba	26,5	26,3	27,0	48,5	28,7	22,0	23,9	32,9

En cuanto a las dosis regular y máxima de heroína utilizadas, cuadros LI y LII respectivamente cabe destacar los mismos elementos que en 1994 en relación al género, primero que se mantienen inalterables los niveles globales de dosis media, segundo que las mujeres consumen mayores dosis que los hombres y tercero, y esto es lo nuevo, que se consume regularmente lo mismo a todas las edades pero los más adultos han consumido, suponemos que de forma excepcional, mayores dosis máximas, mientras en los jóvenes dosis regular y máxima coinciden.

¹⁵Las cifras de "ninguna, no consumía" no son exactamente las mismas porque los ns/nc en cada una de las preguntas no son coincidentes.

CUADRO LI
DOSIS REGULAR DE HEROÍNA POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
No consumía	20,6	20,0	23,5	41,8	21,1	19,2	18,3	19,8
Menos de ½ gramo	32,8	34,1	26,8	25,3	34,7	30,7	35,5	33,3
½ gramo	23,0	23,2	22,0	21,1	21,9	24,4	22,0	23,9
1 gramo	11,1	11,2	10,3	4,3	9,2	11,7	13,6	11,4
1 ½ gramo	7,0	6,8	8,5	5,0	8,5	8,3	4,8	4,8
2 gramos	2,9	2,7	3,6	-	2,9	2,4	3,8	1,8
Más de 2 gramos	3,7	3,2	6,4	3,7	2,4	4,4	3,1	6,0

CUADRO LII
DOSIS MÁXIMA DE HEROÍNA POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
No consumía	17,2	17,5	15,5	46,2	16,1	14,0	16,7	17,1
Menos de ½ gramo	25,3	26,0	21,9	21,6	30,5	23,8	23,0	23,8
½ gramo	17,5	18,4	13,2	12,5	17,2	20,0	16,7	14,1
1 gramo	15,0	14,1	19,7	13,9	14,9	13,4	19,0	11,4
1 ½ gramo	6,2	6,1	6,4	0,4	5,1	8,5	5,0	7,0
2 gramos	7,4	6,5	11,4	1,9	8,9	6,5	7,3	11,7
Más de 2 gramos	11,9	11,3	11,9	3,3	7,2	13,9	12,3	16,9

7.5.- EL CONTEXTO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL.

7.5.1.- LOS INTENTOS PREVIOS DE DEJAR LAS DROGAS.

Se mantiene la misma proporción que años anteriores de intentos previos, al ingreso en el Proyecto Hombre objeto del registro en CEPH-95, de dejar las drogas, incluso se puede hablar de más intentos ya que se pasó desde un 82% en los años 90-92 al 87% de los años 94-95 lo que resulta coherente con el aumento de las edades medias de los ingresados. En todo caso en el cuadro LIII llama la atención que el grupo de mayores de 35 años arrojen menos intentos previos que los grupos que van de 25 a 34 años, quizás porque son drogodependientes viejos pero no tan viejos drogodependientes, —el cuadro XXXIX reafirmaría en parte esta idea—, lo que explicaría su comportamiento un tanto irregular, y muy distinto al grupo 30-34 años, a lo largo de todos los resultados de este informe. En todo caso el tema no parece muy claro por lo que no hemos hecho apenas referencias a esta cuestión.

CUADRO LIII
INTENTOS Y LUGARES PREVIOS DE DEJAR LAS DROGAS
POR GÉNERO Y EDAD (%)

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Lo intentaron	87,7	88,0	86,4	59,5	84,1	91,3	92,1	86,6
Con Profesionales	72,7	73,0	70,9	45,2	68,8	77,1	78,1	68,4
Media Profesionales	5,8	5,7	6,3	8,3	6,3	5,8	5,2	5,6
Sin profesionales	67,8	67,7	68,3	51,0	62,8	71,6	70,2	71,2
Media no Profesional	7,5	7,5	7,5	9,8	7,7	7,4	7,3	7,7
CD/Ambulatorio	33,9	34,9	28,8	13,5	29,1	36,8	39,1	33,3
PH (anteriores)	14,7	15,4	11,3	3,8	13,8	17,0	15,4	13,6
Consulta Particular	17,0	16,9	17,4	8,7	14,8	19,2	18,1	15,8
CCTT/Granjas	24,1	24,8	20,9	5,8	18,6	27,4	28,4	28,2
Desintoxicación H.	13,1	12,7	15,1	2,9	8,8	14,9	16,4	16,4
Otras	7,0	6,7	8,4	4,8	6,7	7,6	7,3	6,8

La proporción entre intentos profesionales y no profesionales sigue siendo, también, la de años anteriores, aunque no la media de veces con profesionales que ha aumentado considerablemente por la influencia del grupo de los más jóvenes, que parecen acudir a los recursos asistenciales con una frecuencia inusitada, lo que de nuevo confirma un pragmatismo que no renuncia a nada, ni tan siquiera a intentar dejar las drogas constantemente. En cuanto al lugar en el que han realizado tales intentos, hay que señalar que ha aumentado el número de los que ya lo habían intentado previamente en el *Proyecto Hombre*, mientras se mantienen igual los otros dispositivos salvo “consultas particulares” que baja ligeramente

7.5.2.- MOTIVACIÓN PARA INGRESAR EN EL PROYECTO HOMBRE.

En una posible doble respuesta, un 80,5% ha indicado quién le dió fundamentalmente la idea de ingresar en el *Proyecto Hombre* y un 45,3% ha señalado que alguien más contribuyó a reforzar la

idea. Los resultados aparecen en el cuadro LIV, con un absoluto predominio del ítem “familia”, al que acompaña la “iniciativa propia”, sin embargo ambas fuentes de motivación para el ingreso se invierten según la edad, de tal manera que a más jóvenes más importancia tiene la familia y menos la iniciativa propia mientras que en los adultos tiene más importancia la iniciativa propia y menos la familia.

De forma ya menos relevante aparecen, en segundo lugar otras figuras de referencia como “pareja”, “amigos”, “religiosos” y “antiguos residentes”, aunque en conjunto (56,9%) suman más que la iniciativa propia, destacando un lógico mayor protagonismo de la pareja para las mujeres y los más adultos. El último grupo lo configuran los servicios públicos y los profesionales (en un 9,9% la idea surge en el sistema judicial) confirmando la estructura general que se viene reiterando desde 1991, a partir del cual podemos afirmar que la dinámica de la motivación se articula más bien desde lo microsocioal, es decir lo cotidiano, lo inmediato y menos desde lo macro, es decir lo institucional.

En todo caso la creciente importancia del ítem “iniciativa propia” que en 1991 representaba apenas un 16% frente a un 49% de la familia y a un 40% de otros, vendría a decirnos que lo que ha aumentado, con la edad, es la conciencia de que se trata de una decisión personal aunque las presencias familiares y sociales siguen siendo igual de importantes.

CUADRO LIV
QUIÉN LE DIO LA IDEA DE INGRESAR EN EL PH POR GÉNERO Y EDAD
(Doble respuesta)

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Iniciativa propia	44,5	43,5	40,7	32,1	43,9	44,8	44,9	51,6
Familiares	61,9	62,9	56,8	93,4	69,6	64,0	54,5	39,0
Medios Comunicación	2,0	2,1	0,8	-	0,4	2,2	1,3	5,8
Centro Asistencia Social	6,4	5,6	10,8	-	5,5	4,8	9,3	10,3
Pareja	16,2	15,0	23,1	14,3	15,4	14,5	20,4	19,9
Centro sanitario	3,1	2,5	7,4	2,6	1,8	3,5	3,6	3,8
Amigos/as	19,6	19,1	22,3	16,5	19,4	18,0	22,9	18,7
Religioso/a	7,2	8,4	11,0	6,1	6,0	5,6	10,9	17,4
Juzgados	3,1	3,4	1,1	2,5	2,4	3,4	2,4	3,3
Médico o farmacéutico	11,6	11,5	11,7	6,3	12,2	13,0	9,8	4,5
Centro Penitenciario	6,8	7,0	5,2	2,5	7,7	6,6	6,7	4,0
Antiguos residentes	13,9	14,1	11,1	16,6	11,7	15,8	10,6	18,6
Otros	3,0	3,0	3,0	6,3	3,7	2,5	3,2	0,7

Esta misma visión se refuerza si observamos los “motivos” por los que se decidió a empezar el programa, en el cuadro LV aparecen las respuestas de un 83,3% que informan sobre algún motivo acumulados a las respuestas de un 52,5% que adujo un motivo secundario, pues bien el motivo principal se refiere a “haber tocado fondo” seguido de los “problemas familiares”, reiterándose aquí la inversión que ya veíamos en el cuadro LIV, siendo los problemas familiares más importantes para los más jóvenes y el haber tocado fondo para los adultos. tendríamos así una imagen de jóvenes que

acuden al programa por una determinada “situación” familiar y de adultos que acuden más al programa por iniciativa propia porque sienten que han tocado fondo. Obviamente los índices de retención y los resultados de unos y otros son muy distintos.

Además cruzando, en los casos de doble respuesta, aquellos que alegan un motivo distinto a haber tocado fondo vemos como un 72% de ellos incluye este “*haber tocado fondo*” en su respuesta, es decir se produce una retroalimentación entre la “maduración” de la drogodependencia, la emergencia de más y mayores problemas a todos los niveles y la propia motivación. Esto ocurre en ambos sexos y en todas las edades, salvo en el grupo 15-19 años para los que este factor de “maduración” apenas existe.

En todo caso las problemáticas aisladas, económicas, laborales, legales, sanitarias, etc... tienen mucho menos importancia que el concepto global de tocar fondo que las incluiría a todas.

CUADRO LV
MOTIVOS PARA EMPEZAR EL PROGRAMA POR GÉNERO Y EDAD
(Doble respuesta)

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Motivos económicos	7,3	6,8	9,5	12,2	6,2	7,5	5,1	12,0
Problemas laborales	4,5	4,9	2,4	3,6	2,1	4,5	5,4	8,1
Problemas familiares	53,4	54,7	46,3	68,6	56,5	52,5	50,8	45,1
Problemas legales	9,5	9,9	6,7	11,7	9,7	9,5	9,3	9,3
Trastornos físicos	7,3	7,4	6,4	13,2	4,2	7,1	8,1	11,0
Trastornos psíquicos	10,8	11,3	7,8	18,7	10,4	7,8	11,2	10,3
Contacto PH prisión	5,4	5,4	5,4	5,0	4,9	5,4	5,0	6,8
Rechazo social	11,1	10,7	13,2	10,6	13,5	11,2	10,0	7,4
Haber “ <i>tocado fondo</i> ”	72,9	71,9	67,5	43,7	69,6	75,0	76,9	77,1
Otros	18,1	16,9	24,4	11,7	23,4	16,9	18,0	13,6

Cabe finalmente mencionar que un 14,9% de las motivaciones tienen su origen en el sistema judicial, con un importante crecimiento en relación a años anteriores, tema sobre el que volveremos más adelante.

7.5.3.- DROGAS EN LA FAMILIA DE ORIGEN.

El posible consumo habitual de cada droga en la familia de origen, o en la pareja, sigue en la línea de años anteriores, así se manifiesta que tanto el padre como la madre son consumidores habituales de alcohol en una proporción bastante elevada y lo mismo ocurre con la pareja, hermanos y otros familiares. En cuanto a las drogas ilegales la proporción de consumo habitual, en especial si corregimos los datos por el número medio de hermanos y el hecho, o no, de tener pareja, nos sitúan en parámetros que quintuplican en consumo de inhalantes, heroína y cocaína en la población general. Al margen de los datos contenidos en el cuadro LVI conviene destacar que para el caso de la heroína, cocaína y hachís, si aislamos la variable mujeres la proporción de parejas usuarios habituales de estas drogas se aproxima al 50%, lo que viene a confirmar la importancia del efecto contaminador

de la pareja para las mujeres, al tiempo que reitera el papel esencial de la historia de consumo intrafamiliar para explicar la dependencia de algunos de sus miembros, aunque los resultados recogidos en el cuadro LVI también nos dicen que esta no es una condición aislada, sino que otros factores, por ejemplo el

CUADRO LVI
CONSUMO HABITUAL DE CADA DROGA POR LOS FAMILIARES INDICADOS

	PAREJA	PADRE	MADRE	HERMANO	OTROS
Alcohol	19,4	11,4	8,8	14,5	7,4
Inhalantes	2,4	-	0,1	0,5	0,1
Hachís	2,2	0,5	0,1	11,7	4,6
Anfetaminas	1,8	-	0,1	2,1	0,6
Barbitúricos	1,0	0,1	0,5	2,6	0,6
Heroína	4,4	0,2	0,1	9,3	5,4
Cocaína	4,8	0,4	0,4	7,4	4,3
Speed	2,1	-	-	2,0	0,5
Alucinógenos	0,6	-	-	1,4	0,5
Metadona	0,4	-	-	1,2	0,2
Éxtasis	0,5	-	-	1,4	0,5
Crack	0,4	-	-	0,9	0,1
Otras	0,2	-	-	0,2	0,1

estilo de vida generacional o la oferta de drogas, los que en última instancia determinan la adicción, o al menos el tipo de adicción, con mayor fuerza que las variables intrafamiliares.

En todo caso siendo el alcohol la droga que arroja mayores cifras de consumidores habituales entre la familia del drogodependiente, podemos completar la información con la proporción de tales familiares que tienen o han tenido en algún momento de sus vidas problemas con el alcohol, según el género y edad del drogodependiente. Las cifras sobre “problemas” con el alcohol del cuadro LVII comienzan por mostrar ciertas contradicciones con “consumo habitual” de alcohol que refleja el cuadro LVI, ya que de entrada la proporción de padres que tienen (12%) o han tenido (el 15% restante hasta llegar al 27%) problemas con el alcohol supera ampliamente el número de bebedores habituales, esencialmente porque en la cifra total de padres con problemas seguramente hay una mayoría de exalcohólicos o al menos exbebedores problemáticos, pero la cosa se complica en el caso de las madres donde hay más bebedoras habituales que mujeres que tengan o hayan tenido problemas con el alcohol. En el informe de 1994 ya relacionábamos la diferenciación en la proporción entre padres/madres bebedoras habituales según sexo del hijo a la distinta vinculación del rol público/privado de padres y madres, es decir el consumo de alcohol, — y los problemas que ocasiona—, se expresan pública y en ocasiones de forma inconsciente en el caso de los varones, mientras que las mujeres lo manifiestan con una mayor frecuencia en el ámbito de lo privado.

Esta dinámica público/privado podría explicar el hecho de que las familias de las mujeres drogodependientes están mucho más afectadas por los problemas de alcohol que las de los varones, o mejor dicho, las mujeres conocen mucho mejor este hecho, lo que nos llevaría a sostener que las declaraciones de los varones minusvaloran este hecho, es decir no saben o no saben apreciar la existencia de tales problemas en el seno de la familia, pero también que puede que en España haya una mayor proporción de mujeres to-

xicómanas que las que aparecen en los registros de demanda asistencial, lo que a su vez nos conduciría a lanzar la hipótesis que la verdadera “población oculta” de toxicómanos está formada por mujeres y que además en aquella área geográfica formada por las Comunidades Autónomas en las que la proporción de mujeres que solicitan atención terapéutica es muy baja, y que hemos atribuido a un factor de tipo cultural, dicho factor no sólo opera en el sentido de que hay efectivamente menos proporción de drogodependientes mujeres sino también en el sentido de que estas permanecen más ocultas.

En cuanto a la edad sólo se observa que los más jóvenes tienen más hermanos y madres con problemas con el alcohol mientras que los más adultos referencian problemas de padres y parejas lo que resulta coherente con la evolución de los riesgos por el paso del tiempo.

CUADRO LVII
FAMILIARES QUE TIENEN O HAN TENIDO PROBLEMAS
CON EL ALCOHOL POR GÉNERO Y EDAD

	TOTAL	VARON	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Pareja	7,2	4,7	18,1	5,0	4,0	13,7	9,4	5,6
Padre	27,1	26,4	41,7	26,3	26,3	28,5	23,5	30,0
Madre	6,3	5,5	9,7	6,8	5,7	6,3	6,0	3,8
Hermanos	16,0	14,8	21,4	19,7	15,9	16,0	15,2	15,3
Otros	21,3	21,3	21,2	50,0	18,5	23,1	21,3	7,9

Para completar esta visión tenemos en el cuadro LVIII los datos de los familiares que han estado en tratamiento aunque sin distinguir alcohol y drogas ilegales. Los resultados nos complican bastante el análisis, tanto por lo elevado de las proporciones, especialmente para el caso de las madres, como por la complejidad para interpretarlos. De entrada resulta obvio que las cifras disparan las de la población general para las edades tipo, tanto en lo relativo a los padres como a la pareja y los hermanos. En el primer caso, los padres, no se conocen los datos, pero las estimaciones que suelen realizarse desde las redes de salud mental, coincidentes con las encuestas de población general, raramente indican demandas asistenciales por alcohol o drogas ilegales superiores al 4% para los varones y al 1% para las mujeres entre los mayores de 40 años, en el segundo caso, pareja y hermanos, sabemos que menos del 1% de la población menor de 40 años ha seguido algún tipo de tratamiento por drogas o alcohol.

CUADRO LVIII
FAMILIARES EN TRATAMIENTO (ALCOHOL
O DROGAS) SEGÚN SE HAYA DADO EN EL
PH O EN OTRO DISPOSITIVO

	TRATAMIENTO	EN PH	EN OTRO PROGRAMA
Pareja	21,0*	14,6	6,4
Padre	13,7	1,4	12,3
Madre	12,6	0,8	11,8
Hermano	4,0*	2,0	2,0
Otros	7,5	3,9	3,6

(*) Reelaboración en base a los que tienen pareja y número total de hermanos

Por tanto se reafirma la idea de un ambiente familiar especialmente contaminado por el alcohol y las drogas, en el que aparecen una serie de rasgos conocidos, como las parejas, los hermanos mayores o los padres alcohólicos, pero también otro un tanto novedoso, la madre, cuyo dispositivo de re-

ferencia, o al menos al que han acudido en busca de tratamiento, lo constituyen los Centros Ambulatorios, suponemos que la red de Salud Mental.

En cuanto a los padres varones, la mayoría con problemas de alcoholismo, han acudido básicamente a las asociaciones de autoayuda de exalcohólicos, mientras que el propio *Proyecto Hombre* recoge a muchas parejas y hermanos seguramente con problemas de drogas ilegales.

7.5.4.- PROBLEMAS CON LA JUSTICIA.

En el cuadro LVIX aparece el reflejo más contundente de la conflictiva historia de unos adolescentes que el sistema escolar no fue capaz de socializar, más de un 15% pasaron por los juzgados de menores y un 6,6% fueron internados en centros de menores, una cifra ligeramente superior a años anteriores, quizás porque el grupo 15-19 años arroja cifras muy elevadas, añadiendo al perfil que ya hemos establecido para este grupo de un mayor fracaso escolar, de una más temprana exclusión de la escuela y de mayores dificultades para integrarse en el ámbito laboral, una intensa relación con las instituciones de control social. Lo que equivale a decir que el mayor grado de participación e integración social de la “vieja generación” de drogodependientes les llevaba a una carrera de desviación centrada en la heroína, mientras que la nueva generación parece situarse en una mayor proporción en una carrera de desviación antes de llegar a la heroína o al menos a la drogodependencia.

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Junta menores	15,6	16,7	10,9	32,7	17,0	15,7	13,1	11,1
Interno centro	6,6	6,7	6,0	8,2	8,3	6,9	5,3	4,1

El mapa de las incidencias policiales y judiciales del cuadro LX nos confirma este aserto, los más jóvenes se aproximan, y a pesar de que sólo dos de cada tres tenían la mayoría de edad al ingresar en el *Proyecto Hombre*, a las cifras de detenciones y media de detenciones de los adultos, es decir, si sólo consideramos a los de 18 y 19 años han sido detenidos un 42% en estos dos años mientras que los adultos, para arrojar cifras similares necesitaron más de doce años de mayoría de edad y quince desde que entraron en “el mundo de la droga” (cuadro XXXVII). Obviamente los más jóvenes han estado menos veces en la cárcel, por menos tiempo y casi siempre como preventivos, pero su marca de salida está en una calle mucho más adelantada que la “vieja generación”.

De una forma más global se puede comprobar como se mantiene estable el perfil delincucional, con un tercio de ingresados que en 1994 llamamos “íntimos de la policía y el sistema judicial”, aunque en 1995 la proporción de los que han estado en prisión descende ligeramente, aunque han permanecido más meses y en

CUADRO LX
INCIDENCIA POLICIAL Y JUDICIAL

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Detenidos (%)	38,7	38,5	39,5	30,7	32,5	38,9	45,0	40,1
Media detenciones	11,2	12,2	6,6	7,8	8,8	12,7	12,3	9,9
Prisión (%)	19,4	20,0	17,1	10,5	12,4	18,8	25,9	30,5
Media veces prisión	3,2	3,4	2,3	1,3	2,5	3,9	3,5	2,8
Meses prisión	20,4	20,8	18,5	2,3	8,4	24,0	25,1	19,9
Como preventivo	46,0	45,6	48,3	90,9	66,7	38,7	39,4	42,6
Como penado	12,3	12,5	11,7	-	4,5	10,5	15,0	20,4
Como ambos	36,7	40,7	36,7	9,1	25,8	49,2	44,9	35,2

un mayor número como penados. Un último y nuevo elemento de interés lo constituye la práctica equiparación de varones y mujeres en este tema. Todo ello como consecuencia de la continuidad de los programas de prisiones y de contacto con el sistema judicial. En todo caso parece que la tendencia hacia la especialización con este tipo de drogodependientes por parte del *Proyecto Hombre* ha producido un elemento paradójico que acentúa la dualización judicial del colectivo. El cuadro LXI muestra el número de "casos judiciales" que ingresaron en el *Proyecto Hombre* entre 1992 y 1995, con una clara tendencia al incremento, lo que contrasta con la

CUADRO LXI
EVOLUCIÓN DE CASOS CON PROBLEMAS CON LA JUSTICIA ATENDIDOS POR EL PROYECTO HOMBRE (1992-1995)

	1992	1993	1994	1995
1. Reingresos prisión casos trata.	51	65	97	106
2. Atenuante analógica y similares	424	411	519	613
3. Aplicación 93 bis del CP	36	28	35	46
4. Aplicación art. 57.1 y símil del RP	64	141	250	361
TOTAL 2+3+4	524	580	804	1.126

Fuente: Memorias PH 92-95

estabilización de incidencias judiciales que muestra el cuadro LX. ¿Se trata de una contradicción? En absoluto, ya que el número total de casos judiciales que ingresa en el *Proyecto Hombre* (un 22,7% de los internos, cercano a la

cifra que aparecía en el cuadro LV) aún está lejos del 40% de ingresos con incidentes judiciales, pero significa que **la población de "drogodelincuentes" cada vez está más controlada por el sistema judicial.**

Finalmente cabe reseñar, cuadro LXII (% sobre los que contestan), que han aumentado el número de casos sin antecedentes penales al tiempo que lo hacen los que tienen juicios pendientes, confirmando la tendencia hacia la dualización que señalábamos en 1994, especialmente en el grupo 15/19 años, que se formaría utilizando la terminología de 1994 tanto de "ajenos" como de "íntimos" al sistema judicial, mientras que los meros "conocidos" tenderían a desaparecer. ¿Quiénes son los primeros? pues los que han abandonado antes el sistema escolar, los que no han trabaja-

CUADRO LXII
ANTECEDENTES PENALES Y JUICIOS PENDIENTES

	TOTAL	VARÓN	MUJER	15-19	20-24	25-29	30-34	35-40
Sin antecedentes	47,0	45,0	56,2	63,4	50,2	47,3	41,6	48,0
Con antecedentes	48,1	50,4	38,2	36,6	41,6	49,1	54,2	48,0
Con juicios pendientes	35,2	36,5	26,9	39,1	40,3	34,6	33,5	24,5

do nunca, los que comenzaron muy jóvenes con las drogas, han estado en instituciones de menores y los que consumen muchas anfetaminas, crack, cocaína y heroína. ¿Quiénes son los segundos? los que abandonaron más tarde los estudios, aunque repitieron cursos, consumen mucho alcohol, éxtasis y “barbitúricos”, se abastecen en discotecas y no comparten jeringuillas.

7.6.- ALGUNAS CLAVES PARA LA REFLEXIÓN.

El análisis de los datos del *Proyecto Hombre* correspondientes al año 1995 nos ha proporcionado un conjunto de elementos sobre los que parece posible proponer, a modo de conclusión, una serie de reflexiones, que quizás nos ayuden a despejar algunas incógnitas.

Tales reflexiones tienen que partir necesariamente de la compleja situación, encrucijada la hemos llamado en el título, que vive la oferta asistencial hacia los drogodependientes en España, debida en una gran medida a la estabilización de la demanda asistencial que tras una década de permanente crecimiento parece “tocar techo” en 1993. Pero además este es el año en el que se inician los Programas de Reducción de Riesgo que, en el caso de España y en el contexto de la estabilización de la demanda asistencial, implican atender no tanto a “nuevas poblaciones” como a los drogodependientes que ya estaban en contacto con la red asistencial de Programas Libres de Drogas.

Pero además, lo que quizás explique la retracción de la demanda, en este mismo periodo las encuestas y otros indicadores e informaciones parecen señalar que entre los menores de 20 años se han producido cambios substanciales, tanto en lo relativo a las drogas consumidas, como a los hábitos de consumo y a los perfiles de los usuarios, de tal forma que se ha generalizado el supuesto de que emergía una nueva generación de drogodependientes cuyas características aconsejaban un cambio en las prácticas asistenciales.

Como consecuencia de todo ello los Programas Libres de Drogas han adoptado en España diferentes estrategias, hay quien se ha limitado a mantener su modelo de trabajo sin admitir ninguna variación, otros se han abierto a la colaboración con los Programas de Reducción de Riesgo y finalmente algunos han iniciado experiencias tendentes a determinar cuál era la intervención adecuada con los nuevos jóvenes consumidores de drogas. En el caso del *Proyecto Hombre*, aunque se hayan producido algunas iniciativas en relación a los Programas de Reducción de Daños, ciertamente el esfuerzo mayor se ha realizado hacia los que coloquialmente han sido llamados “los jóvenes”.

Tal esfuerzo ha supuesto que en 1995 haya aparecido un grupo importante de jóvenes consumidores que no sólo han entrado en contacto con el *Proyecto Hombre* sino que se han mantenido en el Programa a pesar de los bajos índices de retención que suelen arrojar los drogodependientes muy jóvenes o muy recientes. Aislado estadísticamente tal grupo y comparado con el de los drogodependientes adultos, cuyas características son las mismas que en años anteriores, podemos introducir tanto para el debate como para el replanteamiento de las prácticas asistenciales, algunos resultados, hipótesis o comentarios sobre el tema de los jóvenes, que pensamos pueden ser de utilidad.

La primera cuestión, aunque quizás no la más importante, se refiere al cambio en los hábitos de consumo, entre los que se comprueba que efectivamente la heroína ha perdido el papel esencial que tuvo hasta muy recientemente, pero esto no significa que otra droga la haya sustituido en su papel central. Ni la cocaína, ni las anfetaminas, ni las nuevas drogas de diseño ni tan siquiera el alcohol sustituyen a la heroína, simplemente se ha producido una mayor diversificación en los consumos, han aparecido nuevos productos en el supermercado de las drogas y la politoxicomanía se ha sofisticado. La diversificación implica además que, en primer lugar, siguen existiendo heroinómanos en el sentido clásico del término, en segundo lugar que hay consumidores más o menos frecuentes de heroína pero que no sitúan esta droga en el centro de sus intereses y finalmente, en tercer lugar, que un número creciente de drogodependientes no consumen heroína.

Por tanto la heroína no “se acaba” sino que, globalmente, pasa a ocupar otro lugar, un lugar equivalente al que ocupan la cocaína, las anfetaminas y el alcohol y que también parece que van ocupando las nuevas drogas de síntesis. Eso no significa que entre los jóvenes no vayan a aparecer “heroinómanos” más o menos politoxicómanos, todo lo contrario existirán de la misma manera que existen personas que son básicamente dependientes a la cocaína, al hachís, a las anfetaminas o alcohólicos. Pero todos ellos se van configurando como grupos más o menos importantes en un contexto general de estricta politoxicomanía, es decir en un contexto en el que la droga de referencia es mucho más relativa o al menos bastante errática.

La segunda cuestión, y esta si nos parece más importante, se refiere a la dinámica psicosocial en la que se insertan estos jóvenes consumidores, cuya extracción social resulta, también, de lo más variada, pero que tienen en común un temprano fracaso y exclusión del sistema escolar y una imposibilidad para integrarse, aunque sea mínimamente, en el mundo laboral.

Debemos aclarar que tal situación no parece responder a factores endógenos o mejor dicho a particularidades intrínsecas de esta nueva generación, sino a las condiciones escolares y laborales que se han producido por la hegemonía cultural y la aplicación de políticas de tipo neoliberal, en cuya eficiencia económica no queremos entrar, pero que producen un mayor nivel de exclusión para unos adolescentes conflictivos que comienzan a consumir drogas. El hecho de que el sistema escolar se haya vuelto más rígido y “elimine” de su seno a estos adolescentes, a pesar de que las reformas educativas y los programas de prevención hayan apuntado explícitamente en sentido contrario, escenifica muy bien el “espíritu” de eficacia y competencia, —y eliminación de los riesgos que lo amenacen—, que preside un proceso formal de socialización que reniega de su función esencial, educar e integrar socialmente, para cumplir objetivos meramente económicos.

Obviamente cuando estos jóvenes llegan a un lugar de resocialización como el *Proyecto Hombre* no son meros drogodependientes, son también, y tengan la edad que tengan, adolescentes excluidos, que deben recuperarse, no sólo de las pérdidas ocasionadas por las drogas, sino también de la falta inicial de cualquier proyecto de vida y de la percepción, muy exacta y objetiva, de que no han tenido ninguna posibilidad para formularse.

La tercera cuestión se refiere al hecho de que estos mismos jóvenes no se han liberado del espíritu “pragmático” que va configurando nuestra realidad cultural, aunque este haya sido el mecanismo de su exclusión social, de tal forma que lo reproducen en sus relaciones con las drogas, así evitan más los riesgos, las situaciones conflictivas que no les compensen, utilizan mucho los recursos asistenciales, delinquen con seguridad y seguramente optimizan, negocian y valoran según sus intereses particulares las ofertas asistenciales, lo que obliga a pensar en ofertas asistenciales acordes a demandas limitadas.

Una última cuestión, la cuarta y la menos relevante por ahora, se refiere al hecho de que alguno de estos jóvenes ya son miembros de familias afectadas por problemas de drogas en la generación anterior, es decir hasta ahora los drogodependientes en España se sentían parte de un grupo de pares en los que las drogas, salvo el alcohol, representaban una seña de identidad frente a los adultos, pero los nuevos jóvenes consumidores pueden ya ser hijos de consumidores adultos por lo que las drogas dejan de ser un indicador de identidad generacional para convertirse en un vínculo familiar, algo inédito en nuestro país aunque muy común en otros.

MEMORIA 1995

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

CONSEJO DE EDICIÓN:

Comisión de Centros de Estudio y
revista "Proyecto"

RESPONSABLE DE EDICIÓN:

Lino F. Salas (director "Proyecto")

COORDINADOR:

Pío Santos (Pte. Com. Centro Estudios)

CORRECCIÓN ESTILO:

Tomeu Blanch (revista "Proyecto")

INFORMÁTICA:

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

DISEÑO GRÁFICO:

Rosaura Marquínez (revista "Proyecto")

MAQUETACIÓN:

Francisca Bonet (revista 'Proyecto')

Lluís Cerdó

IMPRESIÓN:

I.G. Afanias (Madrid)

ENCUESTAS:

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

FOTOGRAFÍAS:

Archivo revista "Proyecto"

SEDE LEGAL:

c/ Martín de los Heros, 68

28998 Madrid

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

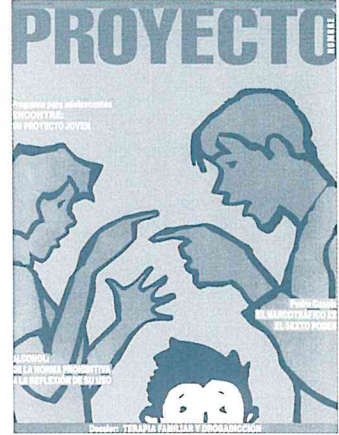
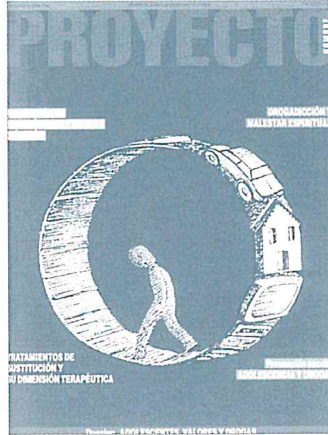
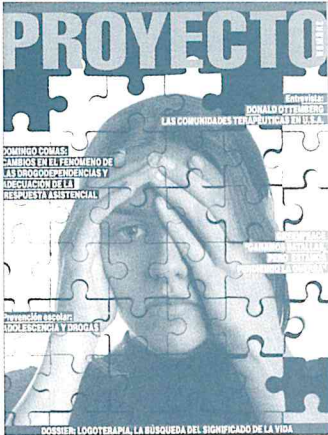
SECRETARÍA::

c/ San Leonardo 8, 1º derecha

28015 Madrid

Tel.: (91) 542 16 47. Fax: 542 18 67

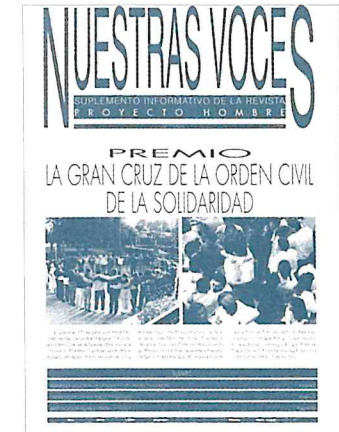
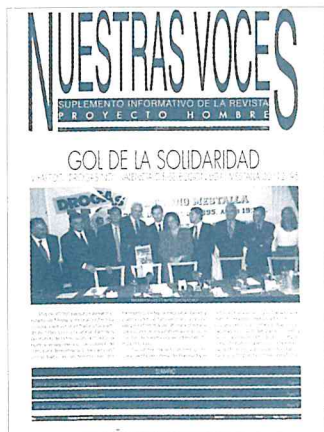
REVISTA Y SUPLEMENTO TRIMESTRAL DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



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

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

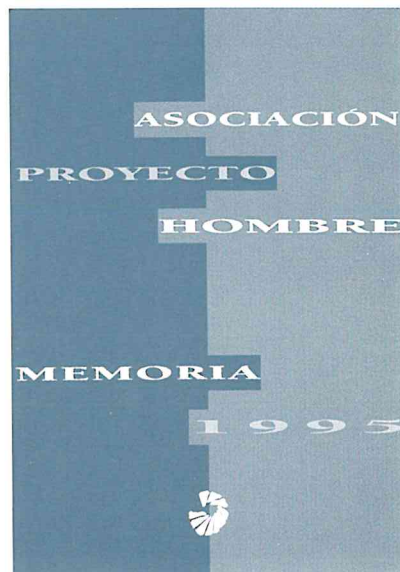
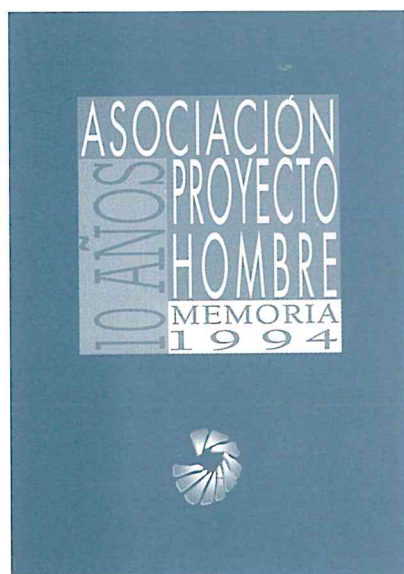
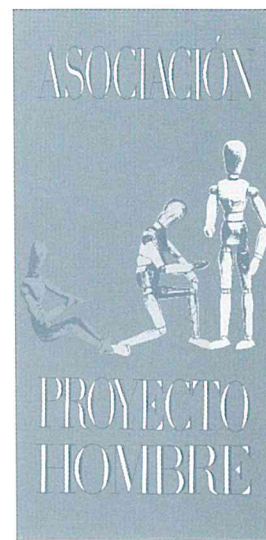
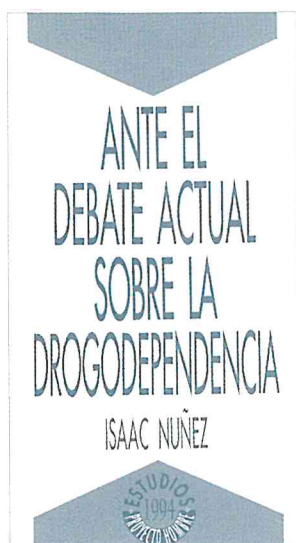
PARA SUSCRIBIRSE: Diríjase a la c/ San Leonardo 8, 1º dcha, 28015 Madrid..
Tel. (91) 542 16 70. Fax 542 18 67



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 presentadas en el I Congreso (Vitoria) 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 Y 1995: 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 GIJÓN.
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.

BARCELONA:

Riera de Sant Jordi
08390 MONTGAT (Barcelona)
Tf.:(93) 469 32 25.

BILBAO:

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

BURGOS:

c/Palma de Mallorca 3º 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 LÍNEA
Tl.: (956) 17 47 88

CANARIAS:

c/Pedro Doblado Claverie, 3ª 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. Martín 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: 22 74 15.

JEREZ:

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

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.

MURCIA:

P. del Beato Hibernón, 4
30001 MURCIA
Tf.:(968) 24 58 60. Fax: 24 58 60.

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.: VALLADOLID, JAÉN

Secretaría 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