



INFORME 2017

**Estudio y Análisis del fenómeno de
las adicciones en Canarias**

**PROYECTO HOMBRE
CANARIAS, FUNDACIÓN
CANARIA C.E.S.I.C.A**

MEMORIA 2017

PRODUCCIÓN, REDACCIÓN Y DISEÑO:

CENTRO DE ESTUDIOS

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN

PROYECTO HOMBRE CANARIAS

FUNDACIÓN CANARIA C.E.S.I.C.A.

CONTACTO:

MARÍA PADRÓN

TEL 922661020

RRSS@PROYECTO HOMBRE CANARIAS.COM

WWW.PROYECTO HOMBRE CANARIAS.COM

SÍGUENOS:

 **@PROYECTO HOMBRE CANARIAS**

 **@PHCANARIAS**

You 

SANTA CRUZ DE TENERIFE

C/ PEDRO DOBLADO CLAVERIE 34

38010

TEL 922 661 020 FAX 922 670 069

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

C/EUFEMIANO JURADO N° 5

35016

TEL 928 330 140 FAX 928 330 148

WWW.PROYECTOHOMBRECANARIAS.COM

Gracias

*A todas las personas que
honoran parte de
este proyecto*

*A las entidades y
empresas que colaboran*

*A las instituciones que
nos apoyan*



PRESENTACIÓN

PRESENTAMOS LA MEMORIA INSTITUCIONAL DE PROYECTO HOMBRE 2017, HACIENDO UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS DISTINTOS PROGRAMAS QUE DESARROLLA PROYECTO HOMBRE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS: PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN ADICCIONES, ASÍ COMO, EL PERFIL DE LAS PERSONAS QUE HAN SOLICITADO TRATAMIENTO EN LOS CENTROS DE AMBAS PROVINCIAS, LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO Y FUERA DE LOS RECURSOS ANTES MENCIONADOS Y LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR ÁREAS Y PROGRAMAS.

Nuestra propuesta de abordaje biopsicosocial, para la PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS ADICCIONES en CANARIAS, tiene como el objetivo dar continuidad a al trabajo actual, pero también desarrollar nuevas líneas estratégicas, desde la formación y la adquisición de hábitos de vida saludables, como criterios claves en la MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA de las personas.

Durante el periodo 2017 hemos mantenido nuestra estrategia de COMUNICACIÓN CORPORATIVA, tanto con presencia web, como en redes sociales, dónde hemos podido difundir nuestro trabajo, sensibilizar y sobretodo, utilizar las TIC'S para acercarnos a las personas y facilitar el acceso a los recursos de ayuda.

Además, hemos presentado nuestra metodología de trabajo con unas **JORNADAS FORMATIVAS: APROXIMÁNDONOS AL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES EN CANARIAS**, en colaboración con CICCA ACCIÓN SOCIAL BANKIA.

Con esta acción hemos sensibilizado a casi 100 profesionales de distintas instituciones de la isla de Gran Canaria, favoreciendo un trabajo coordinado y de red. Además de haber supuesto para los y las profesionales de Gran Canaria, un trabajo en equipo dirigido a presentarse profesionalmente a la red asistencial y sanitaria, y abrir las puertas de nuestros centros y metodología de trabajo.

JORNADAS APROXIMÁNDONOS AL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES EN CANARIAS

LUNES 27 DE
NOVIEMBRE
9.00- 14.30
INSCRIPCIÓN
GRATUITA

CENTRO DE INICIATIVAS DE
LA CAJA DE CANARIAS
CICCA
ALAMEDA DE COLÓN 1-35002
LAS PALMAS
MÁS INFO: 922661020
RRSS@PROYECTO HOMBRE
CANARIAS.COM

PROGRAMA

9.00h Apertura: aproximándonos a los datos

9.30 -11.30 Comunicaciones sobre INTERVENCIÓN EN
ADICCIONES, Un abordaje biopsicosocial

11.30-12.00 break

12.00- 14.30 Comunicaciones sobre PREVENCIÓN DE
CONSUMO Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES,
INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES VULNERABLES

www.proyectohombrecanarias.com

ORGANIZAN:



CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE PROGRAMA SOCIALES, GRACIAS A LOS PROCESOS DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN INCIADOS EN LOS CENTROS JUNTO CON LOS EQUIPOS PROFESIOANLES, NOS HA PERMITIDO INICIAR EN 2018 UN NUEVO

DISEÑO DE EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS, CON UNA ESTANDARIZACIÓN DE OBJETIVOS DE RENDIMIENTO, RESULTADOS DE IMPACTO Y SATISFACCIÓN.

Durante 2017, se cerró el **INFORME EJECUTIVO DE EVALUACIÓN: PROGRAMA NOVA**, que además de publicarse a nivel nacional, se presentó a la red asistencial y sanitaria en las Jornadas Aproximándonos al Fenómeno de las Adicciones en Canarias.

El informe en el apartado de I+D Centro de Estudios, se presenta un resumen de los resultados obtenidos en la evaluación, así como propuestas de mejora y modelos lógicos.

DESDE EL PROGRAMA DE VOLUNTARIADO SOCIAL, ESTE AÑO SE HA FORMADO AL VOLUNTARIADO EN PERSPECTIVA DE GÉNERO, CON EL OBJETIVO DE SENSIBILIZAR Y FORMAR SOBRE CÓMO AFECTA LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS GÉNEROS, Y EN PARTICULAR, EN LAS ADICCIONES. ADEMÁS, ESTA FORMACIÓN SE HA HECHO EXTENSIVA A LOS Y LAS PROFESIONALES, QUE ACUDIERON A LOS TALLERES FORMATIVOS Y A LAS PERSONAS USUARIAS DE CENTROS RESIDENCIALES.

La experiencia ha sido bastante enriquecedora, y facilitadora por parte de la Asociación de Mujeres, Solidaridad y Cooperación; que fueron las docentes de los talleres.

Nos ha servido para reflexionar sobre nuestro papel como profesionales, en la deconstrucción de patrones de género machistas y sexistas en los centros.



COORDINADORES Y COORDINADORAS DE VOLUNTARIADO, ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE MADRID

Además, a *nivel nacional* también se ha apostado por la formación en GÉNERO, con las Jornadas para Coordinadores/as de Voluntariado sobre GÉNERO Y VOLUNTARIADO, haciendo un trabajo introspectivo sobre nuestros patrones de género y la posibilidad de cambiarlos, desde un trabajo personal de deconstrucción.

DURANTE EL 8 DE MARZO DE 2017, PROYECTO HOMBRE SE SUMÓ AL PARO INTERNACIONAL PARA VISIBILIZAR Y DENUNCIAR LAS VIOLENCIAS MACHISTAS, Y DESDE TODOS LOS CENTROS DE LAS ISLAS SE LEYÓ UN MANIFIESTO, DÓNDE EXIGÍAMOS LA VISIBILIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE INJUSTICIA HACIA LAS MUJERES EN EL MUNDO, ASÍ COMO LA INVISIBILIZACIÓN DE LAS MUJERES CON ADICCIONES DESDE LOS RECURSOS.



EQUIPOS DE PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN, VOLUNTARIADO Y ADMINISTRACIÓN, CENTRO DE DÍA GAROÉ- GRAN CANARIA

Fueron parones emotivos para todos los equipos de trabajo, que diariamente trabajan con mujeres con adicciones que además, han sido víctimas de violencias machistas, tanto desde su ámbito relacional y familiar, como desde el proxenetismo y prostitución.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A DE LAS ADICCIONES SIGUE SIENDO FUNDAMENTAL, PARA FACILITAR A LAS MUJERES EL ACCESO A LOS RECURSOS DE MANERA IGUALITARIA.

DURANTE ESTE AÑO HEMOS SEGUIDO APOSTANDO POR LA FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO, PARA PODER ADAPTAR LOS ITINERARIOS Y LA INTERVENCIÓN HACIA LAS MUJERES, ASÍ COMO LA FLEXIBILIZACIÓN Y FEMINIZACIÓN DE LOS CENTROS.

LOS RESULTADOS SOBRE LA **INCIDENCIA DEL CONSUMO EN LAS ISLAS SIGUEN SIENDO PREOCUPANTES**: PATRONES DE CONSUMO DIARIO DE SUSTANCIAS Y EL ABUSO DEL ALCOHOL, UNIDO A LA INCIPIENTE PRESENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS; ADEMÁS DE LOS ELEVADOS PORCENTAJES DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA O PROXENETISMO, HACEN QUE TENGAMOS QUE INVERTIR CADA VEZ MÁS EN EL **ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD**, PARA PODER OFRECER Y GARANTIZAR UN ABORDAJE INTEGRAL Y DE CALIDAD A LAS PERSONAS.

Además se nos plantea el reto del individualismo y la falta o pérdida de redes sociales de apoyo, que provoca que aparezcan perfiles prácticamente sin posibilidades de realizar un programa con apoyo o seguimiento familiar/social; tan importante en los trastornos de conducta; al mismo tiempo, que el "concepto de familia" como dispensadora de cuidados va teniendo otro papel en los centros.

CON RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON COLECTIVOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL, SEGUIMOS APOSTANDO POR EL MODELO DE CENTRO RESIDENCIAL, COMO ALOJAMIENTO ALTERNATIVO INCLUSIVO; DÓNDE NO SOLAMENTE LA PERSONA SE RECUPERA SOCIALMENTE, SINO QUE SE APRECIA UNA NOTABLE MEJORÍA EN SU SALUD FÍSICA Y EMOCIONAL, QUE PERMITE INICIAR ITINERARIOS DE INCLUSIÓN SOCIAL: FORMACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO PARA LA BÚSQUEDA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN, ...

proyecto **INSOLA**

*Proyecto de Inserción Socio-laboral
para personas con problemas de Adicciones*

2018-2020



Más de 4.600 personas beneficiarias

20 centros participantes

En este sentido, continuamos con el **PROGRAMA INSOLA** para la mejora de la empleabilidad, que desarrollamos con financiación del Fondo Social Europeo en el marco de la estrategia **2016-2020 "Invierte en tu futuro"**.

*UNA DE LAS LÍNEAS
ESTRATÉGICAS DURANTE*

2017 HA SIDO EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN TODOS ÁMBITOS DÓNDE YA DESARROLLAMOS PLANES Y PROGRAMAS: ESCOLAR, FAMILIAR. OCIO Y TIEMPO LIBRE, COMUNITARIO Y LABORAL.

DURANTE ESTE PERIODO HEMOS SEGUIDO CRECIENDO EN CUANTO A ACCIONES DESARROLLADAS, CON PROYECTOS INNOVADORES DÓNDE ABORDAMOS LA PREVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA GLOBAL, NO SOLAMENTE TRABAJANDO LA PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS, SINO TRABAJANDO OTROS ASPECTOS COMO EL

OCIO Y EL TIEMPO LIBRE, LA IMPLICACIÓN DE LOS Y LAS AGENTES CLAVES EN LAS COMUNIDADES Y BARRIOS, LA INCORPORACIÓN DE LAS TICS.

OTRA LÍNEA ESTRATÉGICA A CONSOLIDAR ES LA CONTINUIDAD DE LA RESPUESTA A LAS /OS ADOLESCENTES Y JÓVENES CONSUMIDORES DE CANNABIS Y ALCOHOL, ASÍ COMO A SUS FAMILIAS.

SIN DUDA NOS PREOCUPA LA GRAVEDAD DEL ABUSO DE LAS/OS ADOLESCENTES NO SOLO DE SUSTANCIAS, SINO TAMBIÉN EN EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y EN LA ADOPCIÓN DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL GRUPO DE IGUALES, SEGÚN EL ÚLTIMO ESTUDIO SOBRE LA POBLACIÓN ADOLESCENTES Y JUVENIL, ESTUDES EN CANARIAS.

ADEMÁS, ESTE AÑO HEMOS ELABORADO EL DISEÑO DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA: NOVA, CON UNA EVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS Y ADOLESCENTES, QUE NOS HA PERMITIDO PONER EN VALOR **LOS RESULTADOS OBTENIDOS**, ADEMÁS DE MEJORAR EL DISEÑO DE EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO, **INCORPORANDO INDICADORES DE IMPACTO**, E INTRODUCIR ESTRUCTURAS GRUPALES DE FORMACIÓN PARA FAMILIAS.

EN CUANTO A LA **PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**, SEGUIMOS INCORPORANDO NUEVOS RETOS Y ÁMBITOS, CON EL OBJETIVO DE CO RESPONSABILIZAR SOCIALMENTE A LA CIUDADANÍA, COMUNIDADES, INSTITUCIONES, ENTIDADES, EMPRESAS... SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ EN LOS Y LAS ADOLESCENTES, DESDE LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES.

Desde la **PREVENCIÓN COMUNITARIA**, hemos introducido en nuestro PROGRAMA MUÉVETE CONMIGO, bloques de sensibilización y promoción innovadores, tales como IMPLIC-ARTE o la FIESTA DE LA PREVENCIÓN.



Dos momentos diferentes de la exhibición de calistenia realizada ayer en la Fiesta de la Prevención. | JOSÉ LUIS GONZÁLEZ

Una fiesta contra las drogas

Proyecto Hombre Canarias organiza una actividad con alrededor de 560 jóvenes del municipio para fomentar el deporte y los hábitos saludables frente a las sustancias nocivas

Y. Rodríguez
LA LAGUNA

El deporte, la música y los hábitos saludables se dieron cita ayer en el pabellón Juan Ríos Tejera junto a unos 560 alumnos de 4º de la ESO de todos los institutos del municipio que aprovecharon la mañana para realizar diferentes actividades en torno a esta Fiesta de la Prevención, organizada por Proyecto Hombre Canarias en el marco del proyecto *Muévete conmigo*, en colaboración con el

Ayuntamiento de La Laguna.

En concreto, se trata de una iniciativa para prevenir sobre el consumo de drogas pero sin llegar a nombrarlas, solamente promocionando algún tipo de actividad saludable como es, en este caso, el deporte y la música. De esta manera, los chicos que asistieron al pabellón pudieron disfrutar de una exhibición de calistenia y conocer de primera mano cómo conocieron este deporte dos profesionales: Joel y Yeray Alonso, de los grupos Wemake y noGravity.

Además, se mostraron vídeos realizados por deportistas de élite de las Islas, como Michlle Alonso, el equipo de basket femenino Ciudad de los Adelantados o el CB Canarias, con el objetivo de fomentar el deporte entre los más jóvenes y, como en cualquier fiesta que se precie, tampoco faltó la música de la mano del dj Dany Méndez.

El acto de inauguración de esta fiesta contó con la participación del alcalde de La Laguna, José Alberto Díaz; el concejal de Deportes y Drogodependencias, Agustín Her-

nández; la directora de Proyecto Hombre Canarias, María del Carmen Lázaro González; y la trabajadora social María del Pilar Martín Hernández, del servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud.

José Alberto Díaz aprovechó la jornada para realizar un compromiso con los jóvenes. Y es que, según señaló, "La Laguna es la capital de Canarias del deporte y tenemos que hacer un pacto para que

siga siendo así". Agustín Hernández invitó a los estudiantes a participar el próximo año como voluntarios en el mundial femenino de baloncesto.

María del Carmen Lázaro explicó que, desde Proyecto Hombre, "estamos encantados de poder trabajar en la prevención que "para nosotros, es más importante prevenir que curar", y eso lo que hacemos con esta actividad. De esta manera, explicó Lázaro, el objetivo de la iniciativa que, al final del día, los chicos queden como conclusión que "no que engancharse a cualquier cosa menos a las drogas".

Por su parte, María del Pilar Martín mostró su confianza en los jóvenes para que se engancharan al deporte a través de este tipo de actividades que "está pensada para ustedes".

LA INNOVACIÓN QUE PLANTEAMOS SE BASA EN LA INCORPORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LAS ACCIONES CON LOS Y LAS JÓVENES, EL ARTE Y LA MÚSICA COMO HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN, LOS DEPORTES DE CALLE Y PARQUES PÚBLICOS COMO VÍA PARA LA MOTIVACIÓN, ETC.

En el apartado de PREVENCIÓN, desarrollaremos estos nuevos proyectos, así como el resto de propuestas: PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DEPORTIVO, PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL, así como la red de programas de prevención escolar y familiar: "Entre todxs", "Juego de Llaves", "Rompecabezas" y Programa "NOVA".

INDICE

PROYECTO HOMBRE CANARIAS	13
<i>PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO</i>	<i>14</i>
<i>PRESENTACIÓN DE LOS DATOS DE CANARIAS</i>	<i>21</i>
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS: TRATAMIENTO ADULTOS	24
RESULTADOS	25
PERFIL PSICOSOCIAL	26
PATRONES DE CONSUMO	39
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS: FAMILIAS Y ADOLESCENTES	52
RESULTADOS	53
PERFIL PSICOSOCIAL	54
PATRONES DE CONSUMO	62
CONCLUSIONES	68
TRATAMIENTO DE ADULTOS	69
ADOLESCENTES Y FAMILIAS	71
PREVENCIÓN ESCOLAR, FAMILIAS, COMUNITARIA, DEPORTIVA Y LABORAL	73
ESCOLAR Y FAMILIAR/ UNIVERSAL Y SELECTIVA	74
ÁMBITO DEPORTIVO	77
ÁMBITO COMUNITARIO	82
ÁMBITO LABORAL	83
PROGRAMA DE VOLUNTARIADO	85
I+D, COMUNICACIÓN Y PROYECTOS	92
TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	115



1

PROYECTO

HOMBRE

CANARIAS

PROGRAMAS, PROYECTOS Y CENTROS

PROYECTO HOMBRE CANARIAS

Somos una Fundación sin ánimo de lucro, cuyo fin es la promoción, formación e investigación de las adicciones en Canarias, así como la prevención y atención integral de las personas con adicciones.

PROYECTO HOMBRE CANARIAS TIENE COMO OBJETIVO DAR RESPUESTA DE MANERA *PREVENTIVA Y ASISTENCIAL* AL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES, A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS EDUCATIVO- TERAPÉUTICOS QUE LO CONFORMAN.

Se trata de un ABORDAJE biopsicosocial, que desde una perspectiva holística y humanista, ofrece tratamiento terapéutico y educativo, teniendo como eje fundamental el crecimiento personal, la formación y su plena integración social.



DESDE SUS INICIOS EN ESPAÑA, EN 1985, PROYECTO HOMBRE HA DESARROLLADO SU TRABAJO EN EL TERRENO DE LA ASISTENCIA Y LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES, ADECUANDO SUS MODELOS DE INTERVENCIÓN A LOS CAMBIOS QUE SE HAN IDO PRODUCIENDO TANTO EN EL TIPO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS, COMO EN EL PERFIL DE LOS/AS CONSUMIDORES/AS Y LOS ESTILOS DE CONSUMO.

EN TODO MOMENTO SE HA VENIDO TRABAJANDO DESDE UNA **VISIÓN GLOBAL** DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y UN **ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL**, INTEGRANDO INTERVENCIONES SANITARIAS Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA FAMILIA Y EL ENTORNO SOCIAL, ASÍ COMO ACCIONES ENCAMINADAS A LA REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL DEL INDIVIDUO EN TODAS LAS MODALIDADES ASISTENCIALES.

LA FILOSOFÍA Y METODOLOGÍA UTILIZADA EN LOS DIFERENTES MODELOS DE INTERVENCIÓN SE ENMARCA DENTRO DE UNA **PERSPECTIVA HUMANISTA**, QUE PRESUPONE QUE **CUALQUIER PERSONA ES CAPAZ DE CAMBIAR Y REDISEÑAR SU PROYECTO DE VIDA**. LA DOBLE LÍNEA METODOLÓGICA TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA UTILIZADA, PONE DE MANIFIESTO LA IDONEIDAD DE HACER CONFLUIR AMBOS OBJETIVOS PARA FACILITAR EL CRECIMIENTO PERSONAL DEL INDIVIDUO DROGODEPENDIENTE Y SU INTEGRACIÓN SOCIAL COMO SER AUTÓNOMO E INDEPENDIENTE.

ESTE **ESTILO GLOBALIZADOR Y FLEXIBLE** HA PERMITIDO QUE, DE MANERA PROGRESIVA, SE FUERAN INCORPORANDO A LA LÍNEA METODOLÓGICA CLÁSICA ELEMENTOS INNOVADORES BÁSICAMENTE FORMATIVOS Y EDUCATIVOS (ORIENTACIÓN ACADÉMICO-FORMATIVA, EDUCACIÓN BÁSICA REGLADA, FORMACIÓN PROFESIONAL, MÓDULOS PARA LA EDUCACIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PERSONALES, EDUCACIÓN EN VALORES, ETC.) QUE HAN FAVORECIDO UNA MEJORA IMPORTANTE EN LA CALIDAD DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS/AS USUARIOS/AS. LA LÍNEA DE TRABAJO DE PROYECTO HOMBRE SE CARACTERIZA POR:

- Una **visión integral** del abordaje de las drogodependencias.
- Enfoque **HUMANISTA** de la intervención.
- Línea metodológica con amplia base EDUCATIVA.

- Incidir de manera implícita en la potenciación de la **AUTONOMÍA PERSONAL Y NORMALIZACIÓN DEL INDIVIDUO EN SU ENTORNO**.
- La **FORMACIÓN CONTINUA**
- Conceder a la **FAMILIA** el papel relevante que le corresponde.
- Promover la **PARTICIPACIÓN SOCIAL** en este campo de otros colectivos, especialmente desde el **VOLUNTARIADO**.

TANTO LOS AÑOS DE EXPERIENCIA, LA DIVERSIDAD Y EL GRAN NÚMERO DE USUARIOS/AS QUE HAN PASADO POR LOS DIFERENTES RECURSOS, COMO EL ESTILO METODOLÓGICO ANTERIORMENTE DEFINIDO, HAN POSIBILITADO UNA **VISIÓN AMPLIA Y FLEXIBLE DEL FENÓMENO DEL CONSUMO DE DROGAS**. UNA VISIÓN MUY APOYADA EN EL ENTORNO SOCIAL Y EN LA RELACIÓN PROFESIONAL CON OTROS TIPOS DE RECURSOS DE RECONOCIDA EFICACIA EN ESTE CAMPO.

EL **OBJETIVO GLOBAL** DEL PROGRAMA ES QUE LA PERSONA PASE DE LA DEPENDENCIA A LA **AUTONOMÍA PERSONAL**.

SU INTERVENCIÓN SE ESTRUCTURA EN DOS ÁREAS DE TRABAJO:

ÁREA DE TRATAMIENTO DE INTEGRACIÓN: TRATAMIENTO TERAPÉUTICO Y EDUCATIVO PARA PERSONAS DROGODEPENDIENTES Y SUS FAMILIAS, ASÍ COMO EL COLECTIVO DE PERSONAS EN EXCLUSIÓN SOCIAL. EL TRATAMIENTO PUEDE SER AMBULATORIO EN CENTRO DE DÍA O CON ALOJAMIENTO TEMPORAL EN CENTROS RESIDENCIALES.

LA **FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN** ES DAR UNA RESPUESTA GLOBAL E INTEGRADORA A LA DEMANDA DE TRATAMIENTO POR ADICCIONES, DE AQUELLAS PERSONAS QUE PRETENDAN ALCANZAR EL OBJETIVO PERSONAL DE MANTENER LA ABSTINENCIA, ASÍ COMO FACILITAR Y PROMOVER EL CRECIMIENTO Y AUTONOMÍA PERSONAL A NIVEL COMPORTAMENTAL, AFECTIVO, COGNITIVO Y EXISTENCIAL.

EL TRATAMIENTO EN PROYECTO HOMBRE RESPONDE A UN ITINERARIO TERAPÉUTICO, QUE SE INICIA CUANDO LA PERSONA ACUDE AL CENTRO A SOLICITAR AYUDA O INFORMACIÓN.

EL ITINERARIO CONSTA DE CUATRO FASES DE TRATAMIENTO, CUYOS OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y TEMPORALIZACIÓN VAN A DEPENDER DEL PLAN DE TRABAJO, DEFINIDO POR EL EQUIPO TERAPÉUTICO JUNTO CON EL/A USUARIO/A.

UN VEZ ALCANZADOS LOS OBJETIVOS Y METAS DEL PLAN DE TRABAJO, SE LOGRA EL ALTA TERAPÉUTICA.

DE MANERA GENERAL, LA ADOPCIÓN DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL APLICADO A PROYECTO HOMBRE, ESTÁ CONSTITUIDO POR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

- INCORPORA EL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS, PRETENDE UNA INTERVENCIÓN SANITARIA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y COMUNITARIA, REQUIRIENDO UNA COORDINACIÓN DE RECURSOS QUE TRABAJAN ESTAS ÁREAS E INCORPORANDO ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y ASISTENCIALES.
- DA CABIDA A LOS PROGRAMAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD, DESTINADOS A FRENAR TANTO LA MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS ADICTIVOS COMO LA DE CUALQUIER OTRA CONDUCTA DESADAPTATIVA.
- DESFOCALIZA DE LA SUSTANCIA LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA INCLUYENDO LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE LAS PERSONAS.
- INTEGRA EL ENFOQUE COMUNITARIO.
- INCORPORA EL ÁREA EXISTENCIAL, ENTENDIDA COMO LOS VALORES, CREENCIAS Y ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS.
- CONTEMPLA LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.
- POSIBILITA EL TRABAJO EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, CONSTITUIDO POR PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS.
- ABORDA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y PREVENTIVA TENIENDO EN CUENTA LA RED SOCIAL Y FAMILIAR DE LAS PERSONAS.
- PROPORCIONA INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS Y A SU ENTORNO.
- FAVORECE QUE LAS PERSONAS EXPLIQUEN SUS CREENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE SU ADICCIÓN.
- FACILITA A LOS USUARIOS Y USUARIAS EXPRESAR SUS PREOCUPACIONES MÁS IMPORTANTES Y LA EXPRESIÓN DE SUS EMOCIONES.

ESTRUCTURA DE CENTROS:

CENTROS DE DÍA: dónde se recibe la demanda de información y se inicia el itinerario terapéutico. El centro de día es ambulatorio y las actividades principales son:

Terapia individual y grupal, Terapia de familias, Talleres y Formación

CENTROS RESIDENCIALES: de manera temporal, ingresan las personas en exclusión social o en riesgo de estarlo, para iniciar el tratamiento; y pacientes que desde el tratamiento ambulatorio no logran la contención del consumo. La estancia en el centro residencial viene definida en el plan de trabajo, y dependerá de la realidad de cada persona.

PISO SILVA: se trata de una herramienta para la inserción socio laboral de los/as usuarios/as, que una vez finalizada la fase de rehabilitación, y se encuentran en las últimas fases de tratamiento; necesitan de un recurso de alojamiento normalizado, para iniciar un itinerario de búsqueda activa de empleo.



ÁREA DE PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN:

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR, FAMILIAR, COMUNITARIA Y LABORAL

SE TRATA DE FORMAR A LOS PRINCIPALES AGENTES SOCIALIZADORES: *ESCUELA, FAMILIA, COMUNIDAD, EMPRESAS Y MÁS*; COMO AGENTES PREVENTIVOS, PARA LOGRAR UNA SOCIEDAD QUE PROMUEVA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, Y NUESTROS/AS ADOLESCENTES PUEDAN SER MÁS LIBRES Y LLEVAR ESTILOS DE VIDA ALEJADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

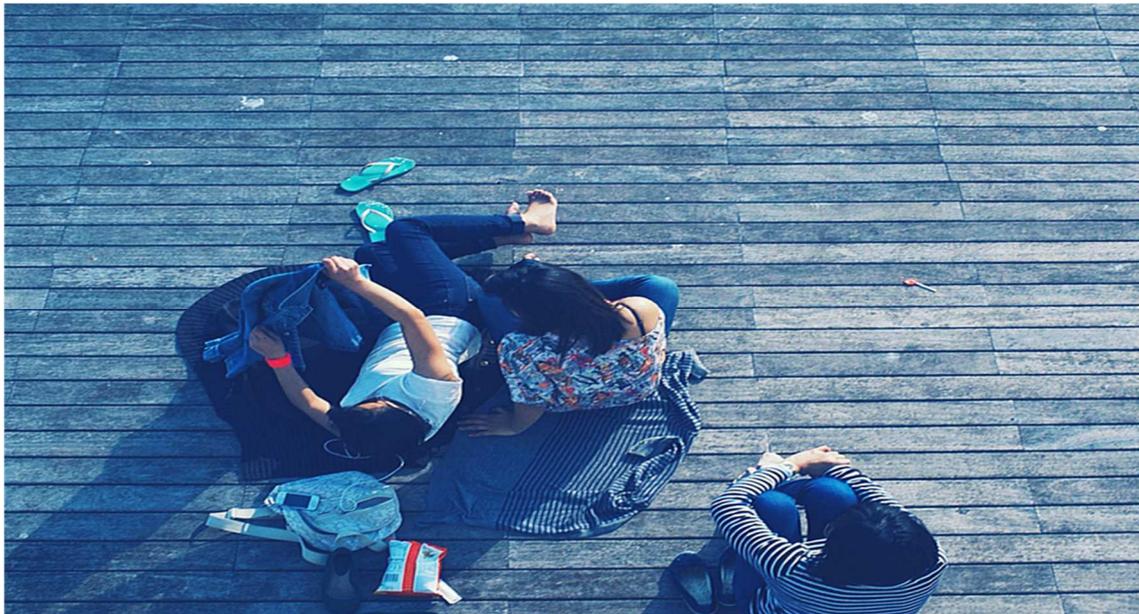


PREVENCIÓN UNIVERSAL: ÁMBITO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO
PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR "ENTRE TODXS"- PRIMARIA
PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR "JUEGO DE LLAVES"- SECUNDARIA

PREVENCIÓN SELECTIVA: ÁMBITO ESCOLAR Y FAMILIAR
PROGRAMA DE PREVENCIÓN FAMILIAR "A TIEMPO"
PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR "ROMPECABEZAS" .

PREVENCIÓN INDICADA: ÁMBITO FAMILIAR

PROGRAMA NOVA: ATENCIÓN A FAMILIAS CON HIJOS/AS ADOLESCENTES/ MENORES CON PROBLEMÁTICA SOCIAL ASOCIADA AL CONSUMO DE CANNABIS Y ALCOHOL.



PREVENCIÓN COMUNITARIA:

PROGRAMA "MUÉVETE CONMIGO": PREVENCIÓN COMUNITARIA EN MUNICIPIOS

FORMACIÓN A AGENTES SOCIALES EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN: FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE DROGAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR, DEPORTIVO Y COMUNITARIO.

PREVENCIÓN LABORAL

PROTOCOLO "USA LA CABEZA": DISEÑO DE PROYECTOS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EMPRESARIAL O INSTITUCIONAL

JORNADAS "PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL" DIRIGIDO A EMPRESAS/ ENTIDADES

PRESENTACIÓN DE LOS DATOS DE CANARIAS

TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS:

ES LA SUMA DE TODAS LAS PERSONAS QUE HAN SIDO ATENDIDAS: N° DE PERSONAS QUE SE ENCONTRABAN EN PROCESO A 1 DE ENERO DE 2017 + LAS PERSONAS QUE ENTRARON DURANTE TODO EL AÑO

A nivel nacional: disponemos de una intranet: PH NEMOS, dónde todos los centros de Proyecto Hombre registran las historias clínicas de l@s pacientes, así como toda la información derivada de la atención (iter toxicológico, hoja de notificación, registro de procesos y entrevistas, planes de trabajo).

A nivel autonómico: trabajamos con el Proyecto CEDRO, dónde junto con el resto de recursos de atención a las drogodependencias dependientes de Salud Pública del Gobierno de Canarias, registramos el número de pacientes, su historia clínica, etc.

INFORMACIONES

SON LAS SOLICITUDES DE INFORMACIÓN/ ASESORAMIENTO PARA EMPEZAR TRATAMIENTO: EL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS QUE UTILIZAMOS ES LA HOJA DE NOTIFICACIÓN (OED) DEL PLAN NACIONAL DE DROGAS

A partir del OED, notificamos a Salud Pública del Gobierno de Canarias cada una de nuestras informaciones, al mismo tiempo que elaboramos el perfil y las tendencias en adicciones anualmente.

ENTRADAS

Son las personas que después de la fase de INFORMACIÓN, se incorporan a tratamiento ambulatorio o residencial

DERIVACIONES

Son derivaciones aquellos casos que remitimos a otro recurso, porque después de realizar la valoración o diagnóstico de la situación, nuestra oferta terapéutica no se adapta a la demanda (patologías psiquiátricas severas, adicciones sin sustancia, etc.)

FIN DE TRATAMIENTO

Un caso finaliza su tratamiento cuando ha logrado el objetivo de la abstinencia

ALTA TERAPÉUTICA

Un caso finaliza su tratamiento cuando además de lograr la abstinencia, ha logrado recuperar o iniciar procesos de inserción sociofamiliar

ALTA VOLUNTARIA

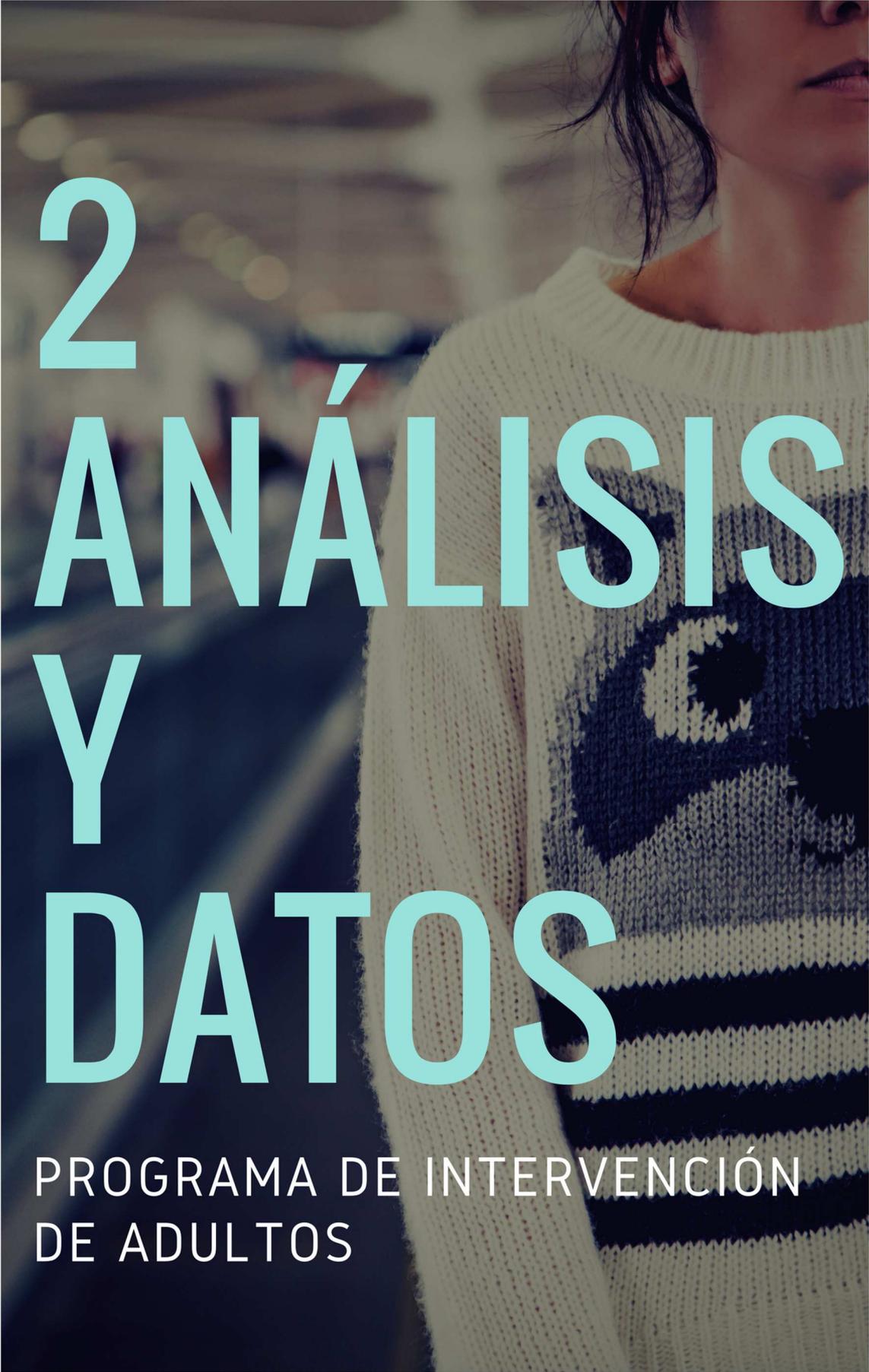
Cuando una persona decide voluntariamente interrumpir su tratamiento



RESULTADOS POR PROGRAMAS

ÁREA DE TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN:	GRAN CANARIA	TENERIFE	CANARIAS
SERVICIOS DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO	229 casos	233 casos	432 casos
CENTROS DE DÍA	192 personas	236 personas	428 personas
CENTROS RESIDENCIALES	76 personas	91 personas	167 personas
PROGRAMA DE FAMILIAS	380 casos	500 casos	880 casos (parejas, familia de origen y otros acompañamientos)

ÁREA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD:	NIVEL	ÁMBITO	BENEFICIARIOS/AS	
PROGRAMA ENTRE TOD@S	UNIVERSAL	ESCOLAR Y FAMILIAR: PRIMARIA	ALUMNXS	292
			PROFESORXS	17
			CENTROS EDUCATIVOS	6
PROGRAMA JUEGO DE LLAVES	UNIVERSAL	ESCOLAR Y FAMILIAR: SECUNDARIA	ALUMNXS	2.702
			PROFESORXS	127
			FAMILIAS	193
			CENTROS EDUCATIVOS	17
PROGRAMA ROMPECABEZAS	SELECTIVA	ESCOLAR Y FAMILIAR	ALUMNXS	206
			PROFESORXS	14
			CENTROS EDUCATIVOS	9
PROGRAMA NOVA	INDICADA	FAMILIAR	CASOS: unidades familiares (UF), familias (F) y adolescentes sin apoyo (U)	121
PROGRAMA MUÉVETE CONMIGO	UNIVERSAL	COMUNITARIA	ACCIONES DE DINAMIZACIÓN: 40 PERSONAS	
PROYECTO PREVENIR ENTRE TODXS	UNIVERSAL	COMUNITARIA	CENTROS EDUCATIVOS	4
			ALUMNADO	172
			PROFESORADO	8
			ORIENTADORXS	4
"ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA PREVENCIÓN DESDE ÁMBITO DEPORTIVO: PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS TAMBIÉN ESTÁ EN TU MANO".	UNIVERSAL	OCIO Y TIEMPO LIBRE	MONITORXS, ENTRENADORXS Y DIRECTIVXS DE CLUB O ENTIDADES DEPORTIVAS	179
"PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL"	UNIVERSAL	LABORAL	TRABAJADORXS, MANDOS INTERMEDIOS Y DIRECTIVXS	76



2 ANÁLISIS Y DATOS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
DE ADULTOS

DESDE LOS SERVICIOS DE INFORMACIÓN DE LOS CENTROS DE DÍA GAROÉ, SE OFERTA UN RECURSO DE PRIMER NIVEL ASISTENCIAL PARA SOLICITAR AYUDA, ASÍ COMO UN RECURSO ESPECÍFICO PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL Y LA INSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS Y SUS FAMILIAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN, SE HAN ATENDIDO A 453 PERSONAS Y 816 FAMILIARES/ SEGUIMIENTOS EN ESTA PRIMERA SOLICITUD DE AYUDA.

	GRAN CANARIA	TENERIFE	CANARIAS
PERSONAS QUE SOLICITAN TRATAMIENTO EN 2017	215	238	453 personas
TOTAL DE ENTRADAS A CENTROS DE PROYECTO HOMBRE	70%	79%	75%

EL 75% DE LAS PERSONAS QUE SOLICITAN INFORMACIÓN/ TRATAMIENTO SE INCORPORARON A LOS CENTROS DE PROYECTO HOMBRE

	GRAN CANARIA	TENERIFE	CANARIAS
CENTROS DE DÍA	199 CASOS	272 CASOS	471 CASOS
CENTROS RESIDENCIALES	81 CASOS	77 CASOS	158 CASOS
PROGRAMA DE FAMILIAS	350 FAMILIARES/ SEGUIMIENTOS	466 FAMILIARES/ SEGUIMIENTOS	816 FAMILIARES/ SEGUIMIENTOS

PERFIL DE PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN CANARIAS

SE DESCRIBE EL PERFIL DE LAS PERSONAS QUE HAN SOLICITADO INFORMACIÓN/ TRATAMIENTO DURANTE 2017

EL INSTRUMENTO DE RECOGIDA DEL PERFIL, ES LA HOJA DE NOTIFICACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE DROGAS, QUE SE LE PASA EN LA PRIMERA ENTREVISTA QUE SE MANTIENE CON LA PERSONA.

ESTE INSTRUMENTO ES UN CUESTIONARIO CERRADO, QUE RECOGE EL PERFIL PSICOSOCIAL Y EL PATRÓN DE CONSUMO DE LA PERSONA, DE LOS 30 DÍAS PREVIOS A LA SOLICITUD DE LA INFORMACIÓN. SE LE PASA A LA PERSONA QUE SOLICITA INFORMACIÓN SOLAMENTE UNA VEZ CADA AÑO NATURAL, SI ACUDE VARIAS VECES EN EL MISMO PERIODO SÓLO SE TIENE EN CUENTA UNA VEZ PARA VACIAR EL PERFIL Y PARA CONTABILIZAR EL CASO COMO INFORMACIÓN

SE HACE UN VACIADO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS RECOGIDOS EN ESTAS ENTREVISTAS, PARA HACER UN ESTUDIO DEL NUEVO PERFIL QUE CADA AÑO SOLICITA INFORMACIÓN Y/O ASESORAMIENTO, QUE MARCA LAS TENDENCIAS Y PATRONES DE CONSUMO, PARA ACTUALIZAR Y ADAPTAR LA ATENCIÓN QUE PRESTAMOS

ELABORAMOS DOS PERFILES TIPO: ADULTOS (>22 AÑOS) Y ADOLESCENTES (<22 AÑOS), TENIENDO EN CUENTA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

LA VARIABLES DESCRIPTIVAS SON:

SOCIODEMOGRÁFICAS: SEXO, EDAD, PROVINCIA DE RESIDENCIA, LUGAR DÓNDE HA VIVIDO Y CONVIVENCIA, NIVEL DE ESTUDIOS, SITUACIÓN LABORAL

SOCIOSANITARIAS: PATOLOGÍA DUAL, DISCAPACIDAD, EXCLUSION SOCIAL, VIOLENCIA DE GÉNERO, CAUSAS PENALES, ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS (VIH, HEPATITIS C Y HEPATITIS B)

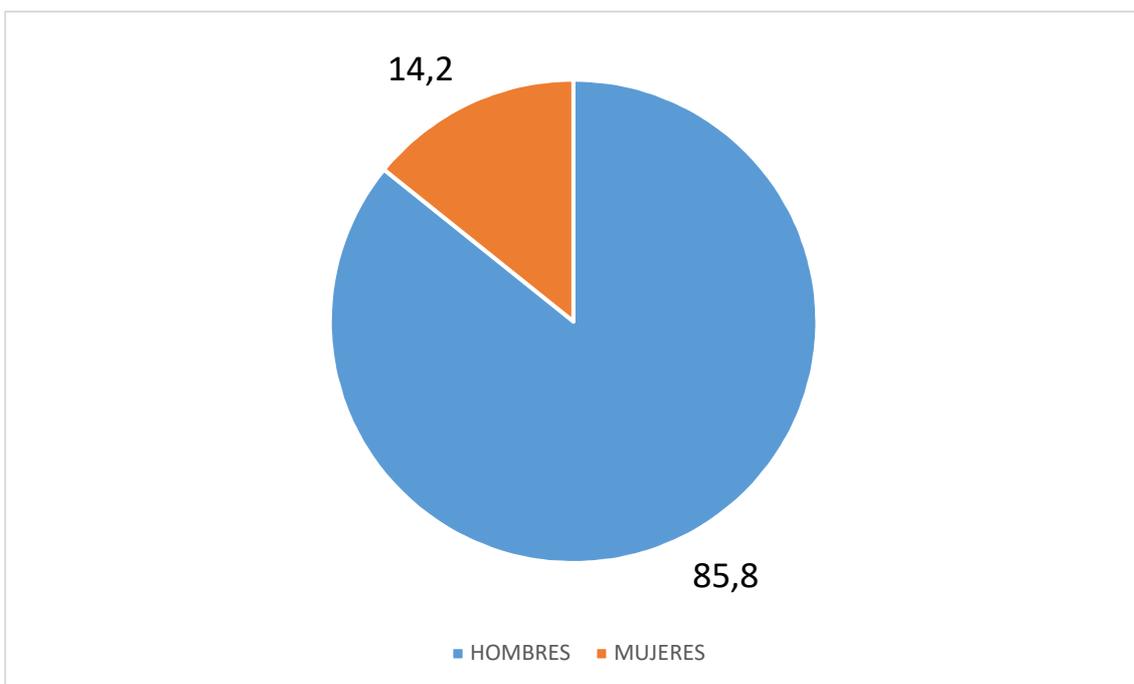
PATRÓN DE CONSUMO: EDAD DE INICIO, DROGRA PRINCIPAL POR LA QUE SOLICITA TRATAMIENTO, POLICONSUMO DE SUSTANCIAS, FRECUENCIA DE CONSUMO, TRATAMIENTO PREVIO RECIBIDO, VÍA MÁS FRECUENTE DE ADMINISTRACIÓN



CENTRO DE DÍA GAROÉ, TENERIFE

PERFIL PSICOSOCIAL

SEXO:



EL 85.8% DE LAS PERSONAS QUE SOLICITARON INFORMACIÓN FUERON HOMBRES, EN UN 14.2% FUERON MUJERES.

EDAD MEDIA DE LAS PERSONAS QUE SOLICITARON TRATAMIENTO:

La edad media de las personas atendidas fue de 41 años

EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
41 AÑOS	39,9 AÑOS	40 AÑOS

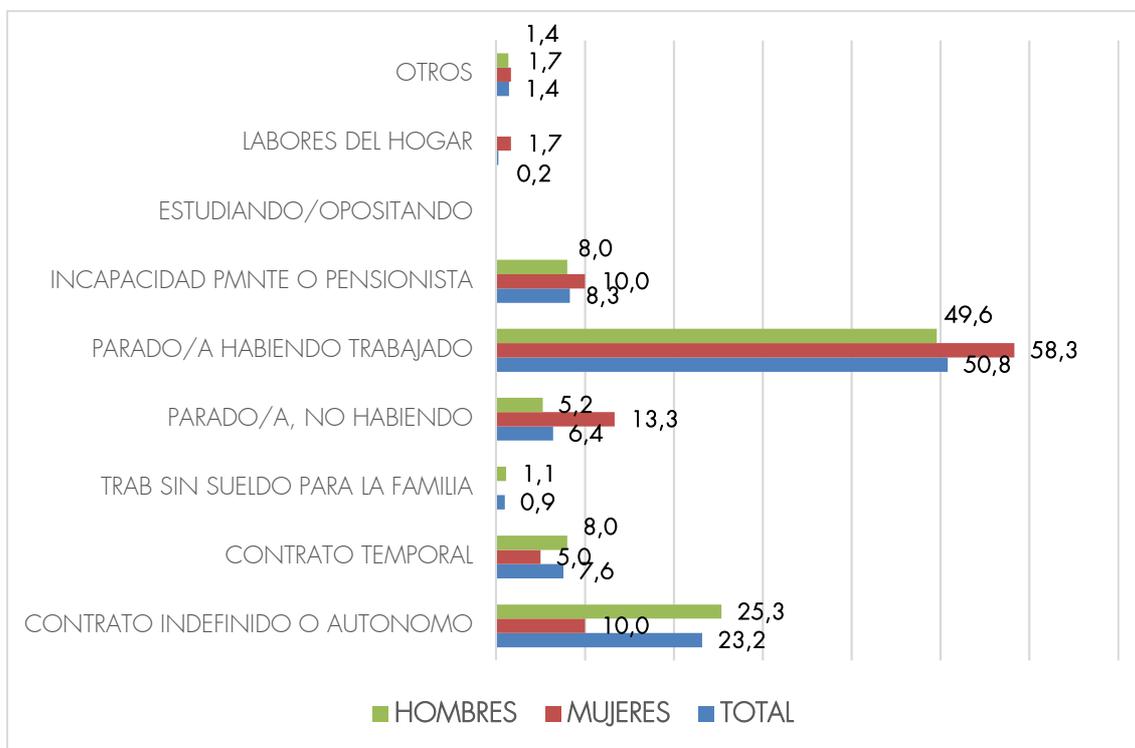
LA EDAD MEDIA DE LAS PERSONAS QUE HAN SOLICITADO TRATAMIENTO EN EL AÑO 2017 ES DE 41 AÑOS, EN EL CASO DE LA EDAD MEDIA EN EL CASO DE LOS HOMBRES SE SITÚA EN 40 AÑOS, SIMILAR EN LA CASO DE LAS MUJERES CON 39.9 AÑOS.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
41 AÑOS	40 AÑOS	41 AÑOS

LA MEDIA DE EDAD DE LOS/AS USUARIOS/AS DEL PROGRAMA SE SITÚA EN TORNO A LOS 41 AÑOS, SIENDO PARA LAS MUJERES DE 40 AÑOS Y PARA LOS HOMBRES 41 AÑOS.

SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL:



EL 57.2% DE LAS PERSONAS SE ENCONTRABAN EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO, MANTENIÉNDOSE ESTA REALIDAD CON RESPECTO A PERIODOS ANTERIORES.

Atendiendo al género, las mujeres se encuentran con mayores dificultades y precariedad laboral, encontrándose el 72% de las mismas en situación de desempleo y 55% en el caso de los hombres.

El 31% de las personas se encontraban empleadas, el 23% con empleo estable y un 7.6% con empleos temporales.

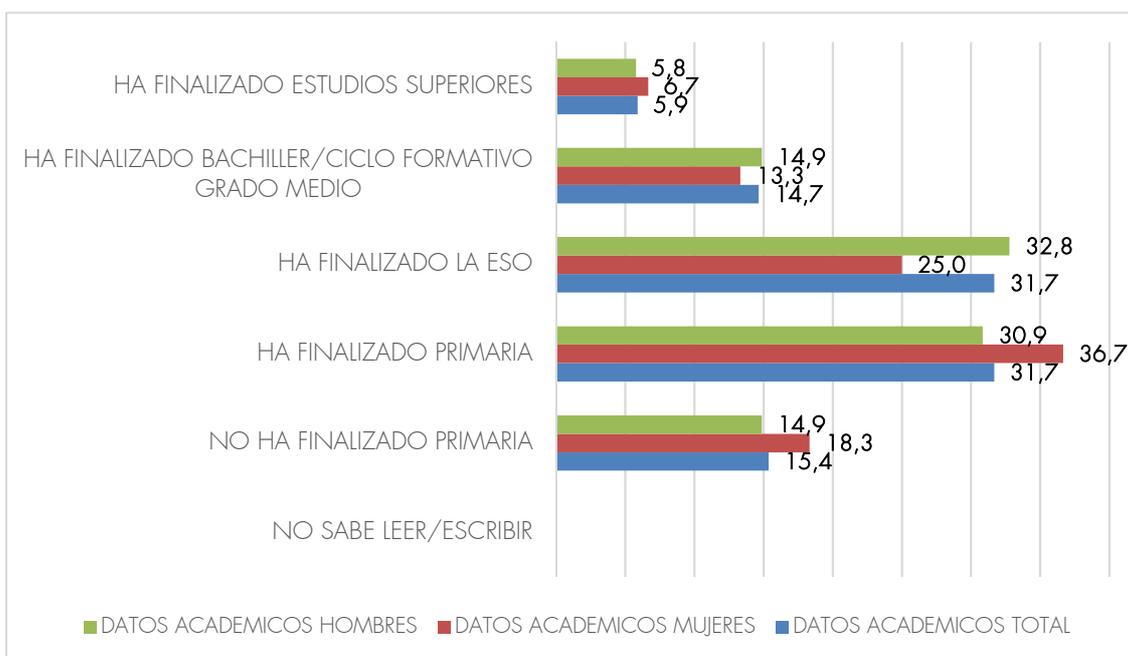
En el caso de las mujeres, sólo el 15% de ellas tenían un empleo, el 10% estable y el 5% temporal. El 33% de los hombres se encontraba trabajando, un 23% con contrato estable y un 7.6% con empleos de carácter temporal.

Se observa como en el caso de las mujeres, la brecha en la situación de desempleo es mayor que en el caso de los hombres.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE EL 55.6% DE LAS PERSONAS QUE HAN SOLICITADO TRATAMIENTO SE ENCONTRABAN EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO, PORCENTAJE SIMILAR AL AÑO ANTERIOR. SIGUE HABIENDO UNA DISTRIBUCION DESIGUAL POR GÉNERO TANTO EN EL EMPLEO COMO EN EL DESEMPLEO. EN COMPARACIÓN ENTRE EL 2016 Y 2017 HAY UN AUMENTO EN 15 PUNTOS PORCENTUALES EN EL DESEMPLEO PARA LAS MUJERES Y UN AUMENTO EN 8 PUNTOS PORCENTUALES DE EMPLEO PARA LOS HOMBRES FRENTE A LAS MUJERES. *EN EL CASO DE LAS MUJERES, SEÑALAMOS QUE EL 81% DE ELLAS ESTABAN EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO; UN 51% EN EL CASO DE LOS HOMBRES.*

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA LA SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS ES DE DESEMPLEO CON UN 60% DE LOS CASOS, *SIENDO EN EL EN LOS HOMBRES UN 59%, Y EL DE LAS MUJERES AUMENTA HASTA EL 60.7%.*

SITUACIÓN ACADÉMICA/ FORMATIVA:



EL 31.7% DE LAS PERSONAS HABÍAN FINALIZADO PRIMARIA (2016: 34.2%), UN 31.77% LA ESO (2016: 29.7%); UN 14.7% FINALIZAN BACHILLER O CICLOS FORMATIVOS (2016: 16%) Y UN 5.9% TIENE ESTUDIOS SUPERIORES (2016: 4.7%).

Atendiendo al género, en el caso de las mujeres, el 20% tienen estudios superiores, ya sean ciclos o estudios universitarios; disminuyendo el porcentaje con respecto a 2016 con un 29%; un 25% de ellas finaliza la ESO; y el 18.3% la etapa de PRIMARIA.

En el caso de los hombres el 20.71% tienen estudios superiores, finalizan la ESO el 32.8% y la PRIMARIA el 14.9% de ellos.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 21% TIENEN ESTUDIOS SUPERIORES, BACHILLERATO O CICLOS FORMATIVOS; EL 38.4% FINALIZA LA ESO Y FINALIZAN LA ETAPA DE PRIMARIA EL 29% DE LOS CASOS.

ATENDIENDO AL GÉNERO, EL 19% DE LAS MUJERES TIENEN ESTUDIOS SUPERIORES, BACHILLERATO O CICLOS FORMATIVOS; EL 31.3% FINALIZA LA ESO Y FINALIZAN LA ETAPA DE PRIMARIA EL 34.4% DE LOS CASOS.

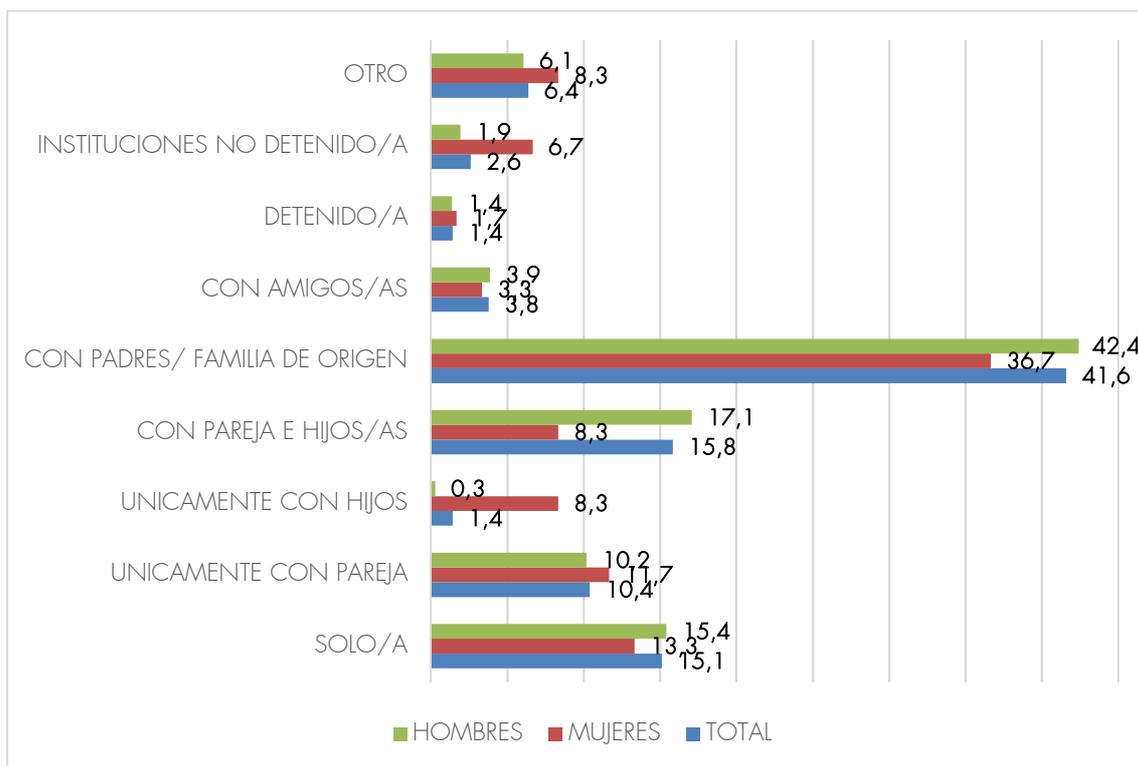
EN EL CASO DE LOS HOMBRES, EL 21.3% TIENEN ESTUDIOS SUPERIORES, BACHILLERATO O CICLOS FORMATIVOS; EL 39.6% FINALIZA LA ESO Y FINALIZAN LA ETAPA DE PRIMARIA EL 28.1% DE LOS CASOS.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS EL 16.4% TIENEN ESTUDIOS SUPERIORES, BACHILLERATO O CICLOS FORMATIVOS; EL 19.8% FINALIZA LA ESO Y FINALIZAN LA ETAPA DE PRIMARIA EL 28.4% DE LOS CASOS.

ATENDIENDO AL GÉNERO, EL 21.4% DE LAS MUJERES TIENEN ESTUDIOS SUPERIORES, BACHILLERATO O CICLOS FORMATIVOS; EL 17.9% FINALIZA LA ESO Y FINALIZAN LA ETAPA DE PRIMARIA EL 39.3% DE LOS CASOS.

EN EL CASO DE LOS HOMBRES; EL 20% TIENEN ESTUDIOS SUPERIORES, BACHILLERATO O CICLOS FORMATIVOS; EL 25.4% FINALIZA LA ESO Y FINALIZAN LA ETAPA DE PRIMARIA EL 34.3% DE LOS CASOS.

CONVIVENCIA PREVIA:



EL 41.6% DE LAS PERSONAS CONVIVEN CON SUS PADRES/ FAMILIA DE ORIGEN; EN EL CASO DE LOS HOMBRES EN UN 42.4% DE LOS CASOS, EN EL DE LAS MUJERES, SIN EMBARGO, DESCIENDE AL 36.7%.

El 15.8% viven con pareja e hijos/as, en el caso de los hombres en un 17.1%, mientras en las mujeres disminuye hasta el 8.3% de los casos.

El 15.1% viven solos/as, en el caso de los hombres un 15.4% de ellos, en el caso de las mujeres un 13.3%.

Únicamente con pareja corresponden un 10.4% de los casos, un 10% de los hombres y un 11.7% de las mujeres.

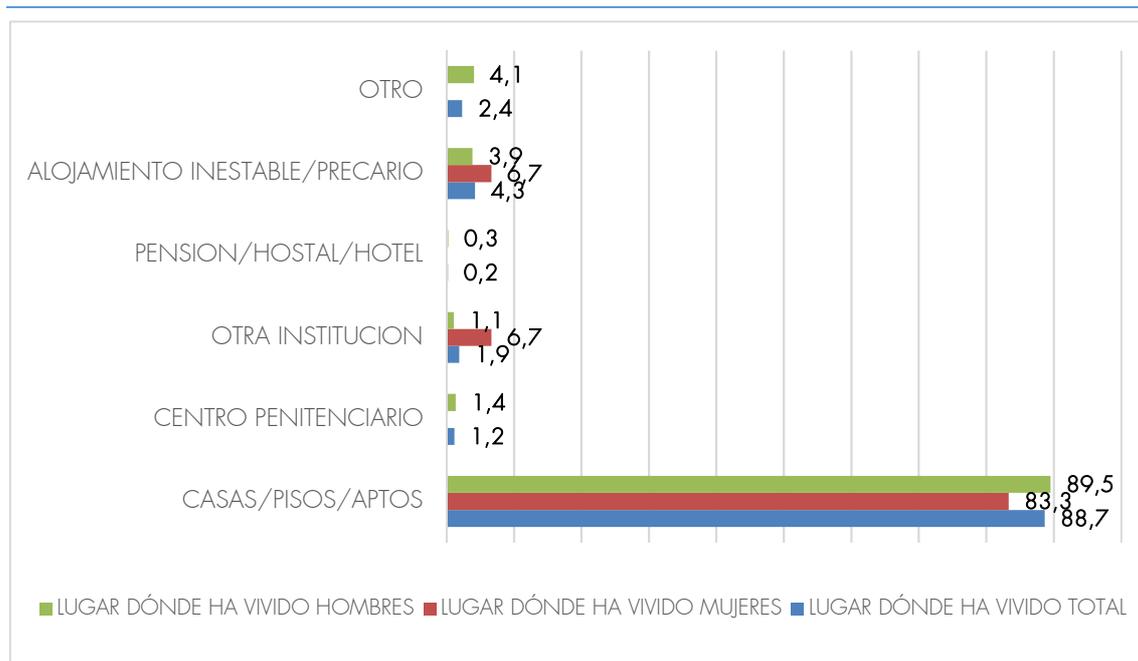
EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, AL IGUAL QUE AÑOS ANTERIORES EL MAYOR PORCENTAJE DE USUARIOS/AS CONVIVE CON LA FAMILIA DE ORIGEN, EL 41%; EN EL CASO DE LOS HOMBRES EN UN 42.7% Y 31.3% EN EL CASO DE LAS MUJERES. OTRO ASPECTO DESTACABLE ES QUE EL 6.3% DE LAS MUJERES CONVIVEN SOLAS CON SUS HIJOS/AS, EN LOS HOMBRES NO SE DA ESTA SITUACIÓN.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, LAS PERSONAS ATENDIDAS CONVIVÍAN CON LA FAMILIA DE ORIGEN EN UN 34.6% DE LOS CASOS, SEGUIDA DE

VIVIR SOLOS/AS UN 23.9%, EN TERCER LUGAR, CON PAREJA E HIJOS/AS UN 14.2% Y EL CUARTO LUGAR, "ÚNICAMENTE CON PAREJA" UN 11.9%. EL RESTO DE LOS PORCENTAJES SE DISTRIBUYEN EN OTRAS CATEGORÍAS SIN SER SIGNIFICATIVO.

ATENDIENDO AL GÉNERO PODEMOS VER QUE LAS MUJERES DESTACAN EN FAMILIA DE ORIGEN CON UN 42,9%, SEGUIDO DE PAREJA E HIJOS/AS UN 23,8%, ÚNICAMENTE CON PAREJA UN 19% Y VIVEN SOLAS UN 9,5%. NO HABIENDO NINGUNA EN OTRAS SITUACIONES (ÚNICAMENTE CON HIJOS/AS, DETENIDA, CON AMIGAS E INSTITUCIONES).

LUGAR DÓNDE HA VIVIDO:



EL 88.7% DE LAS PERSONAS VIVÍAN EN CASAS O PISOS, NO EXISTIENDO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE GÉNEROS, EL RESTO DE PORCENTAJES SE DIVIDEN POR IGUAL, DESTACANDO QUE EL 10% VIVEN EN ALOJAMIENTOS O INSTITUCIONES INESTABLES (CALLE, PRISIÓN, ALBERGUES, ETC.).

Atendiendo al género, el 83.3% de las mujeres vivían en casas/ pisos/ apartamentos, similar al 89.5% de los hombres. El 13.4% de las mujeres vivían en lugares inestables o en situaciones de vulnerabilidad, en el caso de los hombres un 10.8%.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 92.8% RESIDEN EN CASAS O PISOS, Y UN 7.3% DE ALOJAMIENTOS INESTABLES O PRECARIOS, OTRAS INSTITUCIONES O PRISIÓN, DESTACANDO EN ESTE INDICADOR, QUE SON LAS MUJERES LAS QUE TENÍAN UN PORCENTAJE MAYOR CON UN 16.1%,

AUMENTANDO CON RESPECTO A 2016 (6.3%); EN EL CASO DE LOS HOMBRES, UN 5.9%, AUMENTA TAMBIÉN CON RESPECTO A 2016 (2.9%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 70% DE LAS PERSONAS ATENDIDAS VIVEN EN CASAS/PISOS/APARTAMENTOS (2016: 81,3 %;); 86.4% EN EL CASO DE LOS HOMBRES Y UN 85.7% EN EL CASO DE MUJERES. DESTACAR QUE EL PORCENTAJE DE PERSONAS CON INESTABILIDAD EN CUANTO A LA VIVIENDA SE SITÚA EN EL 10% DE LOS CASOS, EN LAS MUJERES EN UN 14.3% Y EN LOS HOMBRES EN UN 13%.

Nº DE HIJOS/AS:



EL 46% DE LAS PERSONAS NO TENÍAN HIJOS/AS, UN 31.7% EN EL CASO DE LAS MUJERES Y EN UN 48% EN EL CASO DE LOS HOMBRES.

En el caso de las mujeres, el 31.7% tienen 1 hijo/a; el 18.3% 2 hijos/as y el 13.3% 3 hijos/as.

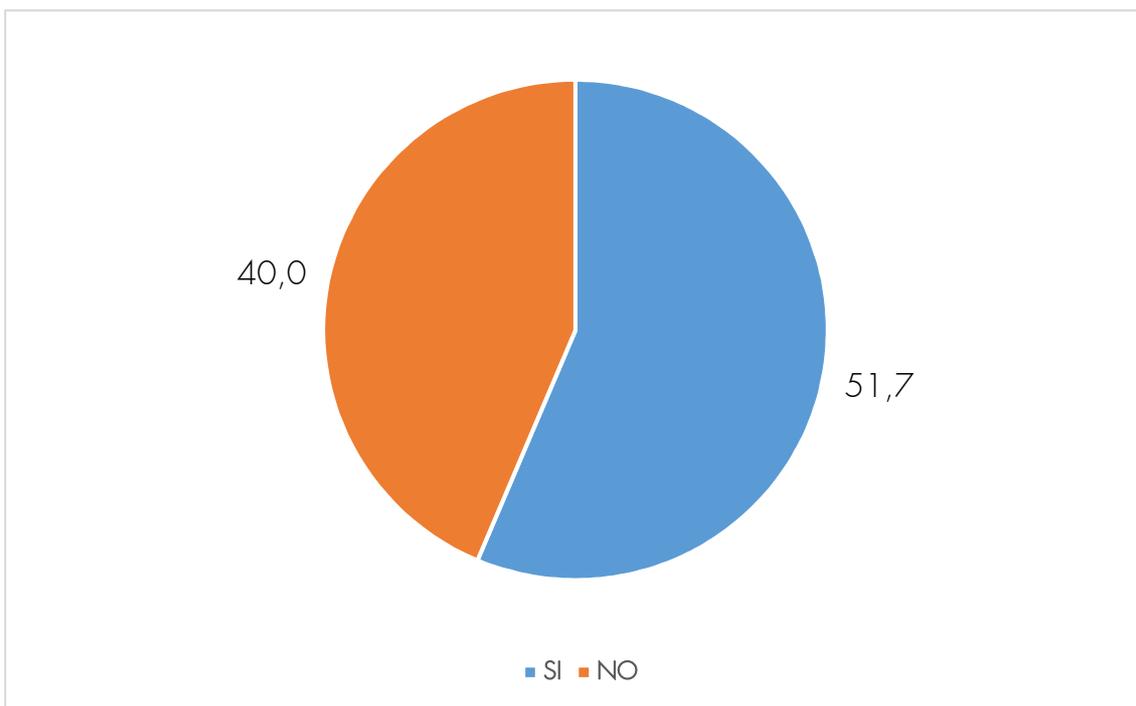
En el caso de los hombres, el 24.5% tienen un/a solo/a hijo/a; el 18.2% tienen 2 hijos/as; el 6.9% tienen 3 hijos/as y el 0.8% tienen 4 hijos/as.

Sin embargo, en la variable CONVIVENCIA PREVIA, observamos como en el caso de las mujeres el 8.3% conviven solamente con sus hijos/as, en el caso de los hombres apenas el 0.3%.

EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE, EL 46.6% DE LOS CASOS NO TIENEN HIJOS/AS, EL 50% DE HOMBRES, EN EL CASO DE LAS MUJERES EL 25%.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, DESTACAR QUE DEL TOTAL DE USUARIOS-AS ATENDIDOS EL 37% NO TIENE HIJOS (39,3% MUJERES Y 46,7% HOMBRES) Y CON HIJOS, EL PORCENTUAL MÁS ALTO SE SITÚA EN UN HIJO, QUE SERÍA EL 19.3%; CON DOS HIJOS, EL TOTAL ES DE 14,4%, CON 3 HIJOS EL 7.4% Y CON 4 HIJOS EL 0,8%.

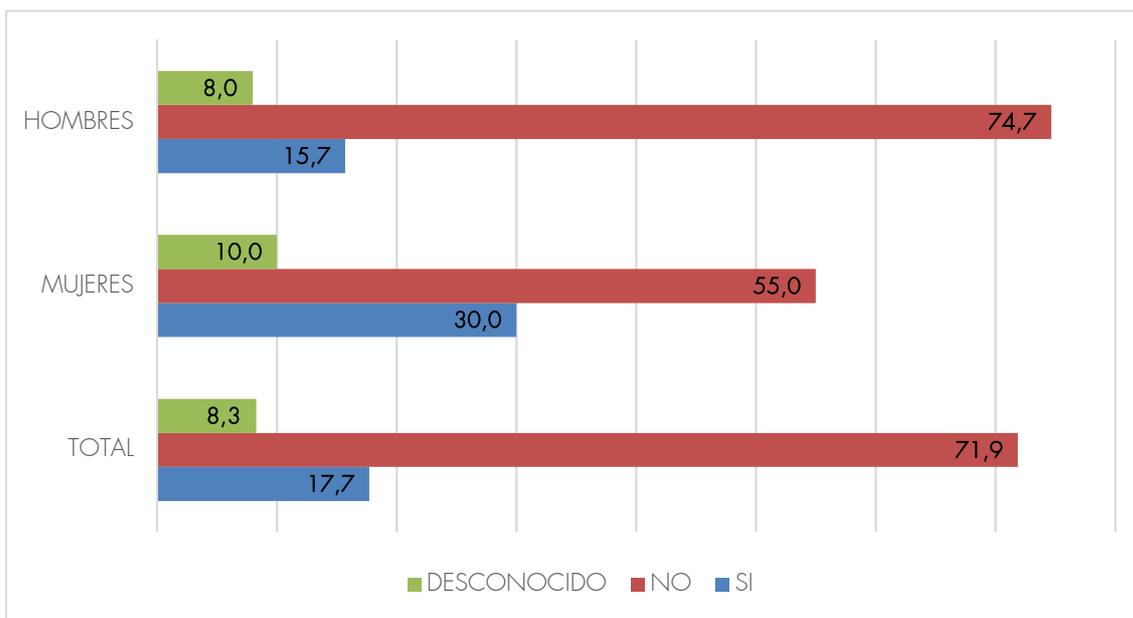
VIOLENCIA DE GÉNERO:



DURANTE ESTE PERIODO, SIGUE AUMENTANDO EL PORCENTAJE DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA CON UN 51.7% DE LOS CASOS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, AUMENTA TAMBIÉN CON RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR, HASTA UN 53.6% DE LOS CASOS, Y EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS EN UN 57.1%, AUMENTANDO CONSIDERABLEMENTE CON RESPECTO A 2016 (38.1%).

PATOLOGÍA DUAL:



LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES SE PRESENTA ESTE AÑO CON UN 17.7%;

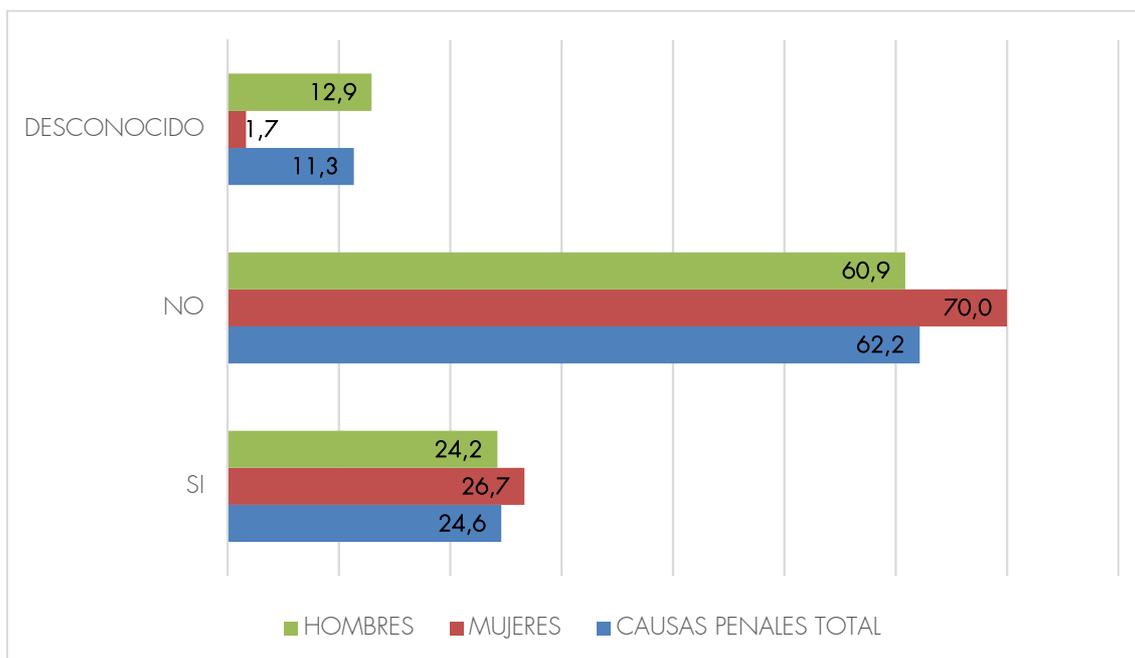
Atendiendo al género, en el caso de las mujeres, aumenta considerablemente con una cifra de casi el 30% de ellas, en el caso de los hombres se mantiene con respecto al periodo anterior con un 10%.

Señalar que este aumento, puede deberse también tanto al patrón de consumo de ellas, como sustancia principal las benzodiazepinas y el alcohol, así como el aumento considerable también de casos de violencia de género, que llevan a la mujer no sólo a situaciones de más vulnerabilidad social, sino también sanitaria, desarrollando patologías psiquiátricas asociadas a este tipo de traumas.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 18.2% DE LAS PERSONAS PADECÍAN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO DIAGNOSTICADO, EL 33% DE LAS MUJERES Y EL 17% DE LOS HOMBRES SE ENCUENTRAN EN ESTA SITUACIÓN AL LLEGAR AL RECURSO, REPITIÉNDOSE EL PATRÓN EN CUANTO A GÉNERO.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 14% DE LOS CASOS TENÍA ASOCIADO ALGÚN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, EL 32% (AÑO PASADO UN 18%) DE MUJERES SUFRE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, EN EL CASO DE LOS HOMBRES UN 15.4%, HABIENDO MÁS PORCENTAJE EN CUANTO PATOLOGÍA DUAL EN MUJERES QUE EN HOMBRES.

CAUSAS PENALES:



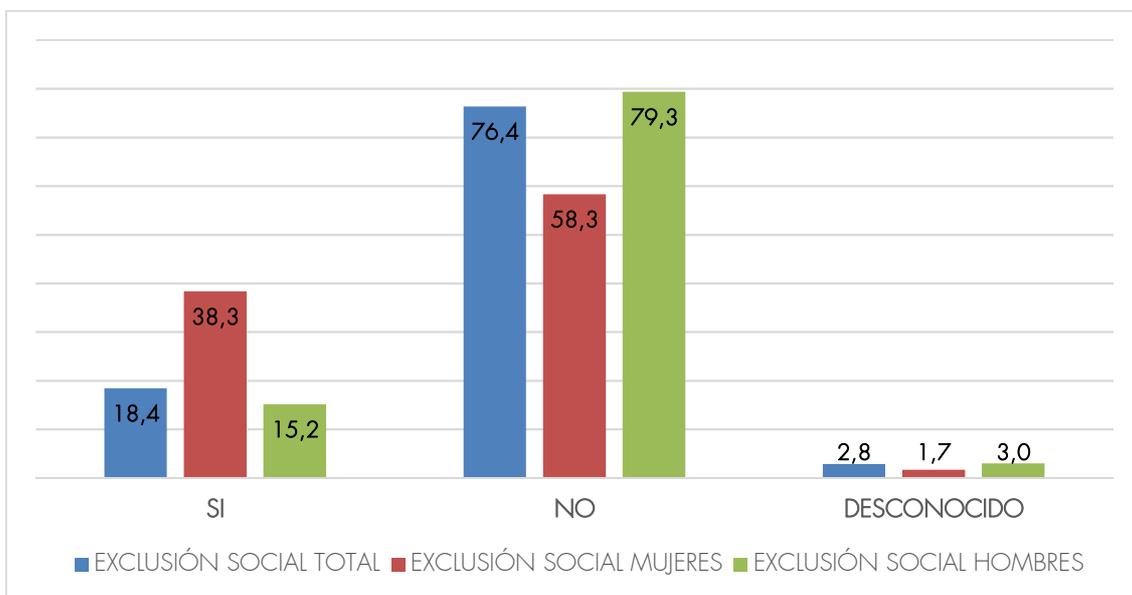
SIGUE AUMENTANDO CON RESPECTO A PERIODOS ANTERIORES, CON UN 25% DE LOS CASOS (2015 POR EJEMPLO SÓLO REPRESENTABAN UN 3%).

Atendiendo al género, el 26.7% de las mujeres tenían causas penales en el momento de la entrevista, en el caso de los hombres un 24.2%.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 27.6% DE LAS PERSONAS TENÍAN CAUSAS PENALES PENDIENTES, UN 32.3% DE LAS MUJERES Y UN 26.8% DE LOS HOMBRES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 17.7% DE LAS PERSONAS TENÍAN CAUSAS PENALES PENDIENTES, UN 21.4% DE LAS MUJERES Y UN 21.9% DE LOS HOMBRES.

PERSONAS EN EXCLUSIÓN SOCIAL:



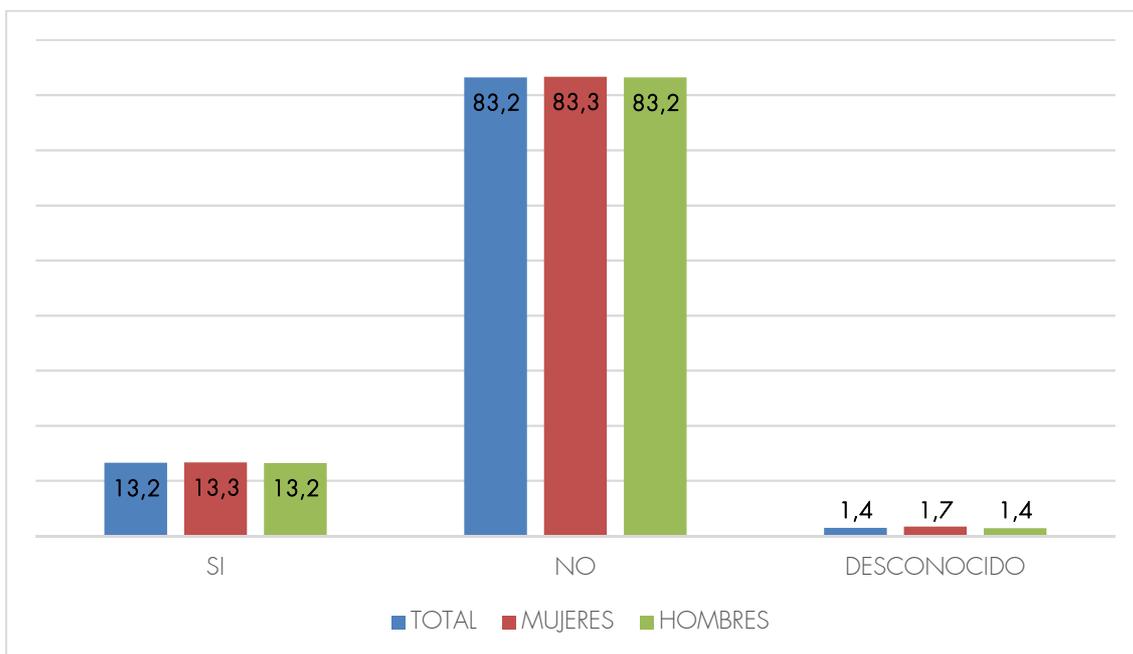
EL 18.4% DE LAS PERSONAS SE ENCONTRABAN EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL O EN RIESGO DE ESTARLO, MANTENIÉNDOSE IGUAL CON RESPECTO A PERIODOS ANTERIORES.

Atendiendo al género, en el caso de las mujeres sí aumenta con un 38% y en el caso de los hombres un 15,2% de los casos.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 13.3% DE LAS PERSONAS SE ENCONTRABAN EN RIESGO O SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL, AUMENTANDO EN EL CASO DE LAS MUJERES HASTA EL 32% Y EL 10% EN EL CASO DE LOS HOMBRES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 20,2% DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE EL EJERCICIO SE ENCONTRABA EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL (21,3% PARA LOS HOMBRES Y 46,4% PARA LAS MUJERES). HAY QUE DESTACAR EL AUMENTO SIGNIFICATIVO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL (46,4% DE 2017 FRENTE A 14,3% DEL 2016). ESTAS PERSONAS EN GENERAL, SOLICITAN TRATAMIENTO EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD:



EL 13% DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN ENTREVISTAS DE INFORMACIÓN TENÍA RECONOCIDA ALGUNA DISCAPACIDAD, EN EL CASO DE LAS MUJERES, EL 13.3% DE ELLAS TENÍA ALGUNA DISCAPACIDAD, Y EN EL CASO DE LOS HOMBRES EN UN 13.2%.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 13% DE LOS CASOS TENÍAN ALGUNA DISCAPACIDAD RECONOCIDA, EN EL CASO DE LAS MUJERES CON UN 16.7% Y CON UN 12.9% EN EL CASO DE LOS HOMBRES.

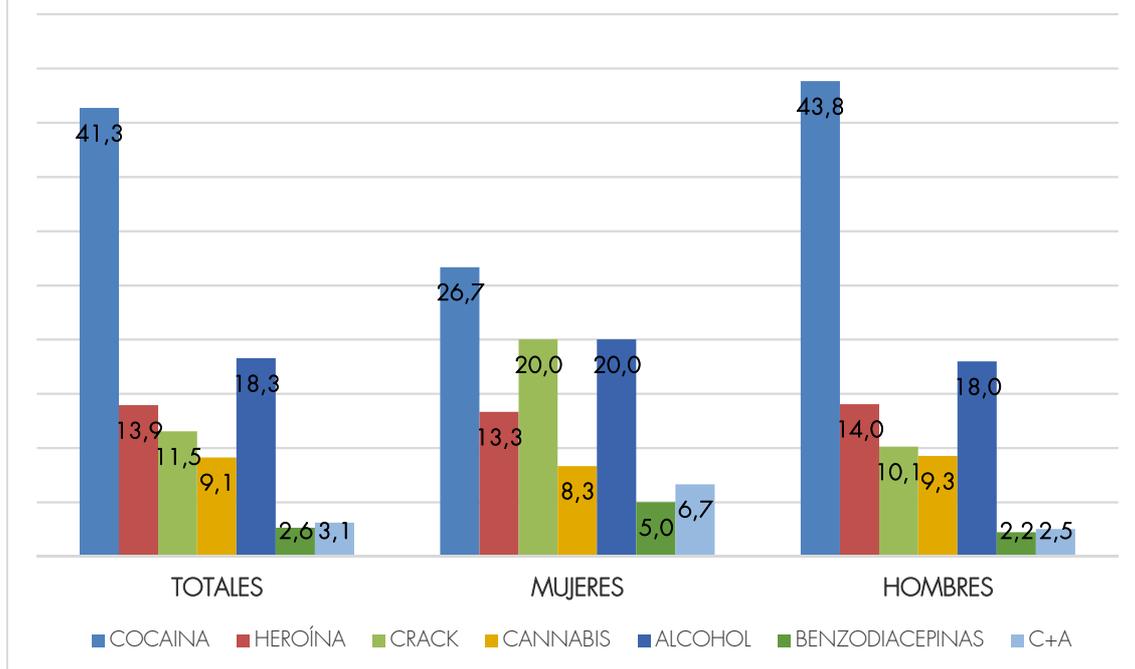
EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS; EL 12.8% TENÍA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD, AUMENTANDO CON RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR EN EL CASO DE LAS MUJERES 17.9% (2016: 9%) Y EN EL DE LOS HOMBRES UN 15.4%.



PATRONES DE CONSUMO

SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE SOLICITA TRATAMIENTO DURANTE 2017: LAS TRES SUSTANCIAS PRINCIPALES POR LAS QUE SE HA SOLICITADO INFORMACIÓN/ TRATAMIENTO SON: COCAÍNA, ALCOHOL Y HEROÍNA.

SUSTANCIAS PRINCIPALES POR LAS QUE SE SOLICITA TRATAMIENTO



LAS TRES SUSTANCIAS PRINCIPALES POR LAS QUE SE HA SOLICITADO INFORMACIÓN/ TRATAMIENTO SON: COCAÍNA, ALCOHOL Y HEROÍNA, SEGUIDO DE CRACK, CANNABIS, C+A Y BENZODIACEPINAS.

La sustancia principal por la que las personas han solicitado tratamiento es la **COCAÍNA**, con un 41% (2016: 34%), sigue el **ALCOHOL** con un 18.3% (2016: 23.4%), y como tercera sustancia la **HEROÍNA** con un 13.9% (2016: 17.2%).

Atendiendo al género, la sustancia principal en el caso de las mujeres es la **COCAÍNA** con un 26.7%, y con un 20% respectivamente **ALCOHOL** Y **CRACK**.

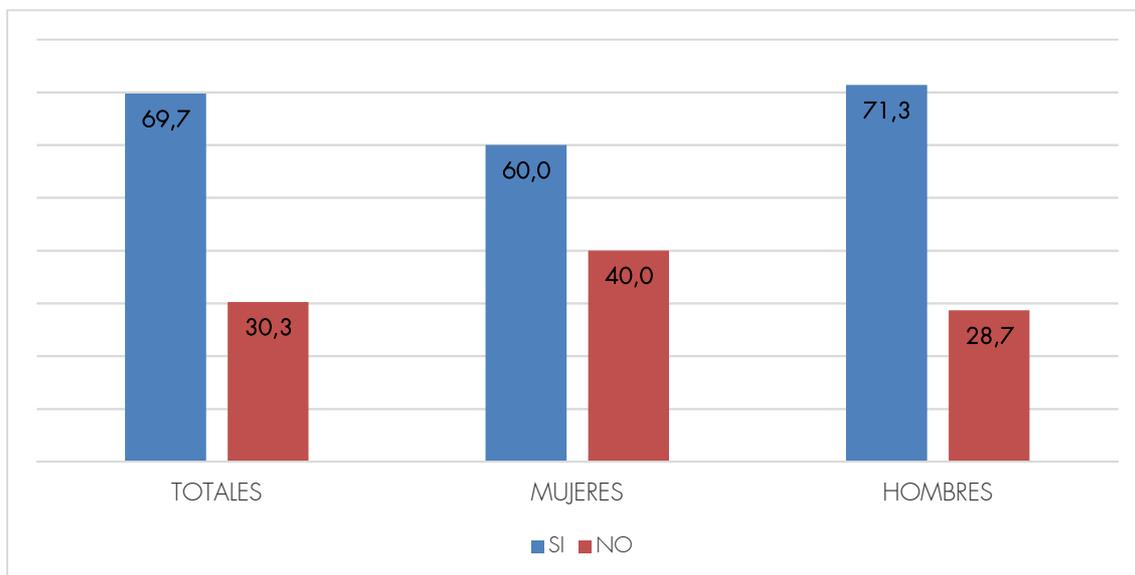
En el caso de los hombres, el 43% señalan la **COCAÍNA** como sustancia principal para solicitar tratamiento, seguido de **ALCOHOL** con un 18% y **HEROÍNA** con un 14%.

EN LA **PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE**, LAS TRES SUSTANCIAS PRINCIPALES SON LA **COCAÍNA** (45.8%), **ALCOHOL** (17.7%) Y **CRACK** (12.5%). EN EL CASO DE LAS MUJERES, **COCAÍNA** (38.9%), **CRACK** (22%) Y **ALCOHOL** (16.7%); EN EL CASO DE LOS HOMBRES **COCAÍNA** (46.8%), **ALCOHOL** (17.7%) Y **CANNABIS** Y **CRACK** (10.1% RESPECTIVAMENTE).

EN LA **PROVINCIA DE LAS PALMAS**, LAS TRES SUSTANCIAS PRINCIPALES SON LA **COCAÍNA** (34.5%), **HEROÍNA** (20.3%) Y **ALCOHOL** (17.8%). EN EL CASO

DE LAS MUJERES, COCAÍNA (25%), BENZODIACEPINAS (21.4%), ALCOHOL (17.9%) Y HEROÍNA (17.9%). EN EL CASO DE LOS HOMBRES COCAÍNA (36.1%), HEROÍNA (20.7%) Y ALCOHOL (17.8%).

POLICONSUMO DE SUSTANCIAS:



EL 69.7% DE LAS PERSONAS QUE SOLICITARON TRATAMIENTO EN 2017 ERAN CONSUMIDORES/AS DE VARIAS SUSTANCIAS, SIENDO LAS SECUNDARIAS MÁS CONSUMIDAS POR ORDEN DE IMPORTANCIA PORCENTUAL ALCOHOL (33.1%) Y CANNABIS (26.6%).

En el caso de las mujeres, el 60% de ellas presentan un patrón de poli consumo, con un 21% de consumo de alcohol y un 15% de crack.

En el caso de los hombres, el 71.3% de ellos son poli consumidores, el 35% de alcohol y el 25.8% de cannabis como segunda sustancia.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EN REFERENCIA AL POLI CONSUMO SE MANTIENEN DATOS SIMILARES AL AÑO ANTERIOR, EL 67.7% DE LOS CASOS, SIENDO EN EL DE LOS HOMBRES EL 70% Y EL 53.1% DE LAS MUJERES SON POLI CONSUMIDORAS, EXISTIENDO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PATRONES DE CONSUMO DE HOMBRES Y MUJERES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, DEL TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS UN 72% PRESENTA POLI CONSUMO DE SUSTANCIAS, SIENDO EL PORCENTAJE MAYOR EN HOMBRES UN 72.8%, QUE EN MUJERES UN 67.9%.

Edad de inicio en el consumo de sustancias:

La edad de inicio en el consumo de sustancias se sitúa en los 20 años, en el caso de las mujeres se inician en el consumo con 21 años, en el caso de los hombres con 19 años.

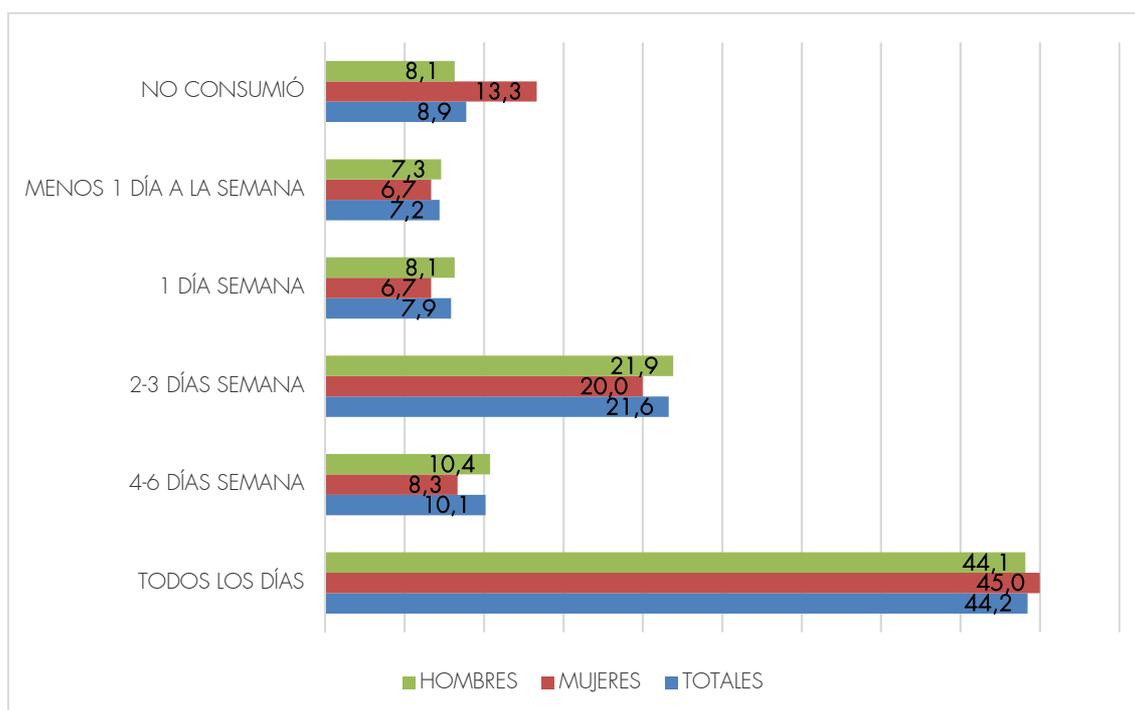
EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
20 años	19 años	20 años

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
20 años	19 años	20 años

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL:



EL 44% DE LAS PERSONAS TIENEN UN CONSUMO DIARIO, IGUALMENTE EN HOMBRES QUE EN MUJERES SE PRODUCE ESTE PATRÓN DE FRECUENCIA DE CONSUMO. EL 10% LO HACE CASI TODOS LOS DÍAS, Y EL 29.5% DE FORMA SEMANAL. EL 7.2% DE LOS CASOS TIENEN UN CONSUMO DE FIN DE SEMANA O PUNTUAL, Y EL 8.9% NO CONSUMIERON EN EL ÚLTIMO MES, CORRESPONDE A PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIENEN DERIVADAS DE LAS UDH (UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA).

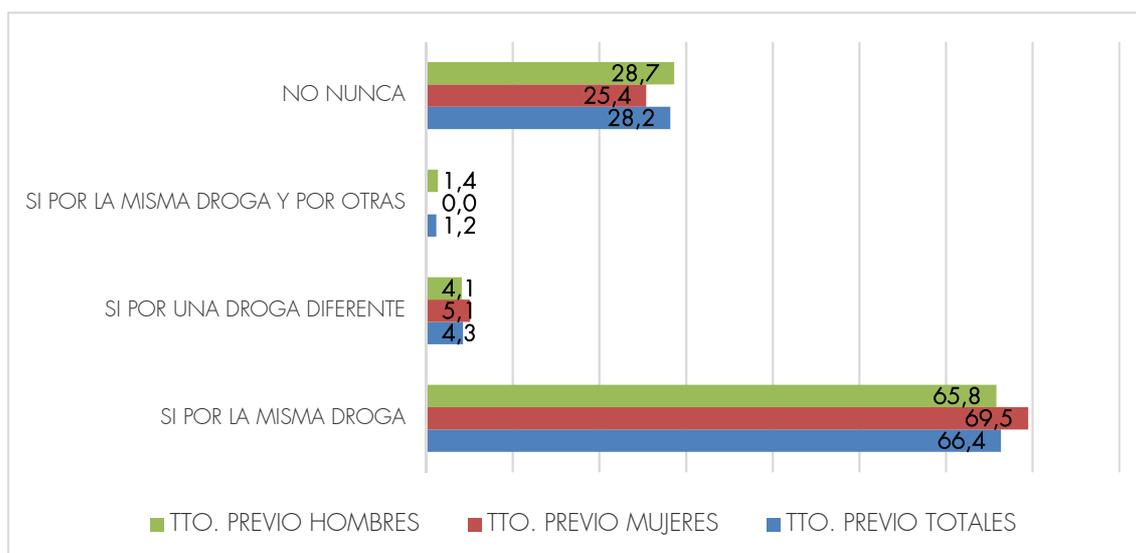
Señalar que la frecuencia del consumo en cuanto a hombres y mujeres, presentan patrones similares, salvo en la variable "no consumió", que se aprecia más diferencia entre ambos; un 13.3% en mujeres y un 8.1% en hombres.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 39.4% DE LAS PERSONAS CONSUME DIARIAMENTE, UN 43.8% DE LAS MUJERES Y UN 38.6% DE LOS HOMBRES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS ANTERIORES A SER A TENDIDOS, UN 49.7% PRESENTABA UN CONSUMO DIARIO. UN 19,5% ENTRE 2-3 DÍAS A LA SEMANA, UN 7,1% DE 4-6 DÍAS A LA SEMANA, UN 5,6% NO CONSUMIÓ, UN 3,6% UN DÍA A LA SEMANA Y MENOS DE UN DÍA A LA SEMANA.

Las mujeres presentan porcentajes superiores a los hombres en consumo de 2-3 días a la semana con 25% frente a un 18,6% y en la opción "no consumió" con un 14,3% frente a un 4,2% de los hombres.

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS POR LA ADICCIÓN A LA MISMA SUSTANCIA:



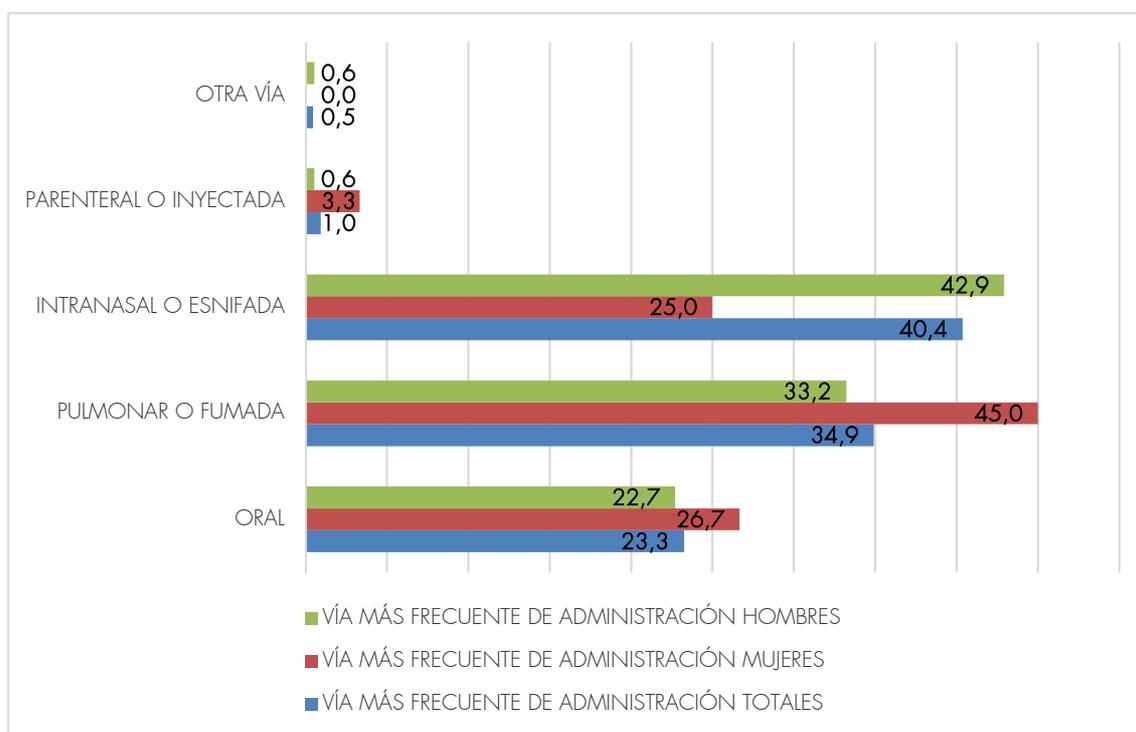
EL 66.4% DE LAS PERSONAS HABÍAN RECIBIDO PREVIAMENTE TRATAMIENTO POR LA MISMA SUSTANCIA, UN 69.5% DE LOS CASOS DE MUJERES Y UN 65.8% EN EL DE LOS HOMBRES.

EL 28.8% DE LAS PERSONAS NO HABÍAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO NUNCA, UN 25.4% DE LAS MUJERES Y UN 28.7% DE LOS HOMBRES.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 60.3% DE LOS HOMBRES Y EL 62.5% DE LAS MUJERES HAN ACUDIDO CON ANTERIORIDAD POR LA MISMA SUSTANCIA A ALGÚN RECURSO.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 75% DE LOS HOMBRES Y EL 73% DE LAS MUJERES, HAN ACUDIDO CON ANTERIORIDAD POR LA MISMA SUSTANCIA A ALGÚN RECURSO.

VÍA MÁS FRECUENTE DE ADMINISTRACIÓN:



EL 40.4% DEL TOTAL DE PERSONAS ATENDIDAS, UTILIZAN LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN INTRANASAL O ESNIFADA, QUE CORRESPONDE CON LA SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA CUAL SE SOLICITA TRATAMIENTO (COCAÍNA).

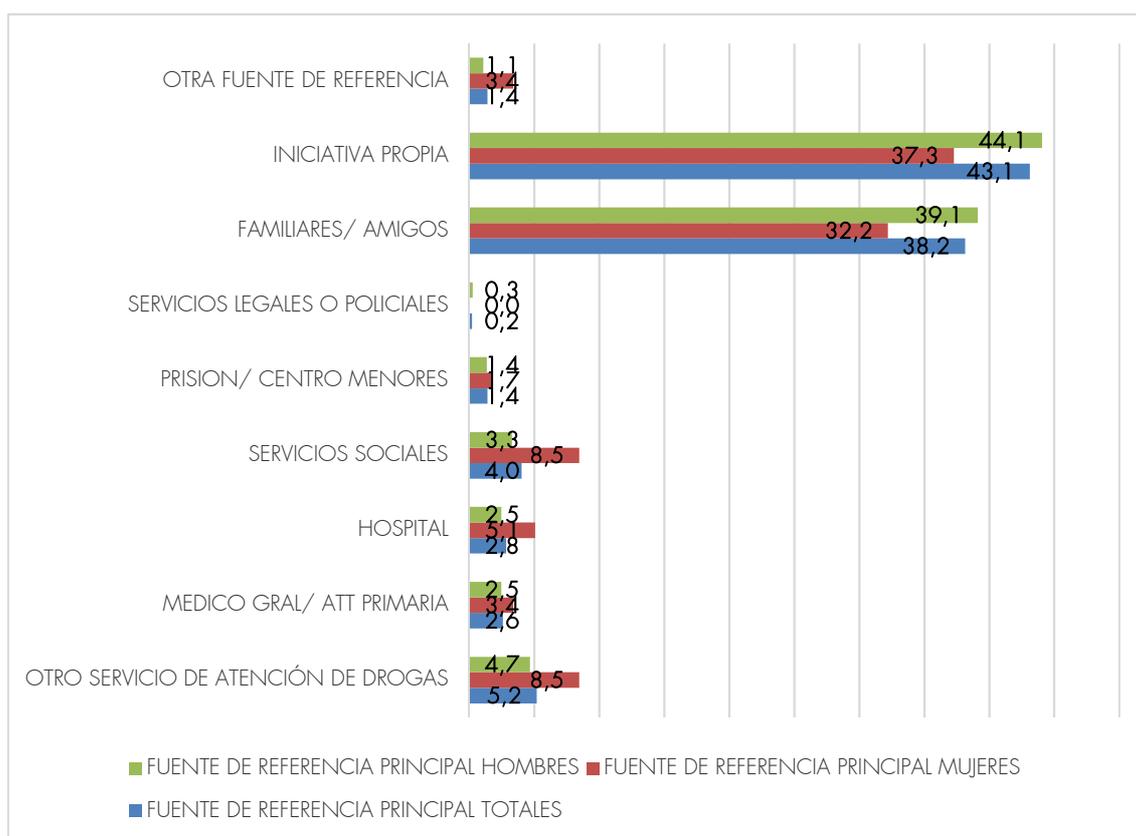
El 34.9% utiliza la vía pulmonar o fumada (heroína, crack y cannabis), y el 23.3% corresponde a la vía oral (alcohol y benzodicepinas).

La vía más frecuente de administración, en el caso de uso inyectada o parenteral, es el dato que más nos aporta en cuanto a patrón de consumo, para observar si el consumo de heroína

realmente está teniendo un impacto en la población que acude a nuestros Centros. El porcentaje en este caso representa un 1% del total, un 3.3% en el caso de las mujeres y un 0.6% en el caso de los hombres.

Destacar que es un perfil que sí se ha inyectado alguna vez en la vida, pero no en el último año, ni en el último mes.

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL:



LOS MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS CUALES LAS PERSONAS HAN ACUDIDO A SOLICITAR TRATAMIENTO O INFORMACIÓN, SON POR INICIATIVA PROPIA DEL PACIENTE O POR PRESIONES FAMILIARES O DE AMIGOS/AS, CON UN 43.1% Y 38.2% RESPECTIVAMENTE. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL RESULTADO DE AMBAS CONCLUYE EN LA DEMANDA DE INFORMACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA.

En el caso de las mujeres, acuden en un 37.3% por iniciativa propia, y en con un 32.2% acompañadas de familiares o amigos/as; en el caso de los hombres el porcentaje por ambos motivos es igual, con un 44.1% y un 39.1% respectivamente.

Las principales fuentes de referencia de recursos son los servicios sociales (4%), unidades de atención a las drogodependencias (5.2%), médicos/as o centros de salud (2.6%) y hospitales (2.8%) sumando un porcentaje del 14.6% sobre el total.

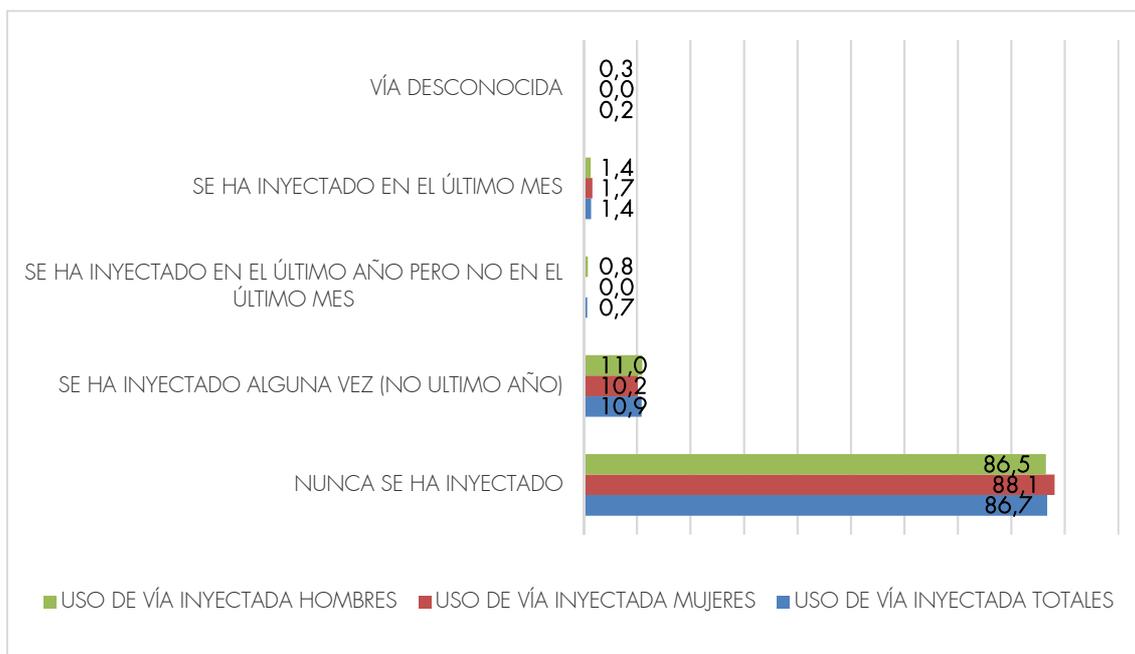
Desde servicios policiales/legales/prisiones han supuesto un total del 1.6% de las derivaciones de información recibidas, y en el caso de otras fuentes (no especificadas en el OED) un 1.4% del total.

Atendiendo al género, los casos derivados desde servicios sociales o servicios de la red asistencial han sido un total de 25.5%, y en el caso de los hombres 13%.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, LAS PERSONAS QUE ACUDEN A TRATAMIENTO LO HACEN O POR FAMILIARES Y AMIGOS PRINCIPALMENTE, CON UN 38.2%, O POR INICIATIVA PROPIA EL 49.3%. OTRAS FUENTES DE REFERENCIAS COMO RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS 3.1%, ATENCIÓN PRIMARIA/ CENTROS DE SALUD 1.3%, HOSPITAL 1.8% Y SERVICIOS SOCIALES 4.4%, HACIENDO UN TOTAL DE PORCENTAJES DE DERIVACIONES DEL 10.6%. DESDE PRISIÓN UN 1.3% Y 0.4% DE OTRAS FUENTES NO ESPECIFICADAS.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS UN 36% DE LAS PERSONAS ACUDEN A TRATAMIENTO POR INICIATIVA PROPIA, UN 38.1% POR FAMILIARES O AMIGOS/AS. OTRAS FUENTES DE REFERENCIAS COMO RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS 7.6%, ATENCIÓN PRIMARIA/ CENTROS DE SALUD 4.1%, HOSPITAL 4.1% Y SERVICIOS SOCIALES 3.6%, HACIENDO UN TOTAL DE PORCENTAJES DE DERIVACIONES DEL 19.4%. DESDE PRISIÓN/SERVICIOS LEGALES/ POLICIALES UN 2% Y 2.5% DE OTRAS FUENTES NO ESPECIFICADAS.

USO DE VÍA INYECTADA:



EL 86.7% DE LAS PERSONAS QUE ACUDIERON A SOLICITAR AYUDA NO SE HABÍAN INYECTADO NUNCA, TANTO EN MUJERES COMO EN HOMBRES; EL 10.9% SE HABÍA INYECTADO ALGUNA VEZ EN SU VIDA (NO EN EL ÚLTIMO AÑO), EL 0.7% SE HABÍAN INYECTADO EN EL ÚLTIMO AÑO, PERO NO EN EL MES ANTERIOR A LA INFORMACIÓN; Y EL 1.4% SE HA INYECTADO EN EL ÚLTIMO MES.

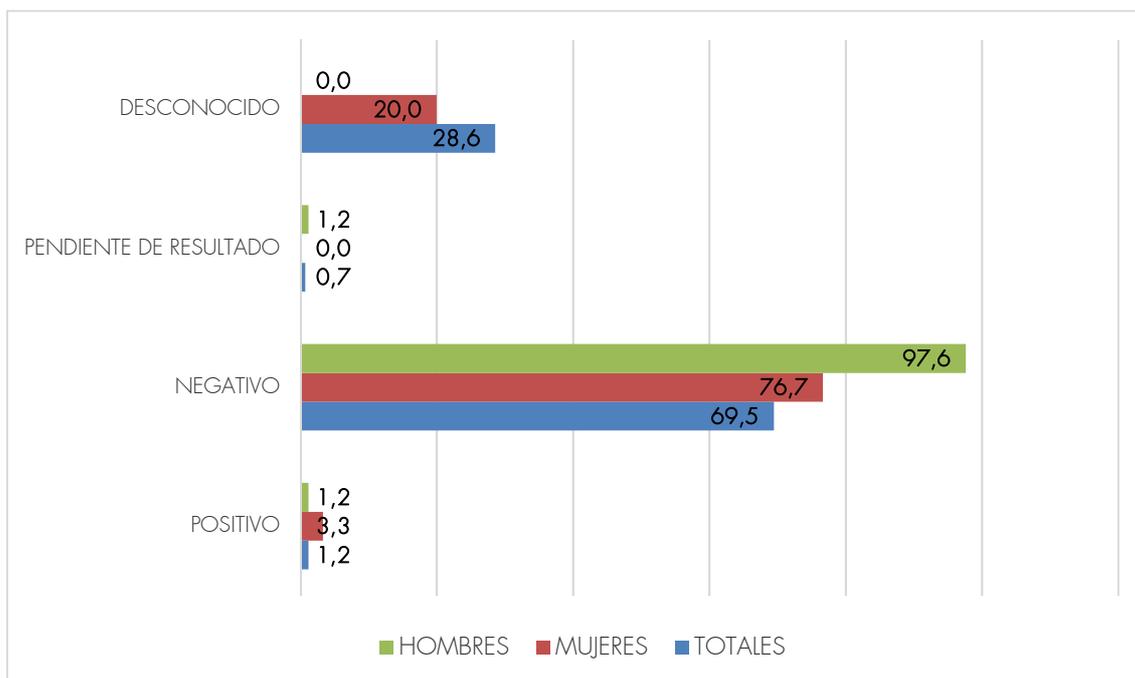
Atendiendo al género, no se aprecian diferencias en cuanto a uso de vía inyectada en hombres y mujeres.

TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS DE OPIÁCEOS:

RELACIONANDO LOS RESULTADOS CON EL USO DE LA VÍA INYECTADA, EL PORCENTAJE DE PERSONAS CON TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS DE OPIÁCEOS NO ES SIGNIFICATIVO EN NUESTRO RECURSO, EL 81% NO HA RECIBIDO ESTE TIPO DE TRATAMIENTO NUNCA.

EL 6% LO HA TOMADO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, PERO NO EN EL ÚLTIMO AÑO, EL 2.6% LO HA TOMADO EN EL ÚLTIMO AÑO, PERO NO EN EL ÚLTIMO MES, Y EL 9% EN EL ÚLTIMO MES.

SITUACIÓN CON RESPECTO AL VIH:



EL 69.5% DE LAS PERSONAS TENÍAN RESULTADOS NEGATIVOS CON RESPECTO A SU SITUACIÓN CON EL VIH; EL 28.6% DESCONOCÍAN ESTE ASPECTO DE SU SALUD, Y UN 0.7% ESTABAN PENDIENTES DE RESULTADOS. EL 1.2% DE LOS PACIENTES PADECÍAN VIH.

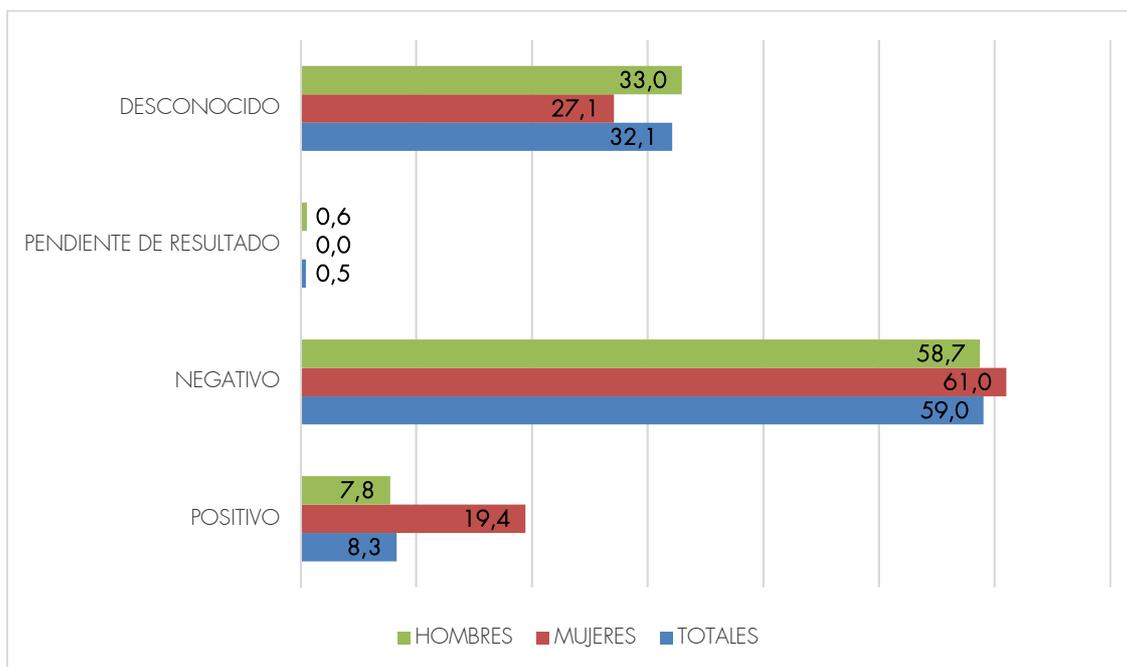
Con respecto al género, el 76.7% de las mujeres tenían analíticas negativas; el 20% no sabían su situación médica con respecto a la enfermedad, y un 3.3% padecían la enfermedad.

En el caso de los hombres, el 97.6% tenían resultados negativos y un 1.2% padecían la enfermedad.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 68.1% TENÍAN ANALÍTICAS NEGATIVAS (MUJERES: 75% Y HOMBRES: 97.7%); EL 30.5% DESCONOCÍAN ESTE ASPECTO DE SU SALUD (MUJERES: 25% Y HOMBRES: 0.00%); EL 0.9% TENÍAN ANALÍTICAS POSITIVAS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES 0.7%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 71.1% TENÍAN ANALÍTICAS NEGATIVAS (MUJERES: 78.6% Y HOMBRES: 97.5%); EL 26.4% DESCONOCÍAN ESTE ASPECTO DE SU SALUD (MUJERES: 14.3% Y HOMBRES: 0.00%); EL 1.5% TENÍAN ANALÍTICAS POSITIVAS (MUJERES: 7.1% Y HOMBRES 0.8%).

SITUACIÓN CON RESPECTO A LA HEPATITIS C:

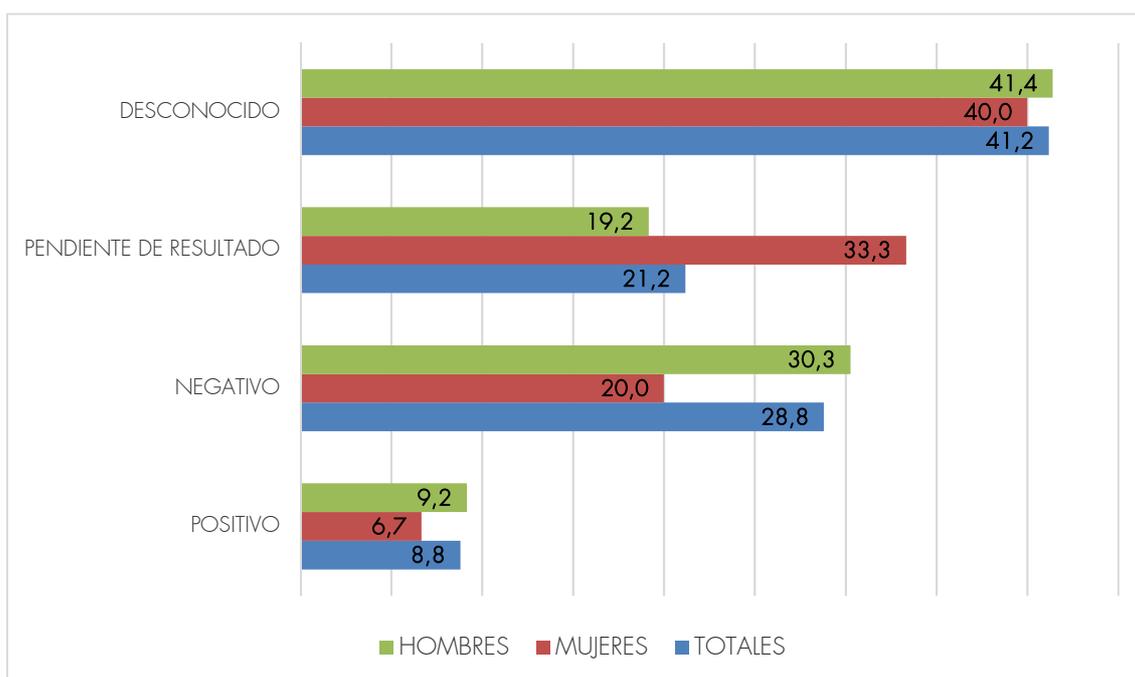


EL 8.3% TENÍA RESULTADOS POSITIVOS, EL 59% DE LAS PERSONAS NO PADECE ESTA ENFERMEDAD Y MÁS DEL 30% DESCONOCÍA ESTE ASPECTO DE SU SALUD. EN EL CASO DE LOS HOMBRES, UN 7.8% LA SUFREN, Y UN 19.4% EN EL CASO DE LAS MUJERES.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 0.6% DE LAS PERSONAS TENÍAN RESULTADOS POSITIVOS (MUJERES: 3.1% Y HOMBRES: 5.2%) Y UN 30.7% DESCONOCÍAN ESTE ASPECTO DE SU SALUD (MUJERES: 31.3% Y HOMBRES: 32.5%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 12.2% DE LAS PERSONAS TENÍAN RESULTADOS POSITIVOS (MUJERES: 37.5% Y HOMBRES: 10.7%) Y UN 31.5% DESCONOCÍAN ESTE ASPECTO DE SU SALUD (MUJERES: 21.4% Y HOMBRES: 33.1%).

SITUACIÓN CON RESPECTO A LA HEPATITIS B:

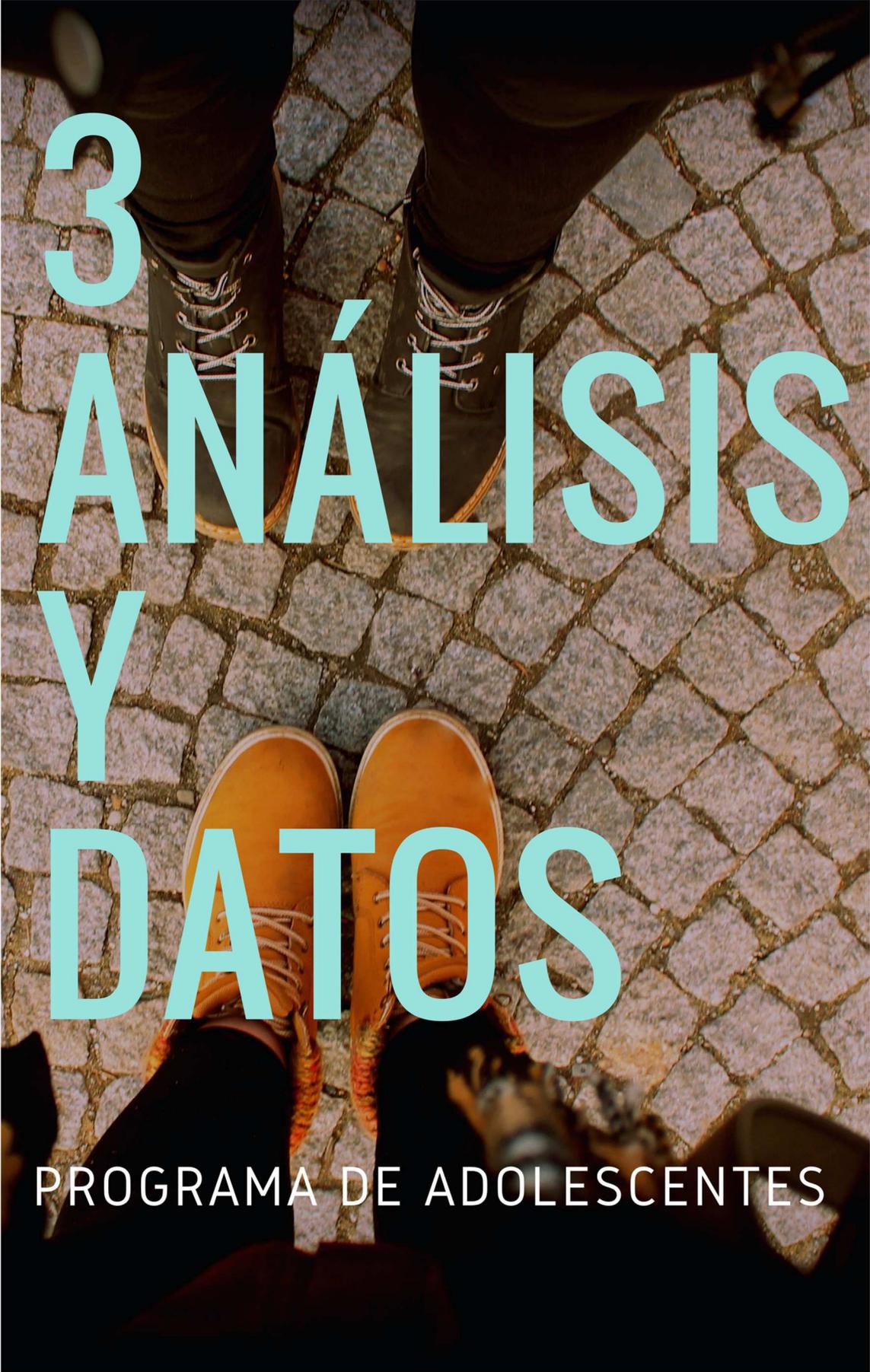


IGUAL QUE OCURRE CON EL VIH Y CON LA HEPATITIS C, UN ALTO GRADO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS DESCONOCE SU ESTADO DE SALUD CON RESPECTO A ESTAS ENFERMEDADES; EN EL CASO DE LA HEPATITIS B, EL 41.2%; Y UN 21.2% ESTABAN PENDIENTES DE ESTE RESULTADO. EL 8.8% DE LA POBLACIÓN ATENDIDA TENÍA HEPATITIS B.

En el caso de las mujeres, el 40% de los casos y en el de los hombres el 41.4% desconocían su estado de salud con respecto a esta enfermedad, un 6.7% de mujeres tenía resultados positivos y un 9.2% de los hombres.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 13.3% TENÍAN RESULTADOS POSITIVOS (MUJERES: 12.5% Y HOMBRES: 13.4%), Y DESCONOCÍAN SU SITUACIÓN EL 25.2% (MUJERES: 28.1% Y HOMBRES: 24.7%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 3.6% TENÍAN RESULTADOS POSITIVOS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 4.2%), Y DESCONOCÍAN SU SITUACIÓN EL 59.8% (MUJERES: 53.6% Y HOMBRES: 60.8%).



3 ANÁLISIS Y DATOS

PROGRAMA DE ADOLESCENTES

DESDE LOS PROGRAMAS DE ADOLESCENTES "NOVA", DE PREVENCIÓN INDICADA, SE HAN RECIBIDO UN TOTAL DE 73 SOLICITUDES DE INFORMACIÓN, TANTO DE UNIDADES FAMILIARES QUE ASISTEN CON SUS HIJOS/AS, COMO DE FAMILIAS QUE ACUDEN SIN EL ADOLESCENTE Y MENORES SIN APOYO FAMILIAR, DESDE INSTITUCIONES DE ACOGIMIENTO Y/O TUTELA.

	GRAN CANARIA	TENERIFE	CANARIAS
PERSONAS QUE SOLICITAN INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO EN 2016	38 casos	35 casos	73 casos: aproximadamente 120 personas
TOTAL DE CASOS QUE ACCEDEN AL PROGRAMA	84% casos	100% casos	

SE TRATA DE UN ABORDAJE DESDE LA PREVENCIÓN INDICADA, TRABAJANDO PRINCIPALMENTE CON LAS FAMILIAS Y/O REFERENTES EDUCATIVOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

NUESTRA POBLACIÓN DIANA SON UNIDADES FAMILIARES, FAMILIAS Y ADOLESCENTES; TRABAJAMOS POR CASOS; ES DECIR, QUE CADA CASO QUE ABORDAMOS ESTÁ COMPUESTO POR VARIOS/AS USUARIOS/AS: PADRE, MADRE Y ADOLESCENTES.

EL 63% DE LOS CASOS HAN SIDO UNIDADES FAMILIARES, COMPUESTAS POR LAS MADRES/ PADRES Y EL/A ADOLESCENTE

EL 29% HAN SIDO FAMILIAS, ES DECIR MADRES/ PADRES O UNO/A DE ELLOS SIN QUE EL/A ADOLESCENTE ACUDA AL RECURSO (POR RAZONES DE EDAD, O ALTA CONFLICTIVIDAD FAMILIAR Y SE TRABAJA PARA QUE ACUDA POSTERIORMENTE, O POR DECISIÓN DEL EQUIPO QUE VALORA LA NO ASISTENCIA DEL/A ADOLESCENTE); EL 14% HAN SIDO ADOLESCENTES SIN APOYO FAMILIAR, AUMENTANDO EL DOBLE CON RESPECTO A 2016 (7%); BIEN PORQUE SE PRESENTA UNA SITUACIÓN DE DESESTRUCTURA SOCIAL Y SU FAMILIA NO SE IMPLICA EN EL PROCESO, O PORQUE EL/A ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN UN CENTRO DE TUTELA O ACOGIMIENTO.

CON RESPECTO AL PERFIL TIPO DE LAS FAMILIAS QUE ATENDEMOS, RECOGEMOS UN PERFIL GENERAL: EDAD, SEXO Y PARENTESCO CON

EL/A ADOLESCENTE; DE LAS *ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN QUE LES PASAMOS PERIÓDICAMENTE*.

EL 69% SON MUJERES Y EL 31% SON HOMBRES.

EL PROMEDIO DE EDAD SE SITÚA EN LOS 51 AÑOS

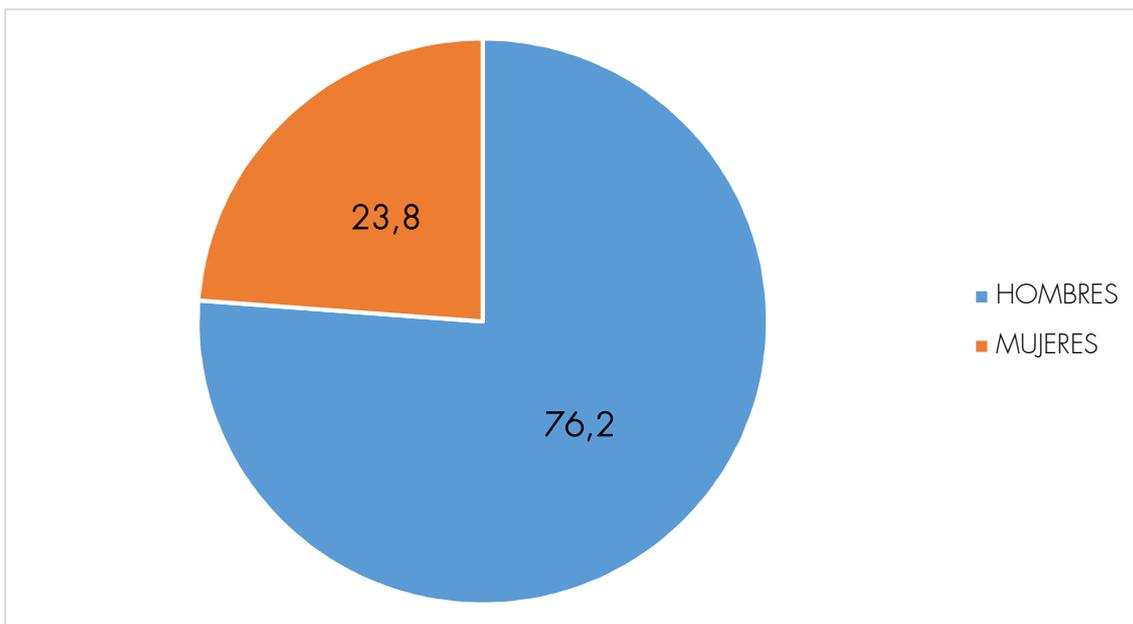
EL 69% SE TRATA DE MADRES, Y EN UN 28% SON PADRES.

LA EDAD MEDIA DE LAS MADRES Y PADRES SE SITÚA ENTRE 45-48 AÑOS, Y MÁS DEL 70% SON MADRES, Y EL 28% SON PADRES.

PERFIL DE ADOLESCENTES

PERFIL PSICOSOCIAL

SEXO:



EL 76.2% DE LOS/AS ADOLESCENTES ATENDIDOS/AS ERAN HOMBRES, Y UN 23.8% MUJERES, AUMENTANDO EN CUATRO PUNTOS EL PORCENTAJE DE ADOLESCENTES MUJERES ATENDIDAS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 79.4% ERAN HOMBRES Y EL 20.6% ERAN MUJERES; EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 72.4% ERAN HOMBRES Y EL 27.6% ERAN MUJERES.

EDAD MEDIA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES QUE SOLICITARON TRATAMIENTO:

LA EDAD MEDIA FUE DE 17 AÑOS, DISMINUYENDO EN UN PUNTO CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR.

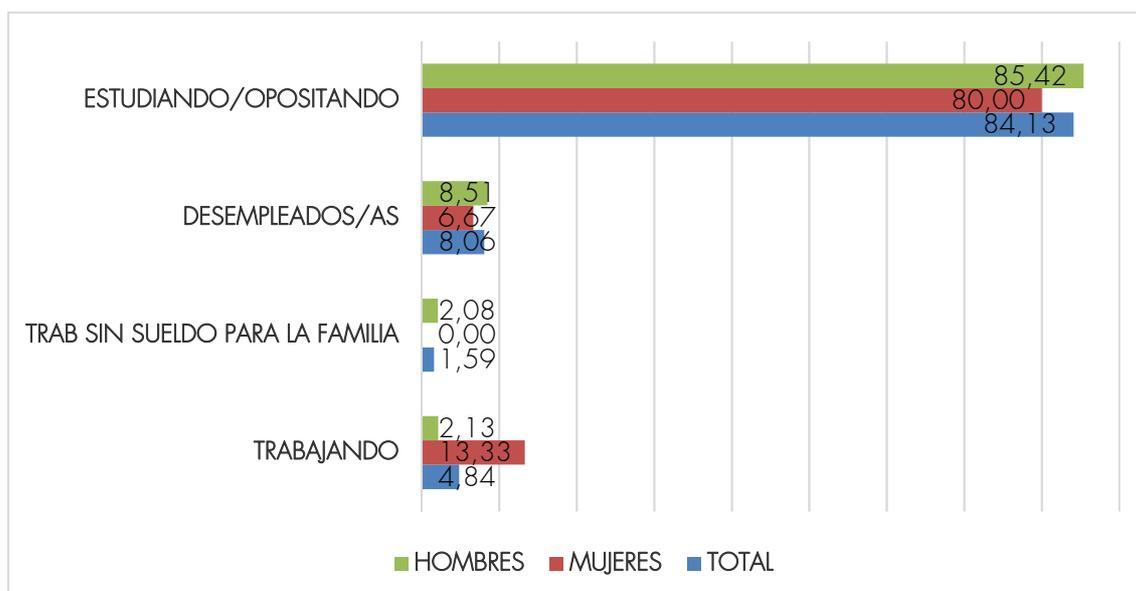
EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
17 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
17 AÑOS	16 AÑOS	18 AÑOS

SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL:



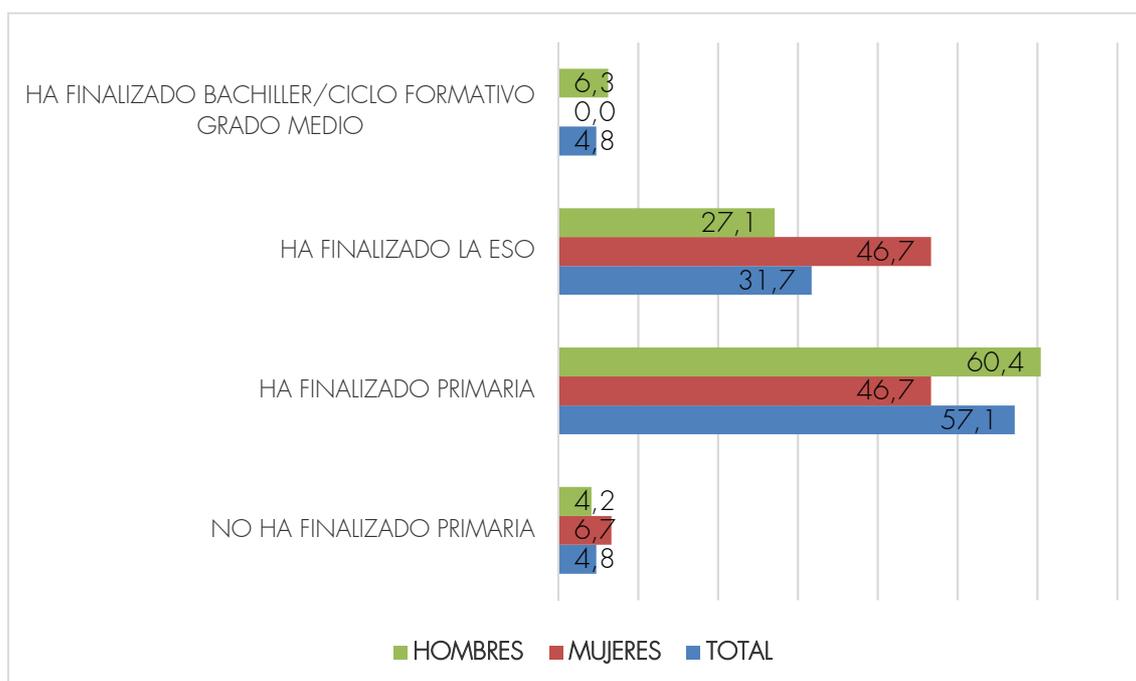
El 84.13% de los y las adolescentes se encuentran en periodo escolar, aumentando con respecto al año anterior (70%); en el caso de las adolescentes mujeres, con un 80% y en un 85.42% en el caso de los hombres.

El 4.83% de los/as adolescentes se encuentra trabajando, aumentando también con respecto a 2016 (1%); un 13.33% en el caso de las adolescentes mujeres y un 4.5% en el de adolescentes hombres.

El 8% se encuentra en situación de desempleo, destacar que en 2016 apenas llegaba al 1%; en el caso de las adolescentes mujeres en un 6.67% y en caso de los adolescentes hombres, muy superior con un 8.51%.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE EL 85% DE ADOLESCENTES SE ENCUENTRA EN EDAD ESCOLAR, AL IGUAL QUE EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS EL 86.21%, SIN APRECIACIONES EN CUANTO A GÉNERO.

SITUACIÓN FORMATIVA/ ACADÉMICA:



El 57.1% de los/as adolescentes ha finalizado la educación primaria, en el caso de las mujeres el 46.7% de los casos y en el de los hombres desciende al 60.4%.

El 4.8% de los casos no han finalizado primaria, el 6.7% en el caso de las mujeres y el 4.2% en el caso de los hombres.

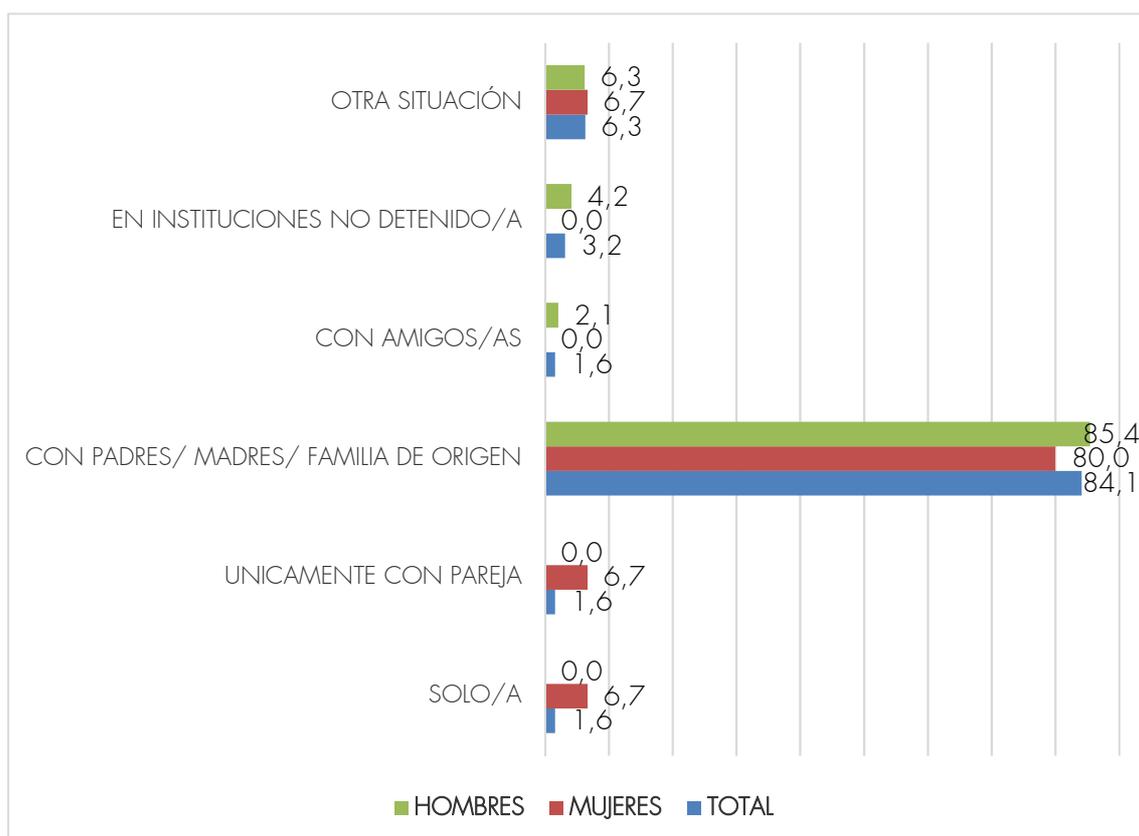
El 31.7% HA FINALIZADO LA ESO, EN UN 46.7% EN EL CASO DE LAS MUJERES Y EN UN 27.1% EN EL DE LOS HOMBRES.

El 4.8% HA FINALIZADO EL BACHILLER O UN CICLO DE GRADO MEDIO, SIENDO TODOS HOMBRES, QUE SUPONEN EL 6.3% DEL TOTAL DE ELLOS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 52.9% HA FINALIZADO LA PRIMARIA (MUJERES: 66.7% Y HOMBRES: 67.7%), EL 32.4% HA FINALIZADO LA ESO (MUJERES: 33.3% Y HOMBRES: 25.8%); EL 2.9% HA FINALIZADO BACHILLER/ CICLOS FORMATIVOS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 3.2%), Y NO HA FINALIZADO PRIMARIA EL 8.8% (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 3.2%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 62.1% HA FINALIZADO LA PRIMARIA (MUJERES: 50% Y HOMBRES: 66.7%), EL 31% HA FINALIZADO LA ESO (MUJERES: 50% Y HOMBRES: 23.8%); EL 6.9% HA FINALIZADO BACHILLER/ CICLOS FORMATIVOS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 9.5%).

CONVIVENCIA PREVIA AL TRATAMIENTO:



El 84.1% DE LOS/AS ADOLESCENTES CONVIVE CON SUS PADRES/MADRES O FAMILIA DE ORIGEN (MUJERES: 80% Y HOMBRES: 85.4%); UN 3.2% DE LOS

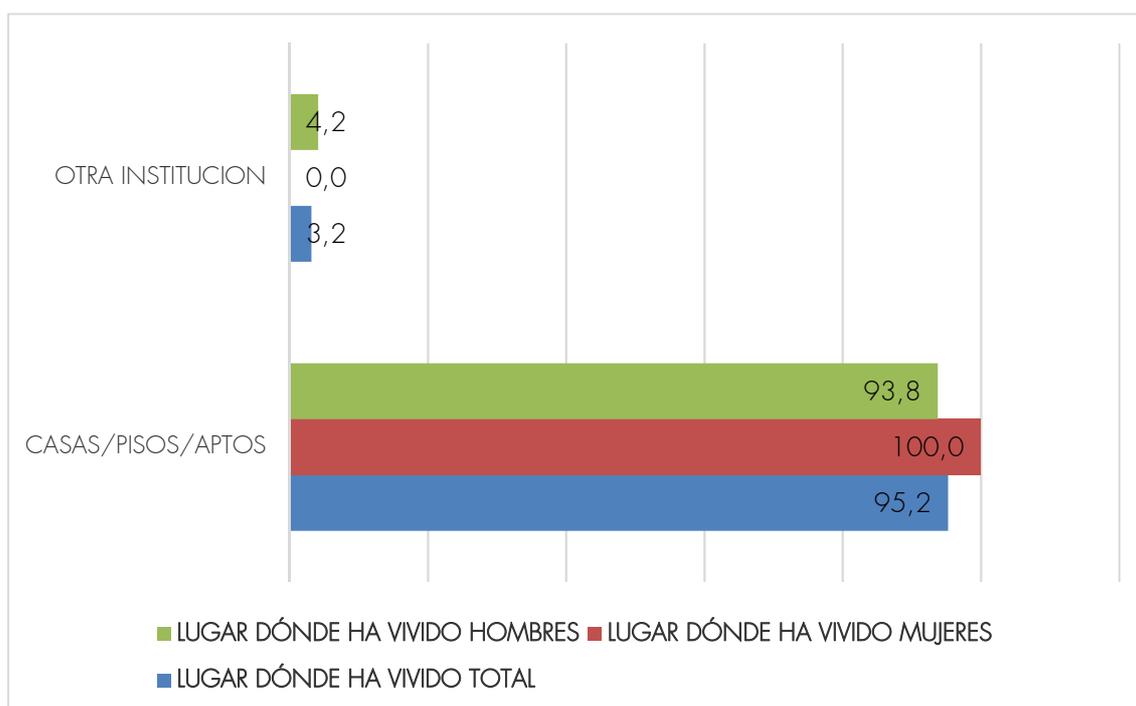
CASOS SE ENCONTRABAN EN INSTITUCIONES NO DETENIDOS/AS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 4.2%); EN UN 1.6% DE LOS CASOS VIVÍAN SOLOS/AS (MUJERES: 6.7% Y HOMBRES: 0.00%); Y EL 6.3% ESTABAN EN OTRA SITUACIÓN (MUJERES: 6.7% Y HOMBRES: 6.3%); UN 1.6% VIVÍAN CON PAREJA (MUJERES: 6.7% Y HOMBRES: 0.00%) Y UN 1.6% CON AMIGOS/AS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 2.1%).

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 87.5% DE LOS CASOS CONVIVEN CON SUS PADRES/MADRES O FAMILIA DE ORIGEN (MUJERES: 88.9% Y HOMBRES: 87.1%); EL 5% EN INSTITUCIONES NO DETENIDO/A (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 3.2%); CON PAREJA E HIJOS/AS UN 2.5% (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 3.2%); SOLO/A UN 2.5% (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 3.2%); OTRA SITUACIÓN UN 2.5% (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 3.2%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 79.3% DE LOS CASOS CONVIVEN CON SUS PADRES/MADRES O FAMILIA DE ORIGEN (MUJERES: 75% Y HOMBRES: 81%); EL 3.4% EN INSTITUCIONES NO DETENIDO/A (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 4.8%); SOLO/A UN 3.4% (MUJERES: 12.5% Y HOMBRES: 0.00%); OTRA SITUACIÓN UN 10.3% (MUJERES: 12.5% Y HOMBRES: 9.5%).

EN AMBAS PROVINCIAS AUMENTAN LOS CASOS DE ADOLESCENTES MÁS VULNERABLES, CONSIDERANDO ÉSTOS LOS/AS QUE PROVIENEN DE INSTITUCIONES SOCIALES.

LUGAR DÓNDE HA VIVIDO PREVIO AL TRATAMIENTO:



EL 95.2% DE LOS/AS ADOLESCENTES VIVÍAN EN CASAS O PISOS, UN 3.2% EN OTRAS INSTITUCIONES (NO DETENIDOS/AS).

EN EL CASO DE LAS MUJERES, EL 100% CONVIVEN EN CASAS/PISOS/ APARTAMENTOS; EN EL CASO DE LOS HOMBRES EL 93.8%; EL RESTANTE 4.2% DE LOS HOMBRES LO HACE EN OTRA INSTITUCIÓN NO DETENIDO.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 95% DE LOS CASOS VIVEN EN CASAS/PISOS/ APARTAMENTOS (MUJERES: 88.9% Y HOMBRES: 96.8%); EN OTRA INSTITUCIÓN EL 5% DE LOS CASOS (MUJERES: 11.1% Y HOMBRES: 3.2%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 96.6% DE LOS CASOS VIVEN EN CASAS/PISOS/ APARTAMENTOS (MUJERES: 100% Y HOMBRES: 95.2%); EN OTRA INSTITUCIÓN EL 3.4% DE LOS CASOS (MUJERES: 0.001% Y HOMBRES: 4.8%).

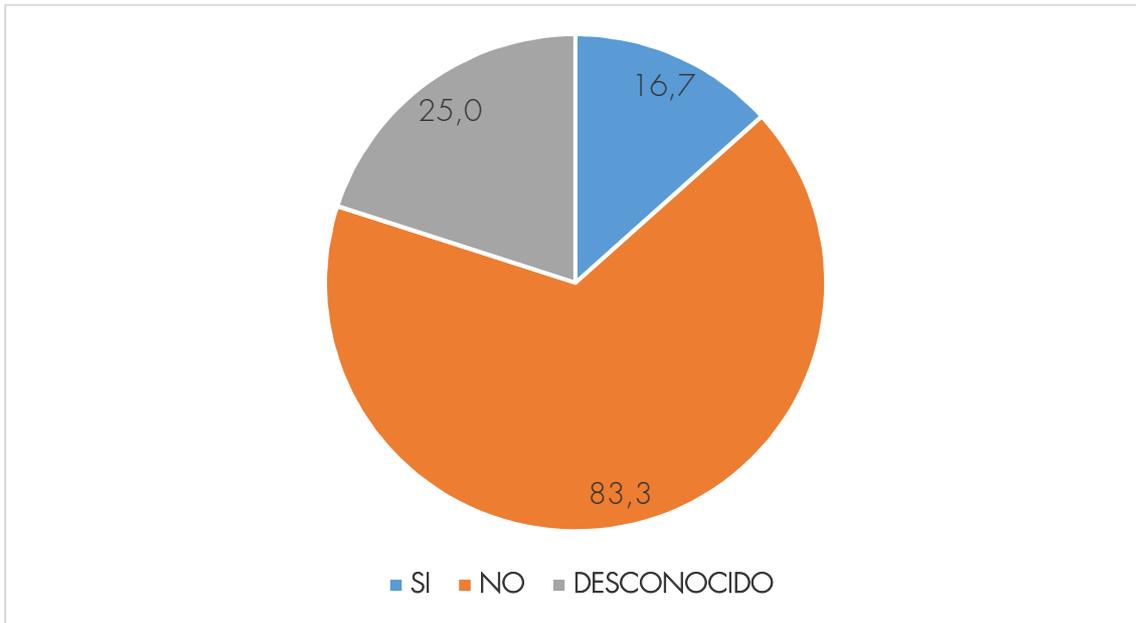
Nº DE HIJOS/AS:

EL 93.3% DE LOS CASOS NO TIENEN HIJOS/AS (MUJERES: 80.00% Y HOMBRES: 100%); Y EL 6.7% TIENEN 1 HIJO/A, SIENDO EL 100% MUJERES, UN 20% DE ELLAS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 95% NO TIENEN HIJOS/AS (MUJERES: 88.9% Y HOMBRES: 96.8%); Y EL 5% TIENEN 1 HIJO/A (MUJERES: 11.1% Y HOMBRES: 3.2%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 93.3% NO TIENEN HIJOS/AS (MUJERES: 80% Y HOMBRES: 100%); Y EL 6.7% TIENEN 1 HIJO/A (MUJERES: 20% Y HOMBRES: 0.00%).

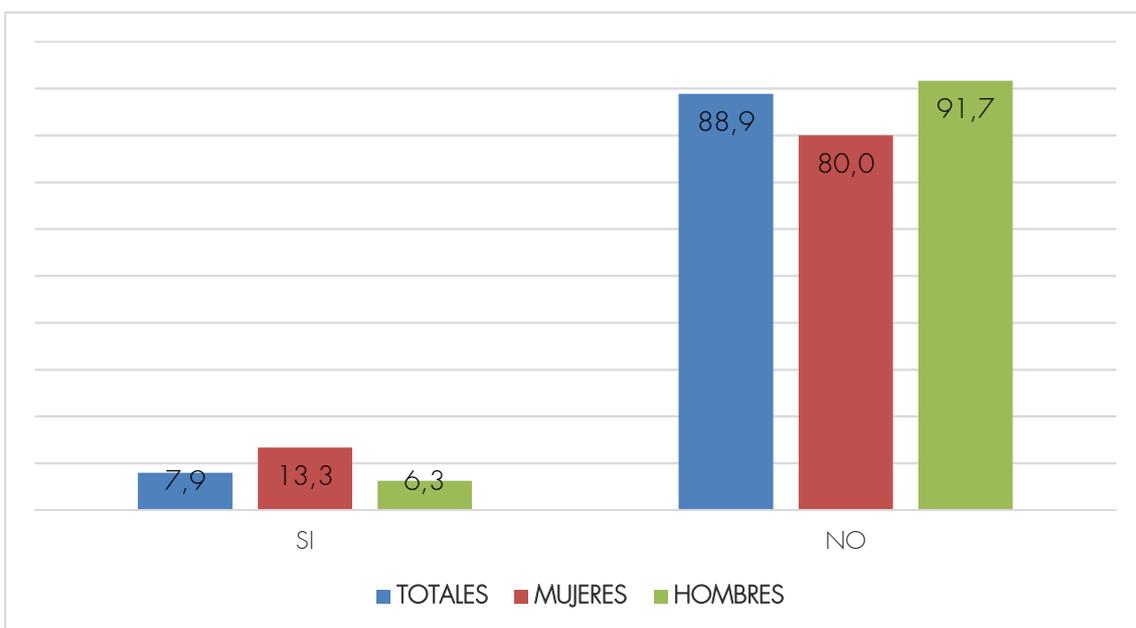
VIOLENCIA DE GÉNERO:



EL 16.7% DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL RECURSO HAN SUFRIDO VIOLENCIA DE GÉNERO, AUMENTANDO CON RESPECTO A 2016 EN DOS PUNTOS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 14.3% HAN SUFRIDO VIOLENCIA; Y EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 33% DE LOS CASOS.

CAUSAS PENALES:

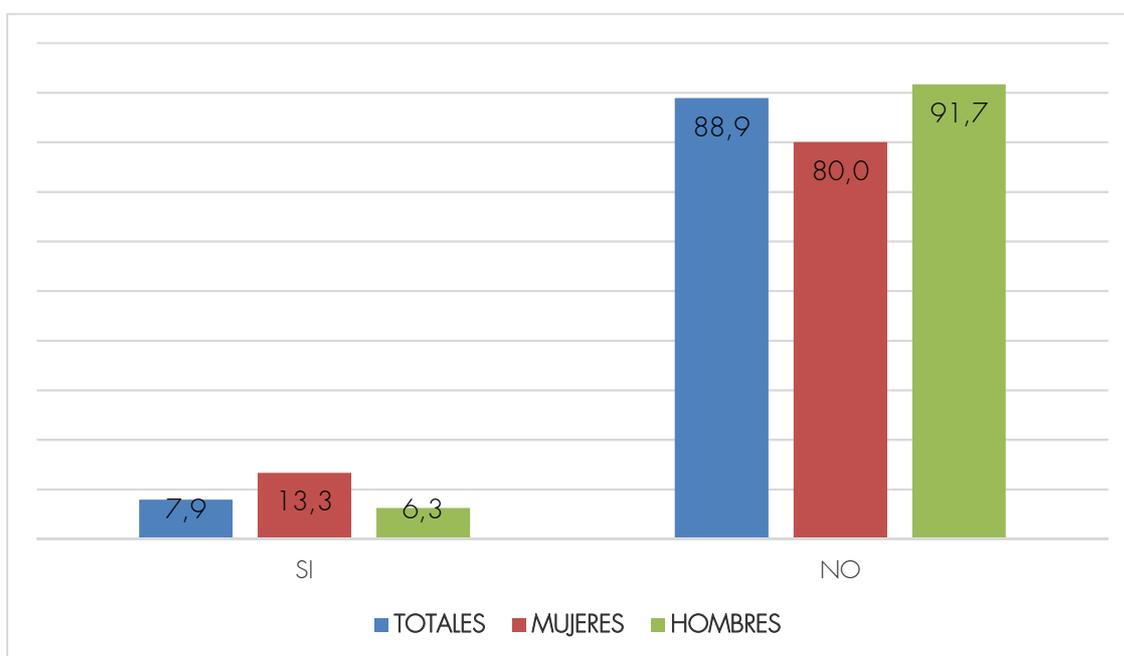


EL 7.9% DE LOS/AS ADOLESCENTES TENÍA CAUSAS PENALES EN EL MOMENTO DE LA INFORMACIÓN; EN EL CASO DE LAS MUJERES EN UN 13.3% Y EN EL DE LOS HOMBRES EN UN 6.3%.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 12.5% DE LOS CASOS INFORMADOS TENÍAN CAUSAS JUDICIALES/ PENALES, EN TODOS ELLOS SE TRATABA DE HOMBRES, QUE SUPONEN UN 16.1% DE ELLOS.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 13.8% DE LOS CASOS INFORMADOS TENÍAN CAUSAS JUDICIALES/ PENALES; EN EL CASO DE LAS MUJERES EL 25% DE ELLAS, Y EN EL CASO DE LOS HOMBRES, EL 9.5%.

EXCLUSIÓN SOCIAL:



EL 7.9% DE LOS/AS ADOLESCENTES SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL, EN EL CASO DE LAS MUJERES HASTA UN 13.3% Y EN EL DE LOS HOMBRES CON UN 6.3% DE LOS CASOS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, UN 12.5% DE LOS CASOS SE ENCONTRABAN EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL, SIENDO EN UN 33.3% EN LAS MUJERES Y UN 6.5% EN LOS HOMBRES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 13,8% DE LOS CASOS ATENDIDOS SE ENCONTRABAN EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL; EN UN 25% EN LAS MUJERES Y EN UN 9.5% EN LOS HOMBRES.

DISCAPACIDAD:

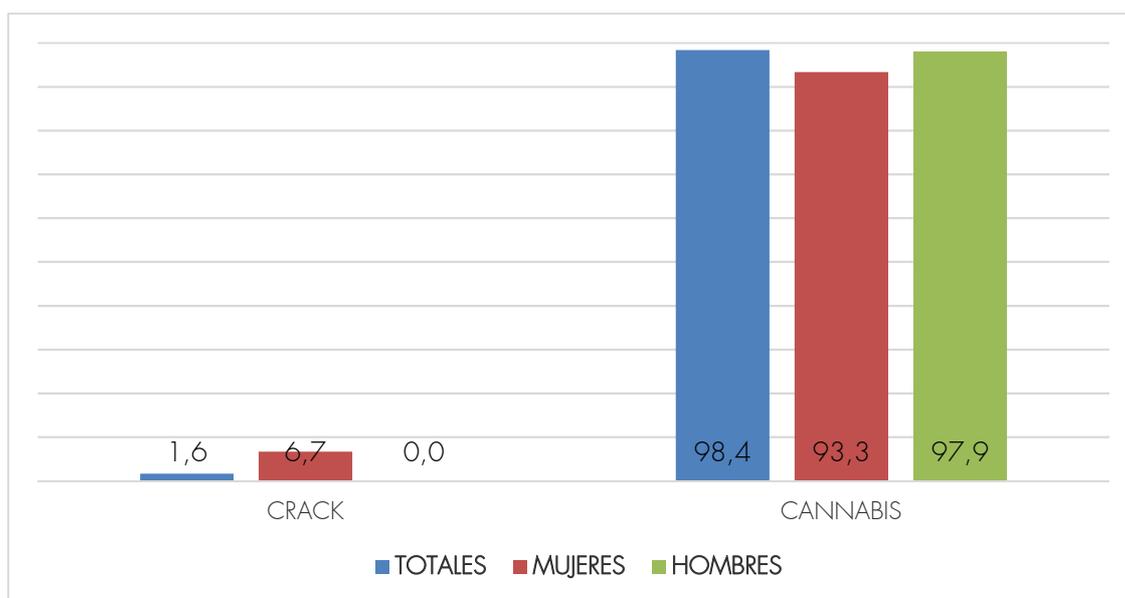
EL 3.2% DE LOS/AS ADOLESCENTES TENÍAN ALGUNA DISCAPACIDAD EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA DE INFORMACIÓN, SIENDO EN EL CASO DE LOS HOMBRES UN 4.2% Y NO EXISTIENDO CASOS EN LAS MUJERES.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, UN 2.9% DE LOS CASOS TENÍAN ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD, SIENDO EN UN 3.7% EN LOS HOMBRES Y NO EXISTIENDO CASOS EN LAS MUJERES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, UN 3.4% DE LOS CASOS TENÍAN ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD, SIENDO EN UN 4.8% EN LOS HOMBRES Y NO EXISTIENDO CASOS EN LAS MUJERES.

PATRONES DE CONSUMO:

SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE SOLICITA INFORMACION DURANTE 2017:



LA SUSTANCIA PRINCIPAL POR LA QUE SE SOLICITA TRATAMIENTO EN EL CANNABIS CON UN 98.4% DE LOS CASOS.

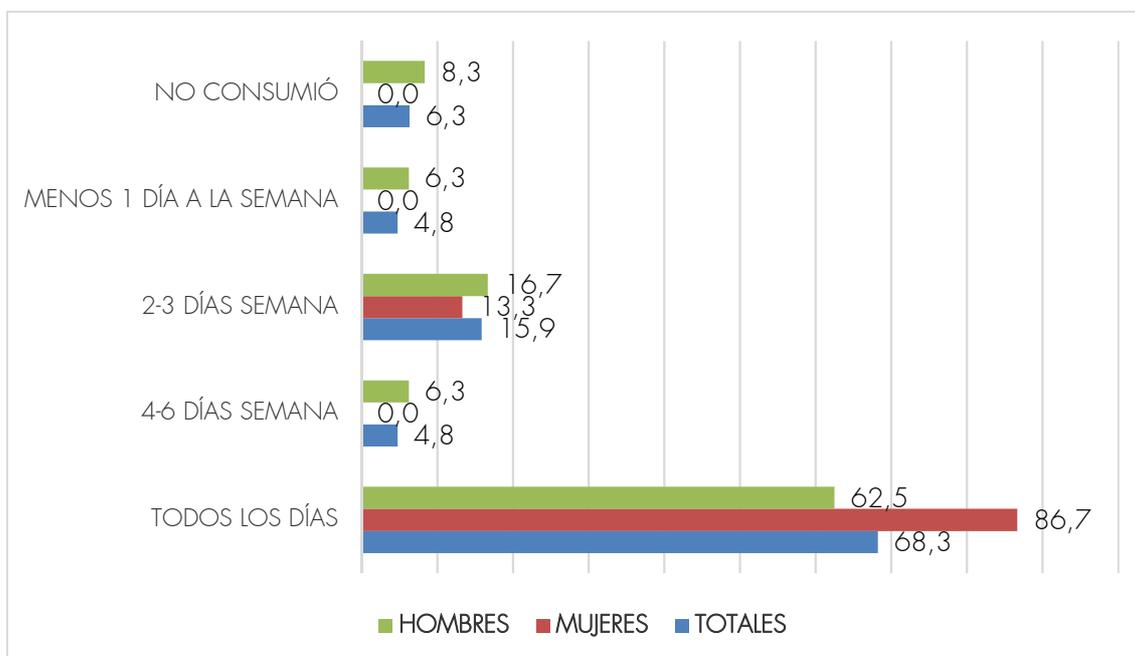
En 93.3% de los casos de mujeres y el 97.9% en el de los hombres.

Aparece un 1.6% de casos de consumo principal de CRACK, en el caso de las mujeres, destacamos un aparece un 6.7% de ellas.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 100% DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ACUDEN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE CANNABIS; UN 9% SEÑALARON COMO 2º SUSTANCIA DE CONSUMO EL ALCOHOL, Y UN 3% LA COCAÍNA.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, LA SUSTANCIA PRINCIPAL DE CONSUMO ES EL CANNABIS, Y COMO SEGUNDA SUSTANCIA EN LOS/AS ADOLESCENTES POLI CONSUMIDORES/AS EL ALCOHOL, EN EL 100% DE LOS CASOS.

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL:



EL 68.3% DE LOS/AS ADOLESCENTES CONSUME DIARIAMENTE, EN EL CASO DE LAS MUJERES EL 87.7% DE ELLAS, EN EL CASO DE LOS HOMBRES EN UN 62.5% DE LOS CASOS. ESTE AÑO, LAS ADOLESCENTES HAN PRESENTADO PATRONES DE CONSUMO MÁS GRAVES QUE LOS ADOLESCENTES, CON CONDUCTAS MÁS ABUSIVAS Y VARIAS SUSTANCIAS.

EL 20.7% CONSUMÍAN SEMANALMENTE, EN EL CASO DE LAS MUJERES UN 13.3% Y EN EL CASO DE LOS HOMBRES UN 23% DE ELLOS.

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 60% DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ATENDIDOS/AS CONSUMEN A DIARIO; UN 30% CONSUMEN SEMANALMENTE Y UN 5% MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA O NO CONSUMIERON.

EN EL CASO DE LAS MUJERES, EL 75% DE ELLAS CONSUMEN TODOS LOS DÍAS, Y LOS HOMBRES UN 56.3% DE ELLOS.

EL 25% DE LAS MUJERES TIENEN UN CONSUMO SEMANAL, Y UN 37.6% DE LOS HOMBRES; PRESENTANDO LAS MUJERES MÁS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS CON RESPECTO AL CONSUMO FRECUENTE QUE LOS HOMBRES.

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 72.4% DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ATENDIDOS/AS CONSUMEN A DIARIO; UN 10.3% CONSUMEN SEMANALMENTE Y UN 17.2% MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA O NO CONSUMIERON.

EN EL CASO DE LAS MUJERES, EL 87.5% CONSUMÍAN DIARIAMENTE, Y UN 66.7% DE LOS HOMBRES; SEMANALMENTE EL CONSUMO EN MUJERES SUPONE UN 12.5% Y EN EL CASO DE LOS HOMBRES UN 9.5%.

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO:

LA EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES SE SITÚA EN LOS 14 AÑOS, SIENDO UN PUNTO MENOS EN EL CASO DE LAS MUJERES 13 AÑOS.

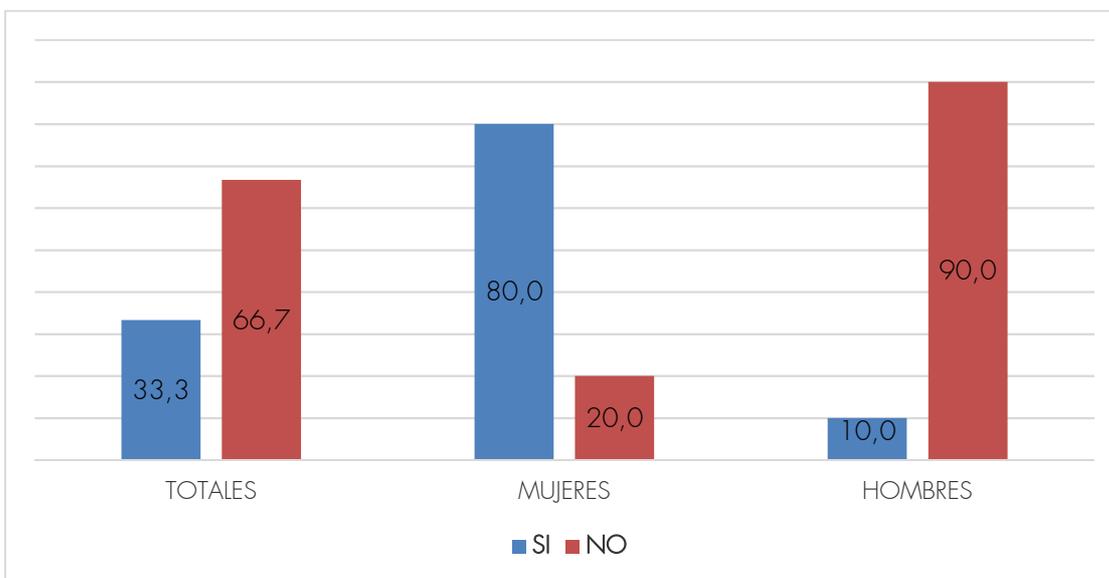
EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
14 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA:

TOTAL	MUJERES	HOMBRES
14 AÑOS	13 AÑOS	14 AÑOS

POLICONSUMO DE SUSTANCIAS:

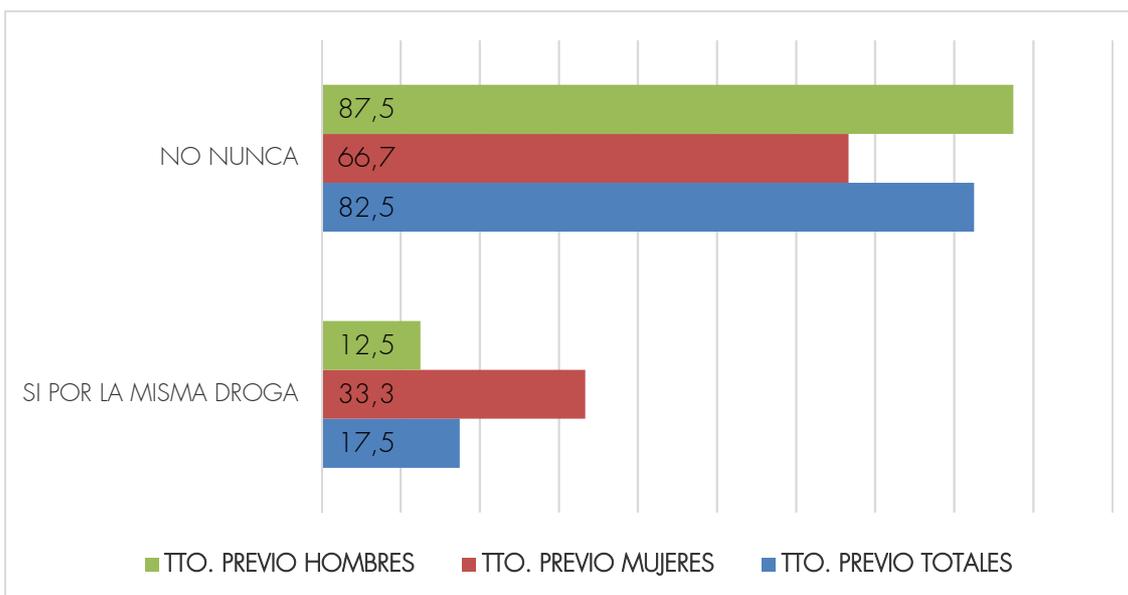


EL 33.3% DE LOS/AS ADOLESCENTES SON POLI CONSUMIDORES/AS, EN EL CASO DE LAS MUJERES EN UN 80% DE LOS CASOS, Y EN EL DE LOS CHICOS EN UN 10% DE ELLOS; VOLVIENDO A AUMENTAR EL PORCENTAJE DE MUJERES EN CUANTO A VARIACIONES DEL PATRÓN DE CONSUMO CON RESPECTO A AÑOS ANTERIORES.

EL 100% DE LOS CASOS HAN SEÑALADO EL ALCOHOL COMO 2º SUSTANCIA DE CONSUMO.

ESTE HECHO SE REFLEJA EN AMBAS PROVINCIAS, SIN EXISTIR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A GÉNERO.

ASISTENCIA A OTROS RECURSOS:



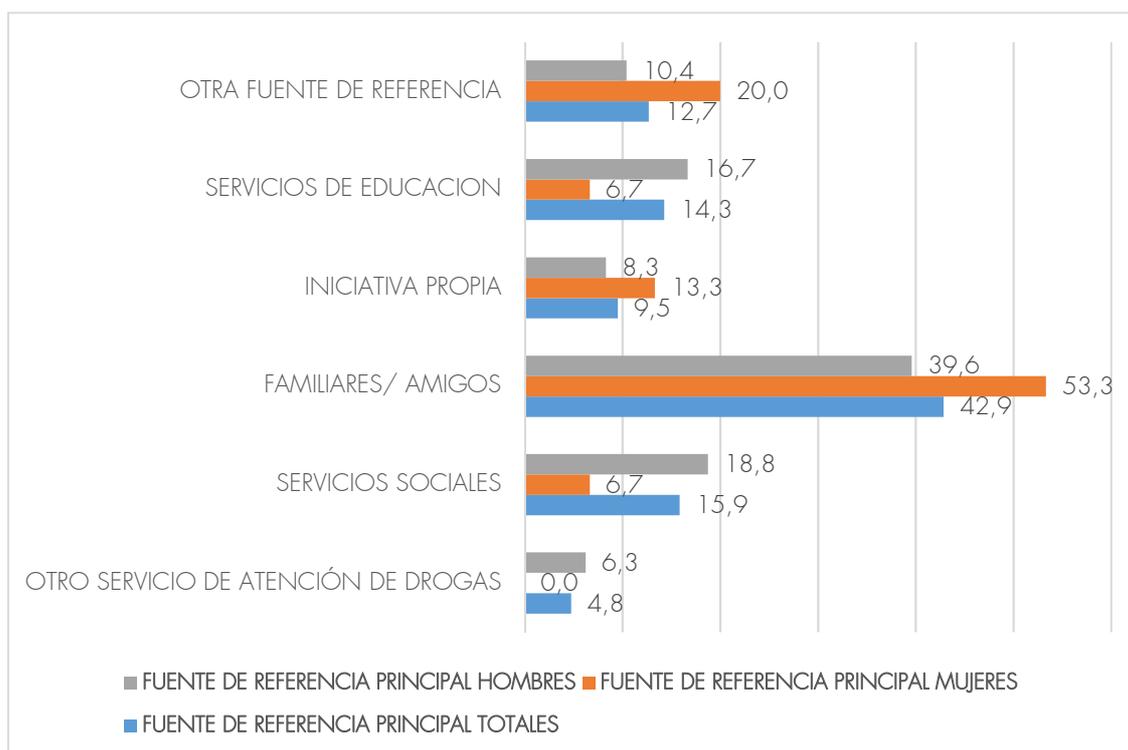
EL 82.5% DE LOS CASOS, NUNCA HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO, EN EL CASO DE LAS MUJERES EN UN 66.7% Y EN EL DE LOS HOMBRES EN UN 87.5%.

POR LA MISMA DROGA, HABÍAN RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO EL 17.5% DE LOS CASOS, UN 33.3% EN EL CASO DE LAS MUJERES Y UN 12.5% EN EL CASO DE LOS HOMBRES.

VÍA MÁS FRECUENTE DE ADMINISTRACIÓN DE LA SUSTANCIA:

EL 98.4% UTILIZAN LA VÍA PULMONAR O FUMADA, CORRESPONDIENDO CON LA SUSTANCIA PRINCIPAL CONSUMIDA QUE ES EL CANNABIS.

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL POR LA QUE ACUDEN AL RECURSO:



DESTACAMOS QUE HA AUMENTADO ESTE AÑO EL PORCENTAJE DE CASOS EN LOS QUE EL/A ADOLESCENTE VIENE BAJO PRESIÓN FAMILIAR, CON UN 42.9% DE LOS CASOS; SIENDO LA PRIMERA FUENTE DE REFERENCIA PARA ACUDIR AL RECURSO. EN LAS MUJERES EL 53.3% DE LOS CASOS Y EN LOS HOMBRES CON UN 39.6%.

La segunda fuente de referencia con el 15.9% viene desde los SERVICIOS SOCIALES, en un 6.7% de los casos de mujeres y en un 18.8% en los casos de los hombres.

El 14.3% de los casos viene detectado desde los servicios de educación y el trabajo en red con los Programas de Prevención Escolar y Familiar de Proyecto Hombre, a través de nuestro protocolo de actuación PROTOCOLO IES. Desde este protocolo, han sido derivadas el 6.7% de los casos de mujeres y el 16.7% de los casos de hombres.

El 12.7% acude desde OTRA FUENTE DE REFERENCIA NO ESPECIFICADA (mujeres: 20% y hombres: 10.4%); el 9.5% acude por INICIATIVA PROPIA (mujeres: 13.3% y hombres: 8.3%); y un 4.8% acude desde OTRO SERVICIO DE ATENCIÓN A LAS DROGAS (mujeres: 0.00% y hombres: 6.3%).

EN LA PROVINCIA DE S/C DE TENERIFE, EL 75% ACUDEN POR PRESIÓN FAMILIAR (MUJERES: 100% Y HOMBRES: 69%); EL 15% DERIVADOS DE SERVICIOS SOCIALES (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 19%); INICIATIVA PROPIA UN 5% (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES EL 6.3%); SERVICIOS DE EDUCACIÓN UN 5% (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES EL 6.3%).

EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS, EL 27.6% ACUDEN DESDE SERVICIOS DE EDUCACIÓN (CENTROS ESCOLARES) (MUJERES: 12.5% Y HOMBRES: 33.3%); EL 27.6% ACUDEN DESDE OTRAS FUENTES DE REFERENCIA NO ESPECIFICADAS (MUJERES: 12.5% Y HOMBRES: 33.3%); POR PRESIÓN FAMILIAR EL 24.1% (MUJERES: 37.5% Y HOMBRES: 19%); EL 7% DESDE OTRO SERVICIO DE DROGAS (MUJERES: 0.00% Y HOMBRES: 9.5%); Y POR ÚLTIMO UN 3.4% POR INICIATIVA PROPIA (MUJERES: 12.5% Y HOMBRES: 0.00%).

USO DE VÍA INYECTADA:

Dado el perfil de población diana del Programa NOVA, no hay casos de adolescentes que utilicen la vía inyectada, ni tampoco que hayan recibido tratamiento previo por opiáceos.

ENFERMEDADES: VIH, HEPATITIS C Y HEPATITIS B

Al igual que en el epígrafe anterior, no presentamos este tipo de casos en la población atendida.

4

CONCLUSIONES



TRATAMIENTO Y ADULTOS

CONCLUSIONES PRINCIPALES

PROYECTO HOMBRE CANARIAS EN SU OFRECIMIENTO DE DAR UN TRATAMIENTO PROFESIONAL DE CALIDAD A LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES, SE ENORGULLECE QUE DURANTE ESTE EJERCICIO 2017 EL NIVEL DE ATENDIDOS HAYA SIDO ALTO, QUE LA LISTA DE ESPERA EN GRAN CANARIA SE HAYA ELIMINADA GRACIAS AL ESFUERZO DE SUS EQUIPOS Y QUE EN TENERIFE AUNQUE LA LISTA DE ESPERA HA DISMINUIDO NO SE HA PODIDO ELIMINAR ANTE EL NIVEL TAN ALTO DE DEMANDA EN RELACIÓN AL PERSONAL EXISTENTE.

SE SIGUE APOSTANDO A PESAR DE LOS ESFUERZOS ECONÓMICOS, TÉCNICOS Y HUMANOS POR UN TRATAMIENTO ESPECIALIZADO CON UNA METODOLOGÍA PROPIA CENTRADA EN LA PERSONA COMO PROTAGONISTA DE SU REHABILITACIÓN E INSERCIÓN.

Proyecto Hombre se ha especializado en tratamientos educativo-terapéuticos donde la persona puede alcanzar la abstinencia y además hacer un trabajo personal integral que abarca todas las áreas de la persona (familia, relación con los demás, formación, etc...).

DENTRO DE LOS LOGROS DE ESTE EJERCICIO SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

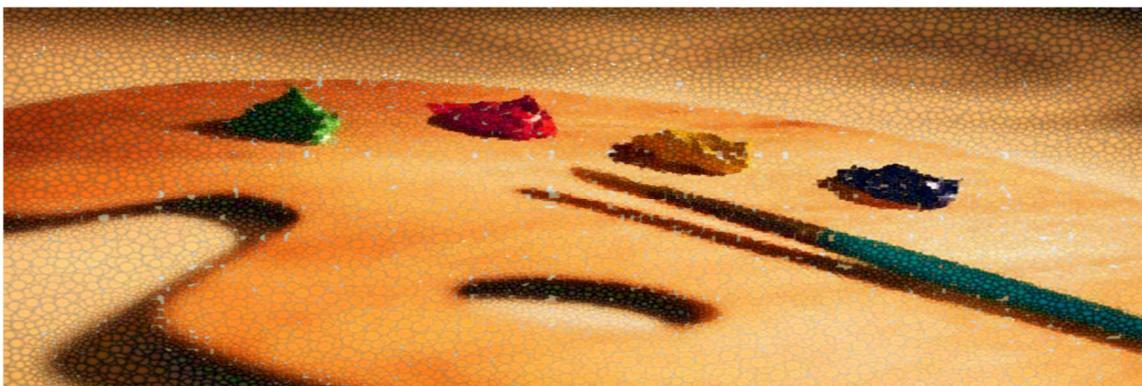
1. AUMENTO EN EL NÚMERO DE PLAZAS DISPONIBLES PARA MUJERES EN EL CENTRO RESIDENCIAL GRAN CANARIA.
2. REORGANIZACIÓN DEL EQUIPO TERAPÉUTICO PARA DISMINUIR LISTA DE ESPERA Y AUMENTAR NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS EN AMBAS PROVINCIAS.
3. POR SEGUIR APOSTANDO POR APOYAR A LA FAMILIA Y PERSONAS DE LA PERSONA DROGODEPENDIENTE, A LA VEZ QUE SE CONSIGUE INCLUIR EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS A LAS PERSONAS QUE VINIERON A PEDIR AYUDA SIN UNA RED DE APOYO.
4. POR SEGUIR EN SU LABOR DE SENSIBILIZACIÓN DE LA SOCIEDAD ANTE UNA REALIDAD COMPLEJA Y NO SIEMPRE BIEN VISTA O MIRADA. INCORPORANDO TODOS LOS AÑOS DESDE EL PROGRAMA DE VOLUNTARIADO A PERSONAS

QUE APORTAN SU GRANITO DE ARENA Y DAN SU TIEMPO DE UNA FORMA DESINTERESADA.

5. POR FACILITAR Y FAVORECER QUE SUS PROFESIONALES REALICEN FORMACIÓN INTERNA Y EXTERNA COMO FORMA DE ESTAR ACTUALIZADOS ANTE LAS NUEVAS PROPUESTAS DE TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN PARA ESTE COLECTIVO.
6. **70%** DE LAS PERSONAS ATENDIDAS **INICIÓ O RETOMÓ PROCESOS ACADÉMICOS** MEJORANDO ASÍ SUS CONDICIONES ACADÉMICAS Y SU INCORPORACIÓN AL MUNDO LABORAL.
7. EL **53%** DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ADULTOS **CONSIGUIÓ INCORPORARSE AL MUNDO LABORAL.**
8. INCREMENTO DEL NÚMERO DE PLAZAS PARA MUJERES EN EL CENTRO RESIDENCIAL GC.
9. MANTENER UNA FORMACIÓN CON COLABORACIÓN DE LA

ESCUELA DE ADULTOS, DANDO LA OPORTUNIDAD A UNA FORMACIÓN PREVIA A SU INSERCIÓN SOCIAL. ASÍ COMO, QUE TODOS LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO REALICEN EL "MANIPULADOR DE ALIMENTOS".

10. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE SEMANALMENTE, CON EL OBJETIVO DE OFRECER ALTERNATIVAS AL TIEMPO LIBRE (FACTOR DE PROTECCIÓN).
11. QUE 39 PERSONAS EN TRATAMIENTO HAYAN PODIDO ALCANZAR LA ABSTINENCIA Y REALIZAR UN TRABAJO PREVIO, SEGÚN PLAN DE TRABAJO PARA INCORPORARSE AL CENTRO DE DÍA Y COMENZAR SU INSERCIÓN SOCIAL. CONVIRTIÉNDOSE ESTE COLECTIVO EN INGRESOS DE USUARIOS-AS PARA EL CENTRO DE DÍA.



ADOLESCENTES Y FAMILIAS

CONCLUSIONES PRINCIPALES

SUSTANCIAS POR LAS QUE SE SOLICITA ACCESO AL RECURSO: CANNABIS

LA SUSTANCIA MÁS CONSUMIDA ENTRE LOS/AS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL PROGRAMA NOVA FUE EL CANNABIS.

DURANTE EL AÑO 2017 SE HA LLEVADO A CABO LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NOVA, LO QUE EN LÍNEAS GENERALES NOS HA REFORZADO EL SENTIDO Y LA METODOLOGÍA DEL MISMO, DONDE SE DESTACA LA CONVENIENCIA DE CONTINUAR TRABAJANDO DE MANERA INDIVIDUAL Y GRUPAL CON LAS FAMILIAS, YA QUE "AGILIZA" LOS PROCESOS. LA ADHERENCIA AL PROGRAMA CONTINÚA MEJORANDO AÑO TRAS AÑO Y LA DEMANDA VA EN AUMENTO POR LO QUE SU EXISTENCIA ES IMPORTANTE PARA COMUNIDAD DONDE SE UBICA. LA SATISFACCIÓN DE LOS RECURSOS CON LOS QUE NOS COORDINAMOS ES BASTANTE ALTA.

SE VALORA POSITIVAMENTE EL ESFUERZO REALIZADO POR LOS/AS TÉCNICOS/AS DEL PROGRAMA NOVA, DEBIDO AL ELEVADO NÚMERO DE CASOS QUE SE HAN ATENDIDO DURANTE EL AÑO, TENIENDO LISTAS DE ESPERA A LO LARGO DE TODO EL AÑO.

RESALTAR QUE EL PERFIL DE LOS/AS ADOLESCENTES QUE SE INICIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS REVELA QUE HAY UN AUGE CRECIENTE, ENTRE LA APARICIÓN DE PATOLOGÍAS DUALES EN JÓVENES Y EN EDADES TEMPRANAS, ASPECTO QUE PREOCUPA SOBRE MANERA. ASÍ MISMO, SE VALORA QUE LOS COMPORTAMIENTOS Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS, TANTO EN EL ÁMBITO FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL, ASÍ COMO LA FALTA DE POSICIONAMIENTO, ESTABLECIMIENTO DE NORMAS CLARAS Y LÍMITES POR PARTE DE LAS FAMILIAS, QUE HACE QUE LA PROBLEMÁTICA SE MANTENGA DURANTE MÁS TIEMPO.

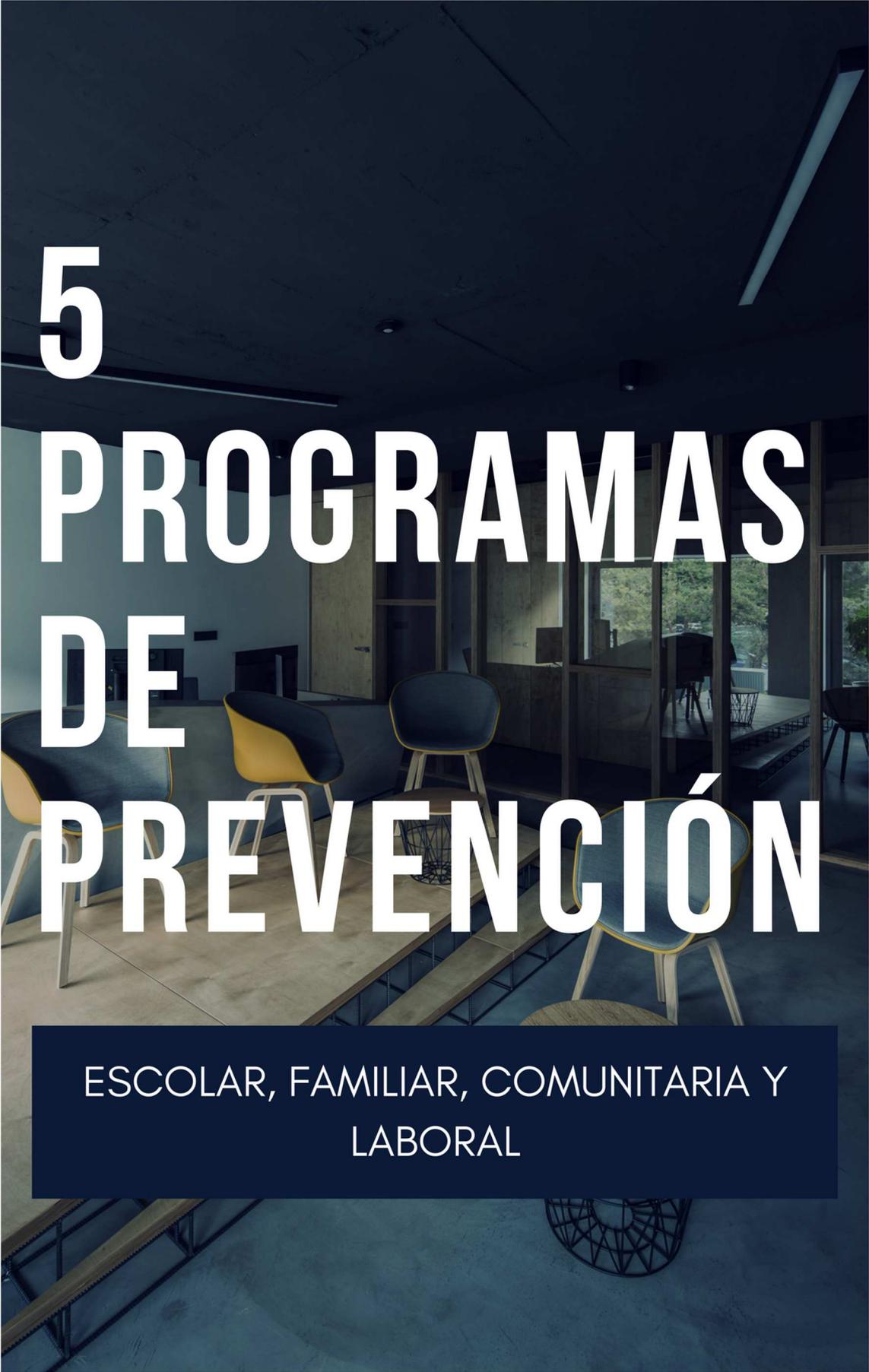
PREOCUPA LA DE DELGADA LÍNEA QUE SEPARA LOS COMPORTAMIENTOS ACEPTABLES SOCIALMENTE DE LOS QUE ROZAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO, QUE AUNQUE NO TENEMOS DATOS SIGNIFICATIVOS, SE OBSERVA UN INCREMENTO DE ESTE TIPO DE COMPORTAMIENTOS.

SEGUIMOS VALORANDO POSITIVAMENTE LA APUESTA POR PARTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, DE CONTAR CON OTROS PROGRAMAS DEL ÁREA DE PREVENCIÓN EN LOS QUE

EL OBJETIVO GENERAL ES EL DE LLEGAR A LA POBLACIÓN GENERAL Y ESPECÍFICA PARA SENSIBILIZARLES DE SU PAPEL

COMO AGENTES PREVENTIVOS DE LOS JÓVENES CON LOS QUE SE RELACIONAN.





5

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

ESCOLAR, FAMILIAR, COMUNITARIA Y
LABORAL

RED DE PREVENCIÓN ESCOLAR Y FAMILIAR

PREVENCIÓN UNIVERSAL: ÁMBITO ESCOLAR

PROGRAMA "JUEGO DE LLAVES" Y PROGRAMA "ENTRE TOD@S"

SE TRATA DE LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS, A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE L@S AGENTES SOCIALIZADOR@S EN AGENTES PREVENTIVOS, PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE UN CONCEPTO INTEGRAL: AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO, ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, OCIO ALTERNATIVO, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y COGNITIVAS, TRABAJO DE VALORES, INFORMACIÓN SOBRE SUSTANCIAS, BULLING, NUEVAS TECNOLOGÍAS, ... A TRAVÉS DE UNIDADES DIDÁCTICAS ADAPTADAS AL NIVEL ESCOLAR, Y TUTORIZANDO AL PROFESORADO EN EL AULA, FORMACIÓN ON LINE, TALLERES PARA FAMILIAS, ETC.

CENTROS EDUCATIVOS	PROFESORADO	ESCOLARES	FAMILIAS
25	168	4.025	193



DESGLOSE POR PROGRAMAS:

NIVEL	PROGRAMA	PROFESORADO Y ORIENTADORES /AS	FAMILIAS	ESCOLARES	CENTROS
PRIMARIA	"ENTRE TOD@S"	7		142	3
ESO	"JUEGO DE LLAVES"	161	193	3.883	22
TOTALES	2	168	193	4.025	25

PREVENCIÓN SELECTIVA: ÁMBITO ESCOLAR

PROGRAMA ROMPECABEZAS

PROGRAMA DE PREVENCIÓN SELECTIVA DE ÁMBITO ESCOLAR, PARA LA FORMACIÓN COMO AGENTES PREVENTIV@S DE PROFESORADO, PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN EN EL AULA, CON COLECTIVO QUE PRESENTAN RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.

PROGRAMA ROMPECABEZAS	
CENTROS EDUCATIVOS	9
ALUMNADO	255
PROFESORADO ORIENTADORES/AS	17

PROGRAMA A TIEMPO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN SELECTIVA DE ÁMBITO FAMILIAR, PARA LA FORMACIÓN COMO AGENTES PREVENTIV@S DIRIGIDO A FAMILIAS

SE REALIZAN DISTINTOS TALLERES PARA DAR RESPUESTA A ESTE GRUPO DE POBLACIÓN, PARTICIPANDO EN LOS MISMOS UN TOTAL DE 13 UNIDADES FAMILIARES.



PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

PROGRAMA MUÉVETE CONMIGO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO, QUE DISEÑA Y DINAMIZA ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO EN MUNICIPIOS.

PROYECTO IMPLIC- ARTE	
ISLA/ MUNICIPIO	TENERIFE/ GÜIMAR
NIVEL	UNIVERSAL
PROYECTO "PREVENIR ENTRE TOD@S"	
ISLA/ MUNICIPIO	TENERIFE/ EL ROSARIO
BENEFICIARIOS/AS DIRECTOS/AS	46
NIVEL	UNIVERSAL
CENTROS EDUCATIVOS	5
FAMILIAS	10
PROFESORADO	7
ALUMNADO	169



ACTIVIDAD FIESTA DE LA PREVENCIÓN, TALLER DE CALISTHENIA

PROYECTO FIESTA DE LA PREVENCIÓN	
ISLA/ MUNICIPIO	TENERIFE/ SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA
NIVEL	UNIVERSAL
CENTROS EDUCATIVOS	9
PROFESORADO	12
ALUMNADO	405



ACTIVIDAD: FIESTA DE LA PREVENCIÓN

TALLERES: "DROGAS. CONOCER PARA PREVENIR"

ISLA	EL HIERRO
NIVEL	UNIVERSAL
CENTROS EDUCATIVOS	2
ALUMNADO	174

**JORNADAS:
"ABORDAJE
DE LA
PREVENCIÓN
DE
ADICCIONES
"**

**13 DE NOVIEMBRE
CENTRO CULTURAL
"EL MOCANAL"
ISLA DE EL HIERRO**

HORARIO: 8.30- 14.30 H

**PRESENCIAL
DIRIGIDO A PROFESIONALES
Y AGENTES SOCIALES**

**Más información:
922661020**

ORGANIZAN:



TALLERES: "RIESGOS Y VENTAJAS DEL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS"

ISLA	EL HIERRO
NIVEL	UNIVERSAL
CENTROS EDUCATIVOS	2
ALUMNADO	174

TALLERES: "DESMONTANDO MITOS SOBRE DROGAS"

ISLA/ MUNICIPIO	GRAN CANARIA/ INGENIO
NIVEL	UNIVERSAL
CENTROS EDUCATIVOS	2
ALUMNADO	206

PREVENCIÓN UNIVERSAL: ÁMBITO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

JORNADAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS DESDE EL ÁMBITO DEPORTIVO: "PREVENIR TAMBIÉN ESTÁ EN TU MANO"

FORMACIÓN COMO AGENTES PREVENTIVOS A MONITORAS/ES, ENTRENADORAS/ES, PROFESORAS/ES DEPORTIVOS QUE TRABAJEN CON ADOLESCENTES



PROGRAMA JORNADAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA LA PREVENCIÓN DE DROGAS DESDE EL ÁMBITO DEPORTIVO

BENEFICIARIOS/AS DIRECTOS/AS	162
Nº DE JORNADAS	10
Nº DE HORAS LECTIVAS	100 h
MODALIDADES DEPORTIVAS	FUTBOL, BALONCESTO, JUDO, VELA, GIMNASIA, FITNESS, TENIS, NATACIÓN, SENDERISMO, ETC.

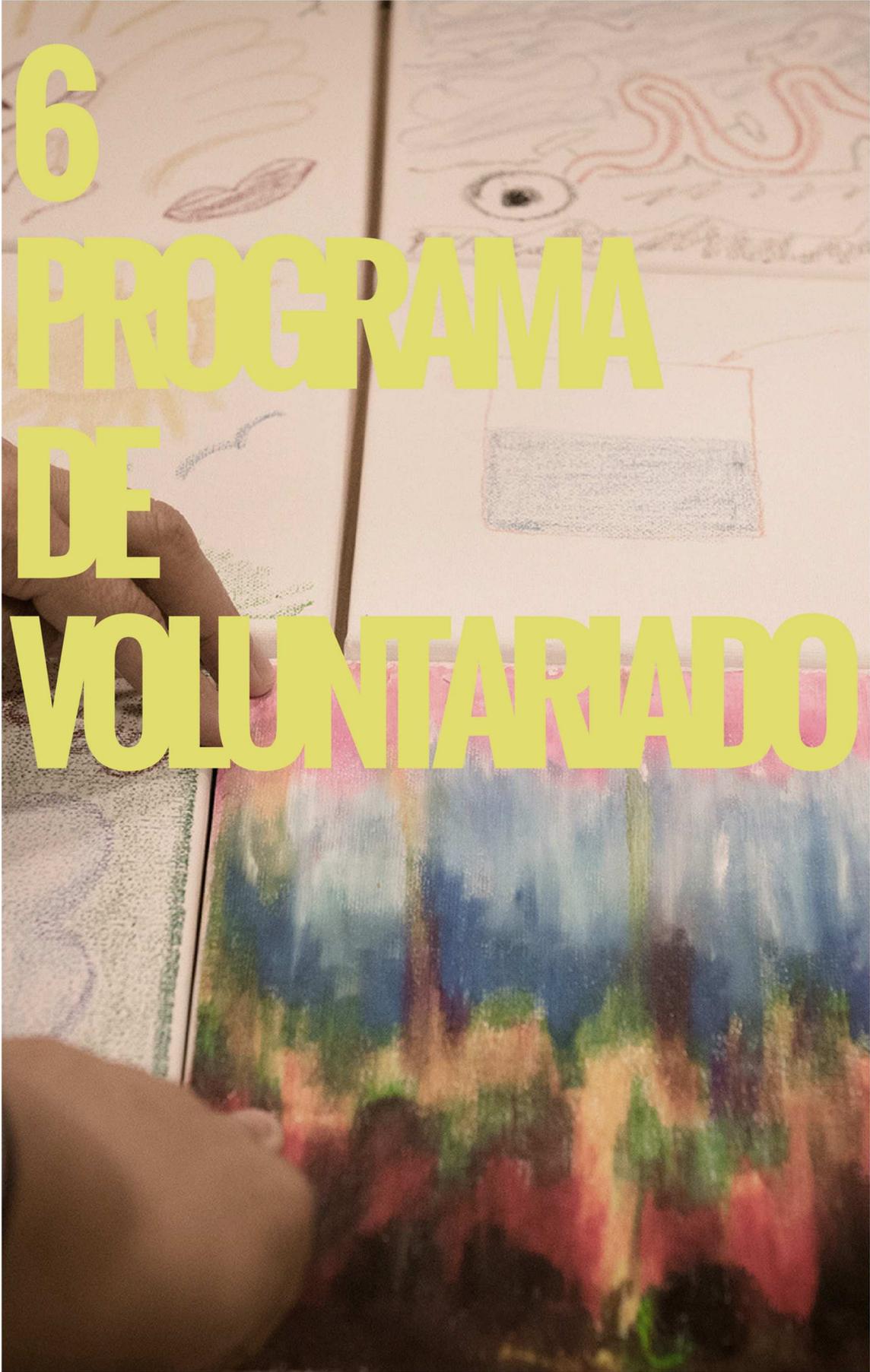


PREVENCIÓN UNIVERSAL: ÁMBITO LABORAL

PROGRAMA "PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL"

FORMACIÓN COMO AGENTES PREVENTIVOS A TRABAJADORES/AS, MANDOS INTERMEDIOS, SINDICATOS, ETC. SOBRE CÓMO PREVENIR, DETECTAR Y ABORDAR SITUACIONES DE CONSUMO EN EL ÁMBITO LABORAL.

PROGRAMA "PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL"	
"PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL"	TRABAJADORXS, MANDOS INTERMEDIOS Y DIRECTIVXS
FORMACIÓN EN PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y DERIVACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL	JEFES Y JEFAS DE DEPARTAMENTOS HOTELES BARCELÓ CANARIAS
TALLERES SOBRE RIESGOS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL	TRABAJADORXS ISCAN



6 PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

PROGRAMA DE VOLUNTARIADO SOCIAL

INTRODUCCIÓN



El Programa de Voluntariado de Proyecto Hombre Canarias, trabaja con el objetivo de fomentar la participación social a través de acciones voluntarias en nuestros centros.

El voluntariado en Proyecto Hombre se convierte en un motor de cambio y referencia para las personas usuarias, así como una fuente fundamental de experiencias, aprendizaje y crecimiento personal para el voluntariado y el personal contratado.

OBJETIVOS:

- Promoción del Voluntariado de Proyecto Hombre Canarias
- Captación de nuevos/as voluntarios/as para Proyecto Hombre Canarias
- Dinamización del Voluntariado de Proyecto Hombre Canarias
- Formación y Acompañamiento a las personas voluntarias

ACTIVIDADES PROMOCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

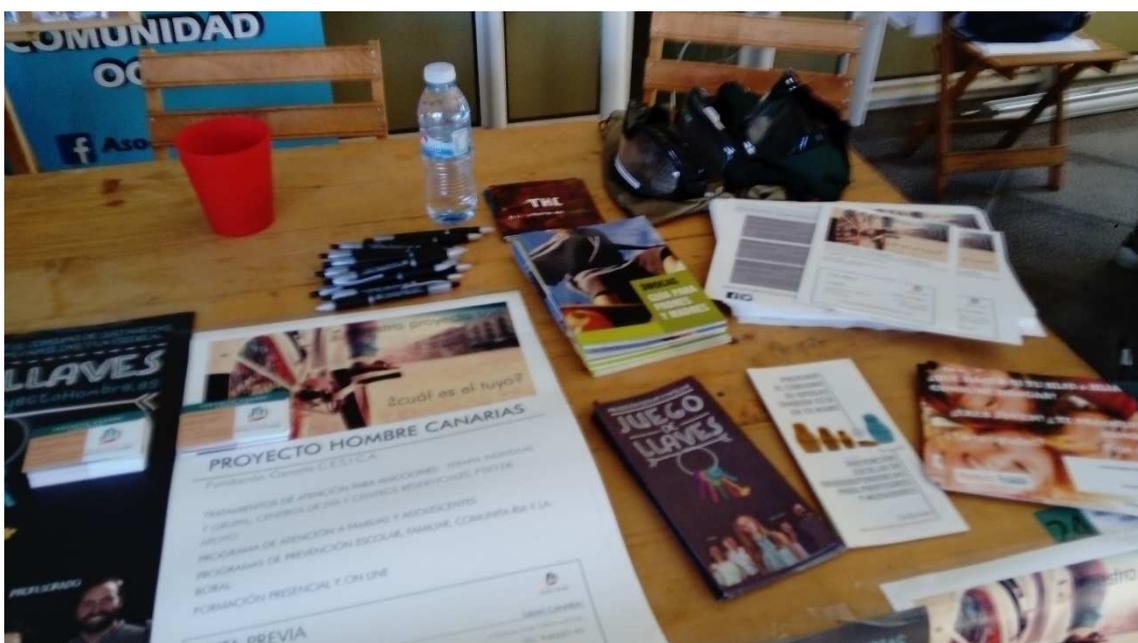
CHARLAS EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA sobre Voluntariado y Drogodependencias

PUBLICACIONES sobre voluntariado y drogodependencias

PARTICIPACIÓN en plataformas de Voluntariado: PROGRAMA TENERIFE SOLIDARIO DEL CABILDO DE TENERIFE Y PROGRAMA DE VOLUNTARIADO DE LA OBRA SOCIAL LA CAIXA

SEMINARIOS SOBRE VOLUNTARIADO en el Programa de Familias de Proyecto Hombre

PARTICIPACIÓN EN LA FERIA DE LA SOLIDARIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA: con stand informativo y dinamización de actividades con el alumnado universitario.



CAPTACIÓN DE PERSONAS VOLUNTARIAS:

CAMPAÑAS PERMANENTES:

VOLUNTARIOS/AS PARA TIENDAS SOLIDARIAS

CAMPAÑA DE ACOMPAÑAMIENTO EN CENTROS RESIDENCIALES

VOLUNTARIADO UNIVERSITARIO

Acciones realizadas:

Publicación de la oferta en redes sociales

Publicación de la oferta en bolsas de voluntariado: Cabildo Insular de Tenerife, Oficina del Voluntariado, HacesFalta.org

Seminario de Voluntariado para Familias: se diseñó un seminario formativo, para incluirlo en la estructura formativa del programa de Familias, pues son

pocas las familias que hacen voluntariado, y se ve la idoneidad no sólo para gestionar la Tienda, sino porque desde su condición de "beneficiarias", desde el agradecimiento, podríamos fomentar una mayor participación desde el voluntariado, que favorecería también su implicación en el programa.

VOLUNTARIADO ACTUAL:

ATENCIÓN MÉDICA: 2 MÉDIC@S. Consulta quincenal en Centro de Día Garoé, y Consulta Semanal en Residencial 1 ENFERMERO, formación a familias y personas usuarias en temáticas de promoción de la salud y autocuidado

FORMACIÓN:

- Taller de habilidades sociales
- Taller de búsqueda de empleo
- Seminarios de salud
- Taichí
- Optimo Control: formación Manipulación de Alimentos

JEFAS DE GRUPO:

2 jefas de grupos de familias de FASE D



ACOMPAÑAMIENTO EN RESIDENCIAL:

11 personas

OTRAS ACTIVIDADES:

2 personas apoyo al equipo terapéutico (subir datos a nemos y cedro)

1 actividad de ocio y tiempo libre fin de semana residencial

1 actividad de ocio y tiempo libre en residencial: fotografía



DINAMIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL VOLUNTARIADO:

SEMINARIO FORMATIVO DE VOLUNTARIADO PARA FAMILIAS: PARA FORMAR A LAS FAMILIAS EN VOLUNTARIADO.

REUNIONES DE VOLUNTARIADO: ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES, GESTIÓN DE INCIDENCIAS, ESCUCHA ACTIVA Y ACOMPAÑAMIENTO, FORMACIÓN.

FORMACIÓN GRUPOS DE GÉNERO: SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL VOLUNTARIADO EN CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO.

XV ESCUELA DE OTOÑO DE FORMACIÓN DE VOLUNTARIADO, MADRID: ESCUELA FORMATIVA DE CARÁCTER ANUAL ORGANIZADA POR LA COMISIÓN NACIONAL DE VOLUNTARIADO, A LA QUE ASISTEN VOLUNTARIOS/AS DE TODA ESPAÑA, A TALLERES FORMATIVOS ESPECÍFICOS (GESTALT, MINDFULNESS, INTERVENCIÓN SISTÉMICA, ETC) Y TALLERES LÚDICOS (TEATRO SOCIAL, EXPRESIÓN CORPORAL Y DANZA, ETC.).

FORMACIÓN DE COORDINADORES/AS DE VOLUNTARIADO, MADRID: LA COMISIÓN NACIONAL DE VOLUNTARIADO ORGANIZA LA FORMACIÓN ANUAL DE PERSONAS RESPONSABLES DE LOS PROGRAMAS DE VOLUNTARIADO DE PROYECTO HOMBRE DE TODA ESPAÑA. EN 2017 SE ORGANIZARON LAS JORNADAS SOBRE GÉNERO Y VOLUNTARIADO.

COMISIÓN DE VOLUNTARIADO NACIONAL:

PLAN ESTRATÉGICO: MONITORIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE VOLUNTARIADO

DINAMIZACIÓN DE LA ZONA CENTRO

DISEÑO Y ORGANIZACIÓN JORNADAS DE FORMACIÓN DE COORDINADORES/AS DE VOLUNTARIADO: PERSPECTIVA DE GÉNERO

DISEÑO Y ORGANIZACIÓN XV ESCUELA DE OTOÑO DE VOLUNTARIADO

DISEÑO E IMPARTICIÓN DE CLASE DE VOLUNTARIADO DEL MASTER EN ADICCIONES, UNIVERSIDAD DE OVIEDO



The background is a collage of hand-drawn icons and photographs. At the top, there are photos of hands and a person. Below them are icons for a download arrow, a blue speech bubble, a yellow sticky note, a wireframe trash can, and a blue speech bubble with a smiley face. In the center, there is a flowchart with a circle containing '2', a red arrow, a black circle, and another red arrow. At the bottom, there are photos of people and more hand-drawn icons like a blue speech bubble and a gear.

7

I+D

COMUNICACIÓN

Y

PROYECTOS

I+D

ESTUDIOS Y ANÁLISIS DE PERFILES SOCIALES

ESTA ÁREA SE ENCARGA DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA REALIDAD SOBRE LA QUE TRABAJA PROYECTO HOMBRE CANARIAS.

A TRAVÉS DE LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO SISTEMÁTICO DE DATOS ESTADÍSTICOS, SE ESTUDIAN LOS PERFILES PSICOSOCIALES Y PATRONES DE CONSUMO DE LAS PERSONAS QUE SE ATIENDEN DESDE LOS RECURSOS DE PRIMER NIVEL DE LOS CENTROS DE DÍA GAROÉ (ADULTOS) Y LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA NOVA.

CONOCER LOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO EN CUANTO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS, NOS PERMITE ADAPTAR NUESTRO TRATAMIENTO A LA REALIDAD DE LAS PERSONAS: PERSONAL, FAMILIAR, SOCIAL, SANITARIA, ...

TAMBIÉN NOS PERMITE ESTUDIAR EL COMPORTAMIENTO EN CUANTO A ROLES DE GÉNERO, ADAPTANDO EL TRATAMIENTO A LA REALIDAD DE LAS MUJERES, Y EVITANDO CADA VEZ MÁS LA MASCULINIZACIÓN DE LOS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS.

ANUALMENTE, SE CRUZAN LAS VARIABLES RECOGIDAS EN EL INDICADOR DE FRECUENCIA DE CONSUMO (HOJA DE NOTIFICACIÓN DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO) QUE NOTIFICAMOS A SALUD PÚBLICA DEL GOBIERNO DE CANARIAS, COLABORANDO CON EL PLAN NACIONAL DE DROGAS, EN EL ESTUDIO Y ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESPAÑA.

ADEMÁS, COLABORAMOS EN EL OBSERVATORIO NACIONAL DE PROYECTO HOMBRE PARA ESTABLECER PERFILES PSICOSOCIALES DE PACIENTES Y PATRONES DE CONSUMO PRESENTES CADA AÑO EN LOS CENTROS.



DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

Durante los últimos dos años hemos hecho un ejercicio teórico y reflexivo, sobre el conocimiento de nuestros procedimientos de trabajo, que nos han permitido construir teoría acerca de los mismos: cómo funcionan, qué objetivos y metas persiguen, quienes intervienen, qué elementos estructurales influyen en los resultados, etc.

Después de un estudio concienzudo sobre los mismos, diseñamos Proyectos de Evaluación para los Programas de Adultos y Adolescentes, centrados en la Teoría del Cambio de los Programas Sociales.

El diseño se centra en ELEMENTOS ESTRUCTURALES, ELEMENTOS PROCEDIMENTALES Y RESULTADOS.

Mediante modelos lógicos y construcciones lógicas sobre los Programas: árbol de problemas, árbol de objetivos, árbol de resultados, matriz de resultados, etc.; hemos construido indicadores de rendimiento y resultados (impacto y satisfacción), que nos aportarán información sobre los objetivos y resultados previstos.

Para ello, medimos sistemáticamente a través de instrumentos de recogida de datos como test, encuestas y cuestionarios, y recogida sistemática de información a través de plataformas de gestión de pacientes y programas de tratamiento estadístico como el SPSS.

MONITORIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS CENTROS
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS: IMPACTO Y SATISFACCIÓN
TOMA DE DECISIONES

INDICADORES DE RENDIMIENTO

Nos servirán para monitorizar el rendimiento del programa a nivel cuantitativo: resultados de eficiencia.

Se hará un control mensual, trimensual, semestral y anual.

INDICADORES DE RESULTADOS

Nos servirán para evaluar el impacto real del programa sobre las personas: qué resultados vemos en ellas, qué cambios se observan, etc.: resultados de eficacia. Se hará semestral y anual.

INDICADORES DE SATISFACCIÓN

Nos servirán para evaluar la satisfacción de las personas con el tratamiento: evaluaremos estructura, procesos y resultados. Se hará anual.

MONITORIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DE LOS CENTROS

Nos permite conocer y tomar decisiones acerca de ELEMENTOS ESTRUCTURALES: capacidad de dar respuesta a la demanda, recursos humanos, instalaciones, recursos técnicos y financieros.

EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO se establecen los objetivos/ resultados de referencia, en base a valores MEDIOS Y MÍNIMOS, logrados en periodos anteriores.

PERSONAS INFORMADAS DURANTE EL AÑO

PERSONAS QUE INGRESA EN LOS PROGRAMAS

PERSONAS ADHERIDAS A TRATAMIENTO AMBULATORIO

PERSONAS ADHERIDAS A TRATAMIENTO RESIDENCIAL

PERSONAS QUE INICIAN ITINERARIOS DE INSERCIÓN SOCIAL

ALTAS TERAPÉUTICAS

ALTAS VOLUNTARIAS

DERIVACIONES/ COORDINACIONES CON OTROS RECURSOS

ACTIVIDADES REALIZADAS

VALORES MÍNIMOS: nos referimos al valor más bajo logrado en cada indicador, por ejemplo, el nº de altas terapéuticas más bajo en los últimos 5 años ha sido de 8 personas; este resultado me indica que para este año no puedo marcarme un objetivo de altas terapéuticas por debajo de 8.

VALORES MEDIOS: se establecen medias aproximativas de los últimos 5 años para orientar el establecimiento de los objetivos anuales. Si la media en personas informadas se sitúa en 350 personas anuales; este dato nos orienta junto con el valor mínimo, un objetivo medible y alcanzable para este periodo.

La evaluación del rendimiento se realiza en dos momentos acumulativos, dónde se monitoriza el alcance de los resultados que se van obteniendo. Cuando los objetivos marcados no se cumplen en estos cortes evaluativos, se introducen medidas de reflexión y análisis para controlar el dato y mejorarlo.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

EL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS SOBRE LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS, ES PRINCIPALMENTE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MISMAS, INDEPENDIENTEMENTE QUE TERMINEN EL MISMO COMO ALTAS TERAPÉUTICAS O NO.

CREEMOS QUE EL CONTACTO CON EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO, **PROVOCA UNA SERIE DE CAMBIOS EN LA PERSONA, QUE PERMANECEN AL MENOS DURANTE UN TIEMPO**, Y QUE LOGRAN UNA CONTENCIÓN DEL CONSUMO MAYOR, QUE EN AQUELLAS QUE NUNCA HAN ESTADO EN UN RECURSO DE TRATAMIENTO.

ESTOS CAMBIOS SON A **NIVEL FÍSICO, EMOCIONAL, FAMILIAR Y SOCIAL**.

A **NIVEL FÍSICO**, *LA ABSTINENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS* PROVOCA UNA MEJORÍA INMEDIATA DEL FUNCIONAMIENTO A NIVEL ORGÁNICO, ASÍ COMO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL; ADEMÁS DE LA MEJORÍA DEL ASPECTO FÍSICO QUE CONTRIBUYE A AUMENTAR LA AUTOESTIMA DE LAS PERSONAS.

EL HECHO QUE **ESTAR CON OTRAS PERSONAS CON LA MISMA PROBLEMÁTICA** EN EL CENTRO, *ACTÚA COMO MOTOR DE MOTIVACIÓN* HACIA EL CAMBIO EN UN GRUPO DE INDIVIDUOS QUE COMPARTEN ESPACIO DE CONVIVENCIA.

POR OTRO LADO, LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA, LA VEMOS SOBRETUDO EN LA **ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE, SUEÑO, ALIMENTACIÓN, ADQUISICIÓN DE CIERTAS RUTINAS BÁSICAS DE CONVIVENCIA, ETC.**

LA PERSONA ES CAPAZ DE *CONVIVIR EN ESPACIOS NORMALIZADOS*, RESOLVER SUS CONFLICTOS, PLANTEAR ALTERNATIVAS A SITUACIONES DE CONVIVENCIA, ETC.

IGUALMENTE, CREEMOS QUE EL PASO DE LAS **FAMILIAS/SEGUIMIENTOS** DE LAS PERSONAS AFECTADAS, INDEPENDIENTEMENTE QUE TERMINEN COMO ALTAS TERAPÉUTICAS O NO; IMPLICA LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y EXPRESIÓN EMOCIONAL QUE LAS AYUDA A AFRONTAR ESTA PROBLEMÁTICA.

Cada programa tiene su propia **MATRIZ DE INDICADORES**, con sus variables y técnicas, que al finalizar cada proyecto, nos dará resultados acerca de la consecución de los objetivos previstos.

Este salto en la forma de evaluar los proyectos que desarrollamos, ha sido fundamental a la hora de ajustarnos a la demanda, pero con un mejor aprovechamiento de los recursos.

PROPUESTA:

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA EN EL ÁMBITO FAMILIAR- PROGRAMA NOVA. PROYECTO HOMBRE CANARIAS



Se trata de una EVALUACIÓN INTERNA encargada por la propia institución, y motivada por los/as miembros del equipo.

La Evaluación del Programa NOVA surge en un primer momento de forma espontánea, cuando una de las miembros de la actual Comisión de Evaluación, acude a una formación sobre Diseño de Evaluación de Programas Sociales, y se plantea evaluar uno de los programas de Proyecto Hombre.

Después de una reflexión con el Coordinador General de Programas, se decide centrar la Evaluación en los Programas de Prevención, porque los Programas de Atención a Adicciones para adultos, suelen mostrar más resistencias o más complejidad en sus procesos de trabajo, y se decide Diseñar una Evaluación para Programas de Prevención Indicada,

suponiendo a los mismos menor complejidad a nivel estructural y procedimental.

Así que se delimita la iniciativa al Área de Prevención, concretamente al Programa de Atención a Familias y Adolescentes NOVA.

El PROGRAMA NOVA de Prevención Indicada en el ámbito familiar de PROYECTO HOMBRE CANARIAS, es un programa de intervención psicoeducativa para familias con hijos/as adolescentes con consumo de sustancias y otras conductas disruptivas, que se implanta en Canarias en 2.007 para atender la problemática de familias y jóvenes en las islas de Tenerife y Gran Canaria.

La referencia y marco teórico provienen del PROGRAMA SUSPERTU de PROYECTO HOMBRE NAVARRA, adaptando la metodología a la

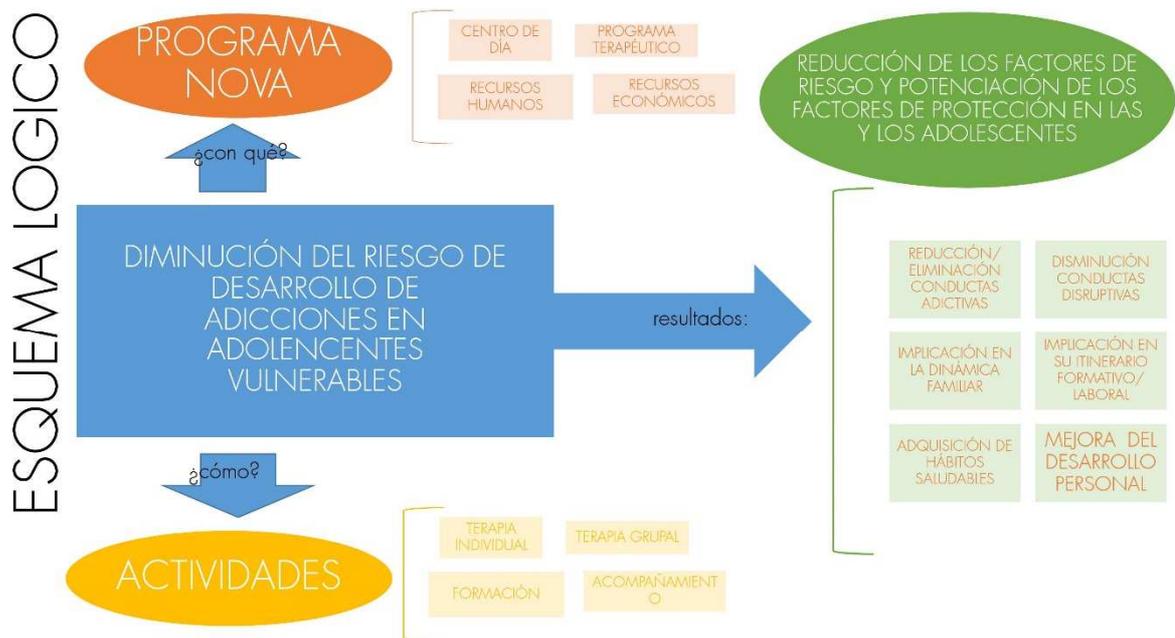
realidad social y necesidades de las islas.

Después de 10 años de intervención, y tras ir modificándose la estructura y metodología del mismo desde procesos internos de mejora continua, hemos decidido evaluar la estructura, procedimientos y resultados del programa, con el objetivo de construir un modelo teórico del mismo.

El PROGRAMA SUPERTU data de 1.997, y nos encontramos con nuevos perfiles de familias y adolescentes, así como conductas disruptivas y

necesidades diferentes, y queremos disponer de una evaluación del sistema actual, que nos aporte datos concretos sobre los cambios a introducir.

Se crea entonces una Comisión de Evaluación, conformada por la Coordinadora del Área de Prevención, el director del Programa NOVA en Tenerife y la directora del Programa NOVA en Gran Canaria, y la responsable del Centro de Estudios de la entidad.



Entendemos que el programa necesita construir un ÍNDICE DE VULNERABILIDAD, que le permita trasladar los resultados/ impacto del programa a la realidad más inmediata.

Los resultados previstos en la población diana son: la reducción/ eliminación de la conducta adictiva y de las conductas disruptivas, la mejora de la dinámica familiar, adquisición de hábitos saludables, implicación en su itinerario formativo y laboral; y la mejora en el desarrollo personal.

Estos resultados/ impacto se logran a través de las actividades principales del programa: terapia individual, terapia grupal, formación y acompañamiento; que se estructuran en dos Fases (procedimientos):

- Fase 1: Evaluación y Diagnóstico (exploración de factores de riesgo/ protección, dictamen diagnóstico de la situación- problema),
- Fase 2: Plan de Trabajo Individual (elaboración del itinerario de trabajo a seguir, presentación a los casos y trabajo individual con adolescentes, e individual y grupal con familias).

ELECCION DEL MÉTODO

Los propósitos evaluativos del diseño que se plantea es la mejora del PROGRAMA NOVA, a través de la evaluación de todos los elementos que lo componen: ESTRUCTURA, PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS.

Por ello, se ha elegido un modelo teórico de EVALUACIÓN DE MEJORA, que permita construir y crear nuevas formas de intervención para poder adaptarse a las necesidades de la población, así como mejorar los procesos internos y resultados.

OPERACIONALIZACIÓN

Al tratarse de un diseño de evaluación de mejora, hemos diseñado una matriz de evaluación amplia que recoge:

ELEMENTOS ESTRUCTURALES	PROCESOS	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> •Adecuación de los recursos humanos •Adecuación de los recursos materiales 	<ul style="list-style-type: none"> •Eficacia y eficiencia de las herramientas utilizadas •Aplicación correcta de los procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> •Coherencia entre los objetivos, actividades y resultados •Adecuación del sistema actual de medición y control del rendimiento

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

El objeto de la evaluación es conocer si los equipos de trabajo tienen la *formación y experiencia adecuada* para el tipo de programa y población con la que trabajamos.

Por otro lado, conocer si las *tareas* asignadas se corresponden con los objetivos del programa; y si no están ajustadas, a qué es debido.

Para ello se plantea un análisis de las horas que se dedican a atención directa, tareas de registro, tareas de gestión y reuniones de equipo, para ver la adecuada organización del tiempo y del trabajo.

Las preguntas de evaluación se han dividido entre dos **DIMENSIONES**:

- *Recursos humanos*
- *Recursos disponibles*

ELEMENTOS DEL PROCESO

Se pretende evaluar si los procesos del programa son *conocidos* por todos/as los/as técnicos/as, *si se aplican adecuadamente* y si necesitan una *actualización o modificación* en cuanto a metodología (contenidos, temporalidad, actividades, test, etc).

Las preguntas de evaluación se han clasificado atendiendo a su **dimensión**:

- Adaptabilidad de la respuesta terapéutica a la demanda
- Adecuación de las actividades al perfil de la población a la que se dirige
- Adecuación de los procesos de trabajo
- Herramientas utilizadas: plan de trabajo, Test de diagnóstico y evaluación de los casos, Escuela de Familias, Grupos de Familia

RESULTADOS

Se pretende evaluar los **objetivos operativos del programa**, así como el sistema actual de medición. Conocer si realmente se genera un impacto en la población a la que atendemos, en base a los objetivos que persigue la intervención.

Por otro lado, se cree que el diseño de evaluación actual de rendimiento no aporta información sobre la adecuación de los procesos y la consecución de los objetivos.

Los indicadores de rendimiento actuales evalúan el número de personas que se atienden y la satisfacción general del programa, y no se está aportando información sobre el funcionamiento de los procesos o sobre el impacto que se genera en la población diana.

Las preguntas de evaluación se han clasificado atendiendo a su **dimensión**:

- Reducción del consumo de Sustancias
- Modificación de Conductas disruptivas
- Adquisición de Hábitos saludables
- Orientación del Área formativa/ laboral
- Mejora de la Dinámica familiar

ELECCIÓN METODOLÓGICA Y TÉCNICAS

Se trata de una **EVALUACIÓN INTERNA DE MEJORA** del Programa, basada en la Teoría del Cambio.

Tanto el diseño, la ejecución como los resultados; serán efectuados por la comisión de evaluadores/as.

La evaluación de la teoría del programa ha permitido conocer y comprender el funcionamiento de los procedimientos actuales, la intervención y los resultados esperados.

El modelo lógico, es una herramienta que permite conectar e identificar el funcionamiento del Programa, y que ha sido fundamental en el planteamiento de la evaluación, así como en la interpretación de los resultados.

Con ello, no solo se han comprobado resultados y objetivos, sino que además, se han identificado los procesos o las causas que los provocan, permitiendo introducir cambios o mejoras en la intervención.

Construir el modelo lógico ha sido un proceso de comprensión profunda del Programa NOVA, mediante un ejercicio de creación de la teoría del propio programa, que obliga a estar en continua reflexión sobre la intervención y sus procesos.

Es todo un análisis de racionalización y operativización de la actividad, mediante un sistema de trabajo reflexivo.

Durante el proceso se han ido descubriendo incoherencias y contradicciones entre los distintos actores/actrices. Hecho que supone a menudo, perderse en el debate teórico, pero que ha propiciado un estudio concienzudo del programa; así como una comprensión profunda del mismo.

FUENTES INFORMATIVAS:

- **FUENTES INTERNAS:** profesionales que ejecutan el Programa NOVA, Familias y Adolescentes que están realizando el Programa NOVA y profesionales de otros programas de Proyecto Hombre (2 técnicas del área de prevención escolar y 2 terapeutas del Programa de Atención de Adultos).

- **FUENTES EXTERNAS:** técnicos/as externos (ayuntamientos y centros educativos) que nos derivan casos al programa.

- FUENTES DOCUMENTALES

- Revisión de la teoría del programa NOVA, revisión de procedimientos y procesos, teoría y marco teórico y perfil de atendidos/as, base de datos interna PHNEMOS
- Revisión de otros programas similares de España
- Revisión de la base de datos estadísticos
- Revisión de Guías sobre cómo Evaluar Programas de Prevención Indicada

TÉCNICAS:

Se han utilizado técnicas cuantitativas y cualitativas, dirigidas a la población diana, equipos y agentes externos, así como una revisión de estructura y elementos del programa.

ELEMENTOS ESTRUCTURALES

Cuestionario para l@s miembros del equipo que ejecutan el Programa NOVA

Cuestionario a técnic@s externos: de ayuntamientos y centros educativos que derivan casos al Programa NOVA o que existe coordinación.

Registro de formación/ experiencia: Revisión de curriculum académico, formativo

y de experiencia de los equipos

Registro de recursos disponibles: Revisión de recursos disponibles para el desarrollo de los programas

Registro de la Revisión de teoría y bibliografía del programa

Grupos de discusión: con l@s miembros del equipo que ejecutan el Programa NOVA, miembros de equipos de otros programas de Proyecto Hombre.

ELEMENTOS PROCEDIMENTALES:

Registro de horas de trabajo por tareas: revisión de horas de trabajo, funciones y tareas de los equipos

Registro de revisión de test diagnóstico: revisión de test de diagnóstico utilizados en el programa en la Fase 1.

Registro de indicadores de evaluación del Programa NOVA

Registro del perfil de atendidos en el Programa NOVA y perfil del ESTUDES

AD HOC ADOLESCENTES

AD HOC FAMILIAS

Cuestionario para l@s miembros del equipo que ejecutan el Programa NOVA

Grupos de discusión: con l@s miembros del equipo que ejecutan el Programa NOVA, miembros de equipos de otros programas de Proyecto Hombre.

RESULTADOS E IMPACTO:

AD HOC FAMILIAS

AD HOC ADOLESCENTES

Grupos de discusión: con los/as miembros del equipo que ejecutan el Programa NOVA, miembros de equipos de otros programas de Proyecto Hombre.

ELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se ha realizado un muestreo por cuotas: técnicos/as que ejecutan el Programa NOVA, técnicos/as externos con los que se coordina el Programa NOVA y población diana.

MUESTRA 1: técnicos/as implicados. Se han seleccionado a todos/as los/as miembros del equipo de Tenerife y de Gran Canaria en total 12 personas (100%)

para el Cuestionario de equipos y el Grupo de Discusión. Se realizaron dos grupos de discusión, uno en cada isla, en el que además participaron miembros de otros equipos de atención de Proyecto Hombre.

MUESTRA 2: técnicos/as externos; 2 técnicos/as de servicios sociales de Ayuntamientos de Tenerife, y 2 técnicos/as de centros educativos de Las Palmas.

MUESTRA 3: se tomó una muestra durante el mes de mayo 2017, del total de personas que se encontraban en ese momento recibiendo ayuda en el Programa NOVA.

A posteriori, se realizó un muestreo por cuotas, separando a las personas que se encontraban en la Fase 1 del programa de las que se encontraban en la Fase 2; asignando a los cuestionarios un código de color, para poder realizar el muestreo a posterior.

TRABAJO DE CAMPO



El proceso del diseño de la evaluación ha sido PARTICIPATIVO, creando una comisión de evaluadoras. La comisión se encarga de:

- Diseño de la evaluación: *objeto, muestra, indicadores, técnicas*
- *Vaciado y análisis* de mejora: en esta fase incorporamos una asesora técnica, miembro del equipo de Tenerife, Victoria Fresnadillo.
- *Devolución y presentación* de los resultados y mejoras

Mediante sesiones de trabajo grupales, la comisión ha ido construyendo el Diseño de Evaluación, a través de DIAGRAMAS DE FLUJO de PROCESOS, ARBOL DE RESULTADOS, MODELO LÓGICO.

Una vez construido lo anterior, se han formulado las PREGUNTAS DE EVALUACIÓN por dimensiones (estructura, procesos y resultados).

Mediante *brainstorming* se han formulado las preguntas de evaluación para definir la propia evaluación, con el posterior trabajo de filtrado: agrupándolas por dimensiones, y priorizándolas por las necesidades técnicas y recursos disponibles para la evaluación.

Esta primera parte del trabajo se inicia en septiembre de 2016 y finaliza en febrero de 2017.

Una vez definidas las PREGUNTAS DE EVALUACIÓN, y tomado decisiones acerca de la elección metodológica, se continuó con la búsqueda de INDICADORES y estándares que ayudasen a responder a las preguntas de evaluación.

Para ello se utilizó una MATRIZ de evaluación mediante plantilla de Excel, dónde se filtraron las preguntas, los indicadores y a continuación las técnicas.

El DISEÑO DE TÉCNICAS se elaboró inicialmente con un estudio de casos y varios cuestionarios a la población diana, pero después de una reflexión y teniendo en cuenta los recursos disponibles de tiempo, conocimientos, personas implicadas, etc; se buscaron y diseñaron técnicas cuantitativas y cualitativas para cada uno de los elementos a evaluar (estructura, procesos y resultados); intentando utilizar la técnica del cuestionario para responder a varias preguntas e indicadores.

Finalmente, después de filtrar y ordenar la matriz, y de comprobar la coherencia y validez de preguntas, indicadores y técnicas, se procedió a la validación de los cuestionarios AD HOC. Los cuestionarios de Familias, Adolescentes, Equipos NOVA y servicios externos, pasaron un proceso de validación por agentes externos al programa, dónde se comprobó la pertinencia y claridad de las preguntas, mediante un cuestionario que permitía chequear la validez de los test.

Con respecto al trabajo de campo y pasado de encuestas, a pesar de que los equipos conocían el trabajo, ya que se les había presentado, y se les había explicado qué instrumentos pasar y a quién, no se les pasó el AD HOC a todas las familias y adolescentes que teníamos previsto, lo que generó que la muestra esperada disminuyese.

Esto se compensó con el resto de recogida de información, que fue bastante minuciosa: registros, análisis, revisión documental, grupos de discusión, etc.

Después de recoger todos los datos, ordenar los mismos y vaciarlos e interpretarlos, que supuso un trabajo minucioso porque se recogió mucha información de estructura y procesos; se continuó con la fase de "armar" el modelo lógico, y darle sentido con los resultados.

Como técnica cualitativa por excelencia, se optó por los grupos de discusión, como herramienta clave y fuente de información valiosa para darle sentido y coherencia a los datos aislados. El trabajo de transcripción de los dos grupos de discusión fue bastante costoso en tiempo, pero la información extraída fue de valor informativo esencial para la evaluación.

El vaciado y tratamiento de la información fue realizada por el Centro de Estudios, utilizando plantillas de Excel y mediante el programa SPSS para los cuestionarios AD HOC.

A continuación se hace un primer INFORME DE DATOS amplio, y en sesión de comisión se analizan y se comienzan a contestar a las PREGUNTAS DE EVALUACIÓN, para dar lugar a un segundo informe de datos más concreto y con los principales resultados obtenidos.

Posteriormente se sintetizan estos resultados plasmándolos en el MODELO LÓGICO, lo que nos permite armar desde un modelo sistémico, la lógica evaluativa del Programa NOVA: qué ocurre en el programa y porqué.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Elementos estructurales

Se parte de la idea de que los RECURSOS HUMANOS son la pieza fundamental de la estructura, al ser los/as encargadas de ejecutar los procesos que darán lugar a los cambios en las familias y adolescentes.

Por ello, la premisa de que se contaba con profesionales debidamente formados/as y con experiencia en intervención con familias y adolescentes, era una de las preguntas de evaluación de esta dimensión estructural.

Los resultados dicen que efectivamente, los/as miembros de los equipos tienen una Formación Adecuada y Experiencia para el desarrollo del Programa; pero sí que existe

una necesidad de mayor formación continua y específica de los equipos sobre adolescencia y sobre nuevos modelos de intervención.

Entendemos que los equipos tienen formación académica acorde al puesto que desempeñan: psicología o trabajo social, pero su formación específica está más enfocada al trabajo con adultos; además de contar con la experiencia durante años de la intervención en centros de tratamiento de Proyecto Hombre.

Un aspecto relevante que está relacionado con la dimensión de los recursos humanos, es la FILOSOFÍA Y CULTURA de la organización Proyecto Hombre, que atraviesa de forma transversal la estructura del Programa NOVA, cómo se conforman sus recursos humanos y la formación que reciben los mismos.

La formación específica en Proyecto Hombre para profesionales de la terapia, ha sido enfocada hacia la intervención con adultos: la formación base para formarse como Terapeutas que han recibido los y las profesionales; está orientada fundamentalmente a la intervención clínica con adultos con conductas adictivas y al trabajo familiar.

A raíz de esta información extraída de los grupos de discusión con los equipos, así como de la revisión documental y teórica del Programa NOVA, se detecta una cultura organizativa arraigada durante años en la estructura general de Proyecto Hombre, donde se prima lo eminentemente terapéutico y clínico sobre las intervenciones o recursos de otra índole. Donde se prestan más recursos a los centros de adultos, incluidos los dirigidos a sus recursos humanos, que a los centros donde se desarrollan programas de prevención.

El origen de la institución está profundamente unida al trabajo en Comunidades Terapéuticas y Centros de Acogida, fueron los primeros recursos en abrirse en Proyecto Hombre, donde la figura del o de la Terapeuta tiene un peso no sólo a nivel profesional, sino también de reconocimiento en el plano institucional.

La aparición de programas de prevención universal, selectiva e indicada más tarde en la entidad, supone un proceso también de integración en la propia estructura organizativa interna, que conlleva procesos que pueden alargarse en el tiempo; mientras que la figura del o la terapeuta de Adultos y la intervención clínica, ya forman parte de la institución desde el principio.

Ello ha supuesto que la figura del/a terapeuta de programas de Prevención, no sea tan considerada como la anterior, y se encuentre actualmente en proceso de ocupar su espacio propio, a nivel de recursos humanos y recursos disponibles; con el trabajo de visibilización que a nivel de coordinación y dirección de programas que se está llevando a cabo.

Este hecho se traslada también al área organizativa, en cuanto al funcionamiento de los centros y recursos humanos, dónde se ha seguido una estructura organizativa similar a los programas de atención de adultos, en cuanto a la distribución de funciones y tareas, procesos y herramientas, y evaluación de resultados.

Para los equipos de trabajo de Proyecto Hombre, es más fácil trabajar con familias, precisamente por tener más experiencia y formación en trabajo de adultos, que la intervención con adolescentes. Además de que la intervención con las familias en Proyecto Hombre es un ámbito fundamental para trabajar de forma integral el problema de las adicciones, y que dado el trabajo sistémico familiar que se hace, se logran mejoras en la dinámica familiar, que se han comprobado empíricamente durante estos años.

Es decir, se dedican más recursos formativos al trabajo grupal, familiar o de adultos; por una cuestión de estructura y cultura organizativa, que está incidiendo en los recursos humanos del Programa NOVA.

En cuanto a los recursos disponibles, existe una red de recursos de consulta, bibliográficos y audiovisuales, que están a disposición de los equipos del Programa; pero sin embargo, los equipos no acceden a los mismos.

Este resultado tiene que ver directamente con la organización interna y procesos internos de trabajo, como veremos en el apartado de ELEMENTOS DEL PROCESO.

En cuanto a la satisfacción de los/as agentes externas y de la población destinataria del Programa, los resultados son positivos en cuanto a acceso al centro, horarios, respuesta a la demanda de ayuda, atención telefónica e instalaciones, sugiriendo más actividades dirigidas directamente a los/as adolescentes, como talleres, charlas o actividades de ocio y tiempo libre.

El Programa NOVA actual, no ofrece actividades grupales con los/as adolescentes.

Conclusiones elementos del proceso

La organización interna de los programas no está ajustada a los procesos y resultados, e influyen negativamente en la intervención.

Se detectan procesos tediosos por la cantidad de registros de información y/o de diagnóstico, que además los equipos no utilizan para la función que tendrían a priori, sino que cumplimentan para seguir el proceso escrito.

La distribución de horas dedicadas a estas tareas no permite la elaboración y preparación de la intervención individual/ grupal, por el exceso de registros de información y diagnóstico de los casos.

Se está invirtiendo el doble de horas en cumplimentar estos registros. El procedimiento escrito es un documento que se elabora en el año 2009 cuando la Entidad implanta un sistema de calidad ISO 9001. El mismo, documenta todos los procesos del Programa NOVA en ese momento, incorporando además otros nuevos, pero con el mismo objetivo: registrar las tareas. Hay un exceso de registros de recogida de información. Además, el registro se duplica hasta tres veces: se registra en papel, se registra en bases de datos: PH Nemos (plataforma propia) y Cedro (base de datos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias).

Con todo ello, el equipo lleva un soporte documental arduo, con el que además no está de acuerdo, y que le resta tiempo para la intervención.

La FASE 1 de evaluación y diagnóstico tiene una duración de 3 meses, para la exploración y elaboración de informe diagnóstico y concluyente Plan de Trabajo; que son invertidos principalmente en pasar test a los casos, y trabajar la motivación, la reducción del consumo y disminución de las conductas disruptivas.

Ambos equipos coinciden en que esta temporalidad no es ajustada, debería reducirse a la mitad; y dedicar más tiempo a la elaboración del Plan de Trabajo y preparación de sesiones.

Los test de diagnóstico no son adecuados y no sirven para valorar porque no se tienen cuadernos de técnicas para interpretar los resultados, además de no estar validados y de que los equipos hacen un diagnóstico de experto, no sujeto a valoraciones objetivas.

Los registros de información están duplicados, se cumplimentan varios instrumentos para registrar la misma información, lo que provoca además, hacer las mismas preguntas sobre el caso a las familias o adolescentes.

El PLAN DE TRABAJO es una herramienta que tendría que recoger el vaciado de Factores de Riesgo y Protección del caso, y un planteamiento por objetivos, actividades y temporalización que guiará el trabajo a realizar por las familias y adolescentes.

Debido al planteamiento del proceso de diagnóstico, esta herramienta se contempla muchas veces como un procedimiento más que cumplir, perdiendo el valor psicosocial de la intervención, debido al exceso de procesos y registros.

Además, el equipo de Gran Canaria, presenta estos planes de trabajo en reuniones de equipo, además de a los casos, como herramienta para trabajar el compromiso de cambio con las familias y adolescentes.

En Tenerife, el equipo cumplimenta el Plan de Trabajo por mero procedimiento escrito, y la mayoría de las veces no cuentan con el espacio para compartirlo en el equipo.

La entrevista de supervisión es la herramienta que más se utiliza para trabajar con las familias y adolescentes; que además es la herramienta clínica más utilizada en Proyecto Hombre, denominado COLOQUIO.

Al no disponer de tiempo de preparación para el plan de trabajo y sesiones programadas, los equipos trabajan desde sus roles de expertos, que les garantiza su propia experiencia en Proyecto Hombre; y que les lleva a centrar más la intervención en el sistema familiar y en los cambios conductuales.

Además se detecta un perfil de "caso tipo" en el Programa, que son los casos dónde además se trabaja mejor y se obtienen mejores resultados: familia con cierta estructura que acude al centro junto con su hijo/a adolescentes; o familia con cierta estructura aunque no acuda con su hijo/a.

Cuando se presentan otros perfiles que no se ajustan a este perfil tipo, como adolescentes sin apoyo familiar, o sistema familiar con situaciones de desestructura, o incluso adolescentes que no consumen cannabis y/o alcohol, sino que presentan una adicción sin sustancia o a sustancias que provocan mayor deterioro; el programa no contempla un itinerario específico de intervención ajustándose a estas necesidades; sino que se plantea la misma estructura que para los perfiles de caso tipo.

El equipo no cuenta con procedimientos y herramientas definidas y compartidas, por lo tanto no interviene con la misma intensidad al considerar que el Programa no es el recurso adecuado; o utiliza su rol de experto aplicando su formación y experiencia, que como ya se ha mencionado, va más encaminada a la atención de adultos.

Cuando se revisa el marco teórico del Programa NOVA, que se sustenta en el Programa SUSPERTU de Proyecto Hombre Navarra (1.997), especifica como población beneficiaria este perfil caso tipo de familias, excluyendo del programa a adolescentes con otras conductas disruptivas o sin apoyo familiar.

Por ello se puede observar que haya más estructura para el trabajo familiar y más carencias en procesos específicos para adolescentes, y para adolescentes sin apoyo familiar.

Las herramientas grupales, tanto formativas como de autoayuda (Escuela de Familias y Grupos de Autoayuda para Familias); tienen su referencia bibliográfica también en el Programa Suspertu, pero la indagación de las fuentes internas, en los grupos de discusión, se comprueba que los contenidos y la metodología del mismo; al contrario que los procesos individuales y el perfil diana; sí que se han ido actualizando por parte de los equipos: contenidos de sesiones y talleres formativos, tipología de grupos de apoyo y acompañamiento emocional, etc. Con lo que el proceso de trabajo se vuelve a apoyar más en la formación y experiencia de los equipos, que en el propio procedimiento o marco teórico.

Destacar que los equipos a pesar de no compartir el uso de los test de diagnóstico y los procesos de registro, son bastante minuciosos a la hora de cumplir con sus tareas; sabiendo que no les serán de utilidad para la elaboración del Plan de Trabajo o para la intervención posterior. Sin embargo, la alta exigencia por objetivos, les lleva a cumplimentar un proceso interno tedioso, que merma en la dedicación no solo a elaborar sesiones de intervención, sino a organizar sesiones de trabajo en equipo, reuniones o espacios de cuidado entre los y las compañeras de cuidado.

Se ha detectado que el procedimiento no es compartido, que los test de diagnóstico no son adecuados para elaborar el plan de trabajo, y que hay un exceso de registro de información.

Conclusiones sobre los resultados

Los resultados esperados o previstos por el Programa NOVA: de reducción del consumo y mejora de la dinámica familiar, sobretodo en el perfil tipo de caso de NOVA; son alcanzados por encima del 25%; siendo los resultados más destacados en cuanto a mejora, los referidos al sistema familiar: mejora de la comunicación y clima familiar.

El trabajo sistémico familiar, da resultados en la mejora de la dinámica familiar y disminución de las conductas disruptivas de los/as adolescentes. Este ambiente familiar más facilitador, propicia además una comunicación más sana y respetuosa entre ellos/as, que propicia el establecimiento de normas en casa, la búsqueda de espacios de ocio y tiempo libre en familia, y en general, una mejoría del funcionamiento de la familia como sistema.

Además de la reducción del consumo de los/as adolescentes, resultado que no preocupa a los/as profesionales si no se logra, porque entienden que la metodología

que anima al programa, es la eminentemente familiar, y que el consumo de cannabis o alcohol, es más un proceso de experimentación de los/as adolescentes.

El programa logra un impacto real en el sistema familiar, siendo cambios principalmente de aprendizaje y entrenamiento que se traducen en modificación de conductas: reducir el consumo, establecer y cumplir con normas y límites, hacer cosas juntos, practicar deporte o actividades de ocio y tiempo libre.

En el programa de Gran Canaria, estos resultados se producen antes que en el Centro de Tenerife, dado que disponen de una estructura formativa grupal para familias, que paralelamente a la fase de exploración, les permite trabajar aspectos transversales informativos, reducir la tensión inicial y trabajar la motivación.

En Tenerife, estos mismos resultados se comienzan a ver en la Fase 2, porque no trabajan con estructura grupal, y ese trabajo se hace desde COLOQUIOS individuales, paralelamente a la exploración y diagnóstico.

Con lo cual, se está invirtiendo el doble de tiempo en trabajar lo mismo, además de la mayor complejidad de trabajar de forma individual.

Tanto la formación como la autoayuda grupal, genera en las familias de Gran Canaria, mayor adherencia al tratamiento por el apoyo grupal desde el inicio, y las ventajas del trabajo en grupo: identificación con otros/as familiares, consuelo y comprensión empática, etc.

Los resultados referidos a la mejora del desarrollo personal del/a Adolescente, entendida esta como la adquisición de valores, autoconcepto o autoestima, maduración; toma de decisiones; no aparecen con significación, porque se detectan que estos objetivos no se están trabajando, ni están contemplados en los procesos; sino que se incide más en lo comportamental.

A nivel educativo, hay buenos resultados en cuanto al funcionamiento del sistema familiar, por el trabajo de intervención sistémica y a nivel educativo: reestructuración de roles, resolución de conflictos, horarios; que inciden en que haya una mejora de la dinámica familiar. Pero se comprueba que una vez estabilizada la familia como sistema, no se logra profundizar en otros aspectos de la persona, que requieren mayor introspección por parte del/a terapeuta.

En los grupos de discusión de los/as profesionales todos saben que estos son los principales cambios del programa, y no se hace incapié en la reducción del consumo como un impacto a destacar. Además, les preocupa el proceso de trabajo actual, que no les está permitiendo prepararse las sesiones individuales/grupales, y por lo tanto,

trabajar las áreas que tenían previstas o que descubren que tendrían que trabajar con los casos.

RECOMENDACIONES

ESTRUCTURA:

CONTINUAR CON LOS PROCESOS DE VISIBILIZACIÓN SOBRE EL TRABAJO EN PREVENCIÓN EN LA ESTRUCTURA GENERAL DE PROYECTO HOMBRE

1. mantener en el equipo de dirección la figura de la coordinación del área de prevención
2. mantener reuniones de coordinación con el área de adultos
3. crear espacios formativos conjuntos con el área de adultos
4. favorecer la movilidad de los/as profesionales desde el área de adultos al área de prevención
5. planteamientos formativos adaptados a la intervención con adolescentes, tanto desde el curso base de terapeutas como a nivel de centros en canarias

ORGANIZACIÓN INTERNA DE LOS EQUIPOS, BASADA EN FUNCIONES Y TAREAS

1. distribuir las tareas y funciones asignadas en base a criterios de horas dedicadas y procesos de cada una de ellas.
2. asignar las tareas y funciones teniendo en cuenta la formación y la experiencia de cada terapeuta.
3. la distribución de los equipos de nova junto con los equipos de prevención, para favorecer las sinergias de trabajo (derivación de casos, coordinación de actividades conjuntas, presentación de dinámicas a trabajar, etc.)

DISEÑAR UN MODELO DE EVALUACIÓN DE IMPACTO PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

1. diseñar un modelo de evaluación de resultados o impacto
2. buscar indicadores de impacto para programas de prevención indicada
3. elaborar métodos de medición para el impacto
4. mantener un sistema de recogida de información específico para adolescentes y familias

RECOGER EL PERFIL DE FAMILIAS Y CASOS EN BASES DE DATOS

Que nos permitirá conocer el perfil de los casos y la aparición de nuevas realidades o necesidades

PROCESOS:

- construir un índice de adolescentes vulnerables: que defina por áreas el riesgo de vulnerabilidad, que permita mejorar el proceso de diagnóstico y definir mejor la intervención.
- perfiles que no se adaptan al perfil tipo del programa nova: tomar decisiones acerca de si se les ofrece o no el recurso; y si se les ofrece el recurso, diseñar procesos de intervención específicos para estos casos.
- en ambos casos, revisar y modificar el marco teórico y estructura del programa.
- diseñar un procedimiento de trabajo nuevo, basado en los resultados: Siguiendo el árbol de resultados: ¿qué quiero conseguir? ¿cómo lo voy a hacer? secuenciar el trabajo individual dándole mayor estructura a la elaboración del plan de trabajo y a las sesiones con los casos. buscar otros procesos menos similares a los de l@s adultos.
- actualizar las herramientas de diagnóstico y registro de información
- crear los contenidos de la ESCUELA DE FAMILIAS
- INTRODUCIR LA ESTRUCTURA GRUPAL PARA FAMILIAS EN TENERIFE

A black and white, close-up photograph of a vintage typewriter keyboard. The keys are arranged in a curved pattern, and some have numbers like 20, 30, and 40. In the background, a document is visible with the word 'Pesetas' and some handwritten numbers. The overall tone is professional and historical.

8

TRANSPARENCIA

Y

RENDICIÓN

DE

CUENTAS

PERIODO 2017

INGRESOS DE CONCURSOS PÚBLICOS:

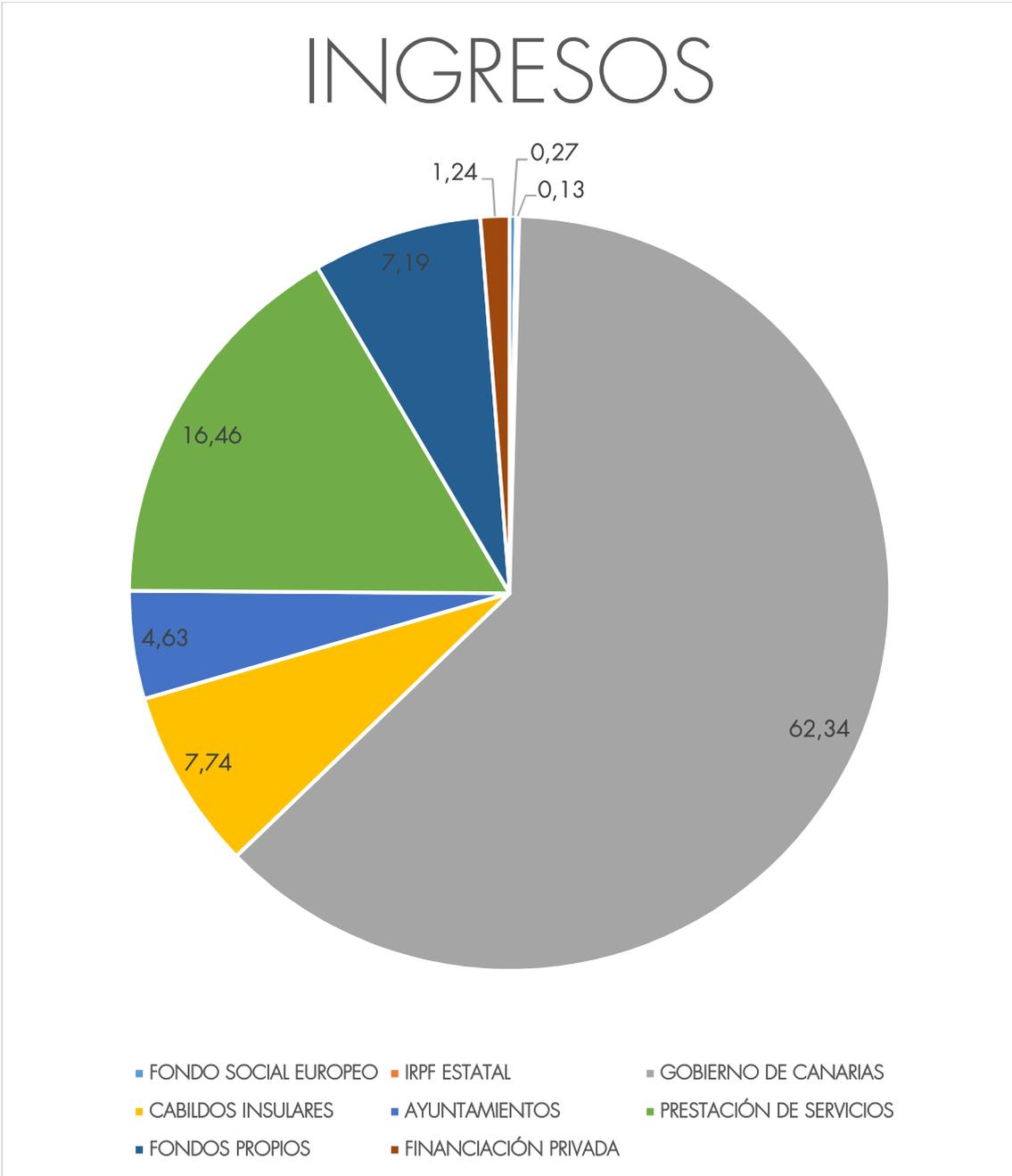
* FONDO SOCIAL EUROPEO		
 Unión Europea Fondo Social Europeo "Invierte en tu futuro"	Programa INSOLA	4.381,86€
* IRPF ESTATAL		
 GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD ✓ POR SOLIDARIDAD OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL	Programa de Voluntariado Social	2.120,86€
* COMUNIDAD AUTONOMA		
 Servicio Canario de la Salud Dirección General de Salud Pública	<u>D. Gral de Salud Pública</u> Centros de Atención y Tratamiento para Adultos (UAD, Centros de Día y Comunidades Terapéuticas)	799.941,00€
 Gobierno de Canarias Consejería de Cultura, Deportes, Políticas Sociales y Vivienda	<u>D. Gral Políticas Sociales</u> Centros Residenciales para Personas en Exclusión Social	140.000,00€
 Servicio Canario de Empleo Gobierno de Canarias	<u>Servicio Canario de Empleo</u> Convenio para la contratación de personas desempleadas	56.889,16€
* CABILDOS INSULARES		
 Cabildo de Gran Canaria	<u>Cabildo Insular de Gran Canaria</u> Programas de Atención a Personas en Exclusión Social de la Isla de Gran Canaria	77.800,00€
 CABILDO DE TENERIFE	<u>Cabildo Insular de Tenerife</u> Programa NOVA, Atención a familias/adolescentes	40.000,00€
 CABILDO DE LA PALMA	<u>Cabildo Insular de La Palma</u> Programas de Prevención Escolar y Familiar	6.000,00€

* AYUNTAMIENTOS		
 Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife Área de Gobierno de Atención Social	Ayuntamiento de Santa Cruz de Tenerife	50.000€
		
 Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria	Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria	22.975,45€
 Ayuntamiento de la Villa de Breña Alta	Ayuntamiento Breña Alta	1.000,00€
* PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR Y FAMILIAR		
 Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria	Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria	156.472,99€
 Ayuntamiento de Valleseco	Ayuntamiento de Valleseco	4.500,00€
 EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA	Ayuntamiento San Cristobal de la Laguna	12.200€
 AYUNTAMIENTO DE LA OROTAVA	Ayuntamiento de la Orotava	5.000€
 AYUNTAMIENTO DE ARONA	Ayuntamiento de Arona	10.372,50€
 Excmo. Ayuntamiento de Guimar	Ayuntamiento de Guimar	4.400€
 Ayuntamiento de El Rosario	Ayuntamiento El Rosario	2.320€
 Ayuntamiento de Adeje	Ayuntamiento de Adeje	15.200€
	Ayuntamiento de la Victoria	320€

 Excmo. Ayuntamiento de La Victoria de Acentejo		
 Servicio Canario de la Salud Dirección General de Salud Pública	D.Gral de Salud Pública	37.500€
	Hoteles Barceló	4.979,91€
	Juncos, Servicios Integrales S.L.	450€
	Cabildo de El Hierro	2.730€
	Recuperaciones diversas	6.743,13€

* FONDOS PROPIOS		
	Aportaciones de personas usuarias	45.517,87€
	Cuotas de personas afiliadas	15.096,43€
	Tiendas Solidarias	33.722,50€
	Campaña Crowdfunding	398€
	Actos Benéficos	2.065€
	Donaciones de empresas	6.691,53€
	Venta de Mercadería	2.310,99€
	TOTAL FONDOS PROPIOS	114.988,63 €
* FINANCIACIÓN PRIVADA. MECENAZGO		
	Convocatoria Obra Social Bankia/ La Caja de Canarias para Proyectos de Acción Social 2017	5.091,84€
	Convocatoria Cabildo Insular de Tenerife, Sinpromi: Proyecto Voluntariado	4.994,91€
	Fundación Caja Canarias y Fundación Caixa	2.322€
	Beneficios de operaciones	1.371,96€
	Bonificaciones por formación	3.921,46€

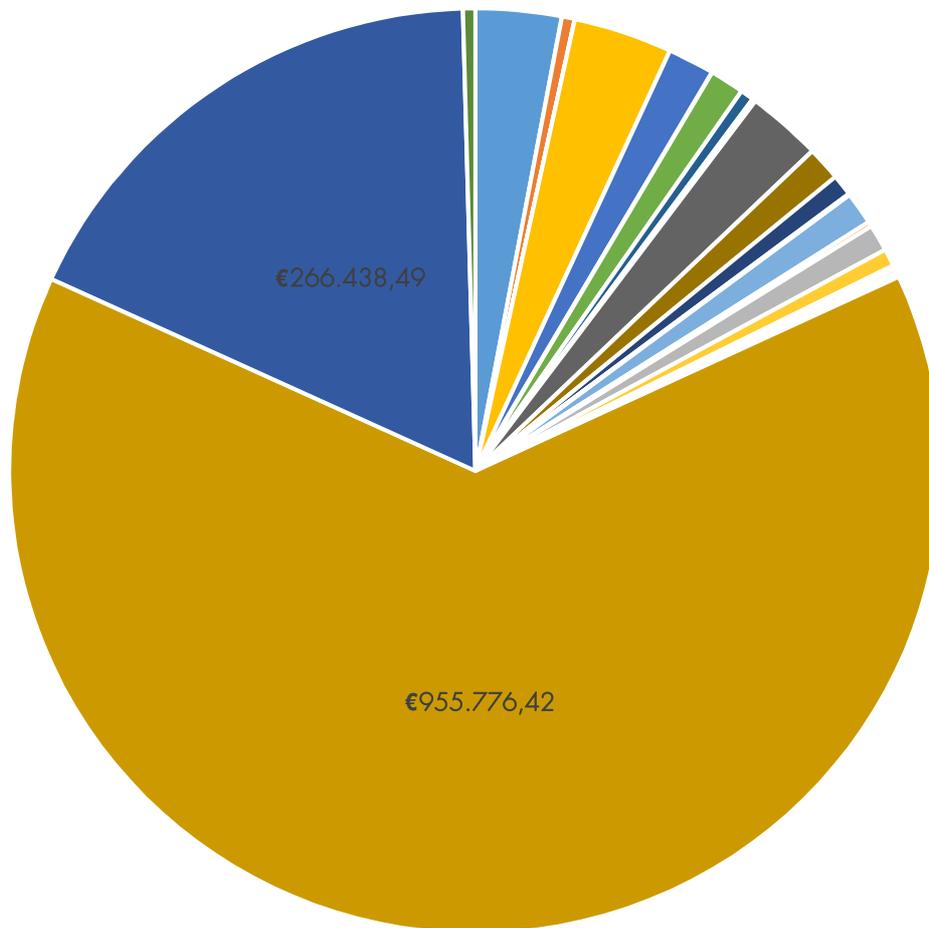
	Ingresos Excepcionales	2.052,15€
	TOTAL FINANCIACIÓN PRIVADA	19.753,48€



GASTOS:

	TOTAL
COMPRAS Y APROVISIONAMIENTOS	44.507,06 €
TRABAJOS REALIZADOS POR OTRAS EMPRESAS	6.692,05 €
ARRENDAMIENTOS	107,92 €
REPARACIONES Y CONSERVACIÓN	51.316,79 €
SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES	24.403,53 €
PRIMAS DE SEGUROS	17.896,47 €
SERVICIOS BANCARIOS	7.070,88 €
PUBLICIDAD	1.652,32 €
SUMINISTROS, AGUA, LUZ , GAS, ETC ...	38.968,54 €
OTROS SERVICIOS:	
Viajes	17.781,13 €
Material oficina	11.155,92 €
Correos y paquetería y mensajería	739,33 €
Telefonos	17.132,93 €
Desplazamientos	2.460,26 €
Formación	14.053,84 €
Otros Gastos	9.147,84 €
OTROS TRIBUTOS	1.954,38 €
OTROS GASTOS FINANCIEROS	2.250,00 €
GASTOS EXCEPCIONALES	210,00 €
PERDIDAS CREDITOS COMERCIALES	452,75 €
OTRAS PÉRDIDAS EN GESTION CORRIENTE	1.637,06 €
SUELDOS Y SALARIOS	955.776,42 €
SEGURIDAD SOCIAL	266.438,49 €
AMORTIZACIONES DEL INMOVILIZADO	6.434,73 €
TOTAL GASTOS	1.500.240,64 □

GASTOS



- Compras y aprovisionamientos
- Arrendamientos
- Servicios Profesionales Independientes
- Servicios Bancarios
- Suministros, agua, luz , gas, etc ...
- Material oficina
- Telefonos
- Formación
- Otros tributos
- Gastos excepcionales
- Otras pérdidas en gestion corriente
- Seguridad Social
- Trabajos realizados por otras empresas
- Reparaciones y conservación
- Primas de seguros
- Publicidad
- Viajes
- Correos y paquetería y mensajería
- Desplazamientos
- Otros Gastos
- Otros gastos financieros
- Perdidas creditos comerciales
- Sueldos y Salarios
- Amortizaciones del Inmovilizado

ENTIDADES PÚBLICAS:

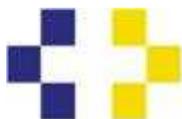
 **proyecto INSOLA**



Unión Europea
Fondo Social Europeo
"Invierte en tu futuro"



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



Servicio
Canario de la Salud
Dirección General de Salud Pública



Gobierno de Canarias
Consejería de Cultura, Deportes,
Políticas Sociales y Vivienda



Servicio Canario
de Empleo
Gobierno de Canarias



**Cabildo de
Gran Canaria**



**CABILDO
DE TENERIFE**



**CABILDO
DE HIERRO**



AYUNTAMIENTO DE
**SANTA CRUZ
DE TENERIFE**



**Ayuntamiento
de Las Palmas
de Gran Canaria**



Excmo. Ayuntamiento de
La Victoria de Acentejo



Ayuntamiento de Valleseco



**Ayuntamiento de
Breña Alta**



AYUNTAMIENTO DE ARONA



Excmo. Ayuntamiento de
La Matanza de Acentejo



**Ayuntamiento
de Adeje**



**AYUNTAMIENTO
DE LA OROTAVA**

ENTIDADES Y EMPRESAS COLABORADORAS:



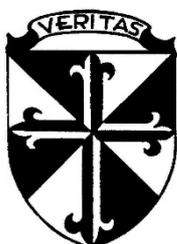
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
PSICOLOGÍA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



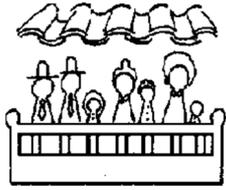
EGATESA
Carnes de Primera



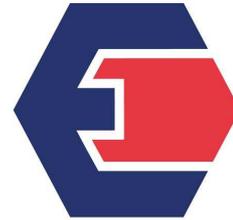
OPTIMO CONTROL







Asociación Canaria
de Terapia Familiar



EGATESA

Carnes de Primera



MERCADONA
SUPERMERCADOS DE CONFIANZA



SAFE EVENTS®



GRUPO
JESUMAN

WFCC 
World Federation of Therapeutic Communities



Mujeres Solidaridad y Cooperación

*Nuestro proyecto son
las personas,*

¿cuál es el tuyo?