

Departamento de Psicoloxía



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Evolución asistencial de las drogodependencias en Galicia (1995 – 2013)

Autor: Jesús Cancelo Martínez

Tesis doctoral UDC / 2015

Directora: Alicia Risso Miguez

Departamento de Psicología



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



ACREDITACIÓN DE LA DIRECTORA

ALICIA GLORIA RISSO MIGUES, PROFESORA TITULAR DE LA UNIVERSIDADE DA CORUÑA EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y DIRECTORA DE LA TESIS PRESENTADA POR:

D. JESÚS CANCELO MARTÍNEZ

TITULADA:

EVOLUCIÓN ASISTENCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN GALICIA (1995 – 2013)

HACE CONSTAR QUE:

LA MENCIONADA TESIS REÚNE LOS REQUISITOS TEÓRICOS, CIENTÍFICOS Y METODOLÓGICOS QUE DEBE TENER UNA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE ESTA ÍNDOLE, DANDO SU VISTO BUENO PARA SU LECTURA Y DEFENSA.

A Coruña, 1 de septiembre de 2015.

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este trabajo, uno se pregunta si ha merecido la pena tanto esfuerzo y tantas horas entregadas en soledad a la causa. Esta tesis debió haber sido leída hace muchos años, cuando no había que racionar ni la juventud ni la energía. Pero no ha sido así, y ahora, cuando habría que dedicar el tiempo que te queda libre después del trabajo, a los demás, a la familia, a los hijos, a los amigos, al ocio, al bricolaje, y a los pequeños momentos para no pensar en cosas serias, ha venido esta tesis justo para lo contrario.

Es por ello, que cobra más importancia este apartado para agradecer a todos aquellos que durante estos últimos años no han recibido de mí lo que esperaban, especialmente mi tiempo, con el riesgo de haber resultado un tanto misántropo o haber parecido algo antisocial. Sin embargo, es momento de agradecer la paciencia de mi mujer, Maite, que no sé cómo aguanta mi pasión por el trabajo, y de mis hijos Pablo y Artur. Al mayor, por los ánimos que siempre me dio y por haber sido capaz de volar solo y haber permitido enfrascarme en este trabajo, pero al pequeño, esta tesis le ha pillado en su adolescencia, y creo que no he estado lo suficientemente presente en algunos momentos que me necesitaba. Al resto de la familia, también, porque tampoco he podido cuidarles en su vejez ni acompañarles suficientemente en las veladas familiares.

También quiero expresar mi gratitud y mi afecto a la Directora de Tesis, la Profesora Dra. Alicia Risso Miguez, que sin su ayuda, y no es un tópico, es verdad que no hubiera podido alcanzar este objetivo. Agradezco su capacidad, sus orientaciones y su dedicación a esta tesis de alguien, que como yo, ha estado dedicado desde hace años a la labor asistencial y algo más alejado del mundo académico y de la investigación.

También quiero agradecer el trabajo a todos los profesionales de la Red Asistencial de Drogodependencias de Galicia que, como yo y mis compañeros de la Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga “ALBORADA” que dirijo, anónimamente han sido quienes han ido registrando día a día, paciente a paciente, los datos que se han utilizado para la realización de este trabajo. Si se les agradece a ellos, también hay que hacerlo a la Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Sergas y todos los comisionados, direcciones generales, subdirecciones generales y jefaturas de servicio que con diferentes nombres han dirigido las políticas asistenciales en drogodependencias en Galicia. Todos ellos junto con los profesionales de las unidades asistenciales, comunidades terapéuticas, centros de día, unidades hospitalarias, centros penitenciarios, ONGs, concellos, etc., hemos conformado un espíritu de colaboración y de trabajo bajo la denominación de la *gran familia de las drogas*.

En tiempos pretéritos, esta colaboración se vio plasmada en la creación de sistemas de evaluación y de herramientas de trabajo que han hecho posible disponer de una enorme base de datos pública, disponible para quien lo necesite, que ha servido como base a la segunda parte de esta tesis doctoral. Pero dejo para el final, lo más importante, a los usuarios, a los pacientes, y a las familias que son una fuente inagotable de aprendizaje, y que siempre han estado ahí para colaborar en las diversas investigaciones multicéntricas que hemos realizado durante las últimas décadas. Durante treinta años de trabajo he atendido a miles de pacientes, y todavía es el de día en que continúo aprendiendo e ilusionándome con el trabajo, empañado muchas veces por problemas siempre ajenos a la propia actividad asistencial. Con estos parámetros, y hablando de prácticas de riesgo para la salud, es inevitable recordar a todos los pacientes que han fallecido durante estos años, cientos de ellos, y que sin duda han dejado un recuerdo y también un vacío en nuestras mentes y en nuestros corazones.

RESUMEN

En esta investigación se ha llevado a cabo una recogida, organización y análisis de datos, inexistente hasta la fecha, de una serie anual de 19 años (1995-2013) que abarca los datos informatizados del Sistema de Evaluación Asistencial de Galicia y los compara con España y Europa. El autor tomó parte activa en el diseño del mencionado sistema y de su herramienta informática, formando también parte del proceso de recogida de datos que realizan los profesionales de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias. Dada la ausencia de estudios y análisis previos, el actual es fundamentalmente descriptivo, aunque también pretende ser explicativo y, en lo posible, predictivo. La muestra está constituida por los 47378 usuarios de la Red Asistencial de Drogodependencias de Galicia durante el mencionado período. Las 75 variables a analizar se dividieron en: de usuarios (sociodemográficas, consumo de drogas, salud y legales) y del tratamiento (indicadores y programas, intervenciones, permanencia y salida). Los hallazgos más relevantes son la detección de cambios en admisiones (aumento de drogas legales) y demanda (disminución de metadona y aumento de psicoterapia), lo que normaliza la Red dentro de Salud Mental, y que existen importantes logros, aunque deben aumentar las altas terapéuticas y disminuir los abandonos.

RESUMO

Nesta investigación levouse a cabo unha recollida, organización e análise de datos, inexistente ata a data, dunha serie anual de 19 anos (1995-2013) que abarca os datos informatizados do Sistema de Avaliación Asistencial de Galicia e compáraos con España e Europa. O autor tomou parte activa no deseño do mencionado sistema e da súa ferramenta informática, formando tamén parte do proceso de recollida de datos que realizan os profesionais das Unidades Asistenciais de Drogodependencias. Dada a ausencia de estudos e análises previas, o actual é fundamentalmente descritivo, aínda que tamén pretende ser explicativo e, no posible, predictivo. A mostra está constituída polos 47378 usuarios da Rede Asistencial de Drogodependencias de Galicia durante o mencionado período. As 75 variables a analizar dividíronse en: de usuarios (sociodemográficas, consumo de drogas, saúde e legais) e do tratamento (indicadores e programas, intervencións, permanencia e saída). Os achados máis relevantes son a detección de cambios en admisións (aumento de drogas legais) e demanda (diminuición de metadona e aumento de psicoterapia), o que normaliza a Rede dentro de Saúde Mental, e que existen logros salientables, aínda que deben aumentar as altas terapéuticas e diminuír os abandonos.

ABSTRACT

This research has been done a data collected, organisation and data analysis, which does not currently exist, from an annual series of 19 years (1995-2015) covering all the range of computerised data from the Evaluation Healthcare System of Galicia and comparing them with Spain and European Union. The author also played an active role in the design of data collection process performed by professionals from Drugs Treatment Services. Considering the lack of previous studies and analysis, this one is mainly descriptive, but also has the aim to be explanatory and, if possible, predictive. The sample consisted entirely of 47378 patients attended in the Healthcare Network for Treating Drugs Addictions in Galicia during the period referred. The 75 variables evaluated have been divided in: users' variables (sociodemographics, drugs consumption, health and legal) and treatment variables (indicators and programmes, therapeutic procedures, treatment dwell times and dropouts). The most relevant findings are the detection of changes in admissions (the increase of legal drugs) and demand (methadone decrease and Psychotherapy increase), which normalizes the Network into Mental Health, and that significant achievements have been made, but therapeutic leave cleared by professionals should be enhanced and should be decreased dropouts.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de perderse, de ser destruido, es un hecho extremadamente personal, distante, vehemente y turbulento, y nada tiene que ver con lo que llamamos sustancia.

Georges Bataille, Le coupable

El consumo de drogas y su expansión, es un fenómeno que se ha producido a lo largo de los siglos, y que se ha visto favorecido, más recientemente, por una serie de factores como el desarrollo de los medios de comunicación y del transporte entre las diferentes regiones del mundo; lo que hoy se conoce como globalización. En las últimas décadas, otros factores como la rápida organización y el crecimiento de los núcleos urbanos, así como los cambios de actitudes y de valores, tanto sociales como individuales, también contribuyeron al desarrollo de esta problemática que tiene ramificaciones en casi todos los ámbitos posibles: sanitarios, educativos, legales, sociales, familiares, económicos, culturales, etc.

Las drogodependencias se caracterizan por su dinamismo, ya que están sujetas a los cambios sociales y económicos del entorno, al tipo de drogas consumidas, a los patrones de uso, y a los efectos que provocan, ya sean sustancias legales o ilegales. Justo por esa gran variabilidad y su difícil predictibilidad, así como por la diversidad de su impacto social y sanitario, es preciso realizar un esfuerzo constante, especialmente de carácter científico, para conocer los factores que propician o mantienen una situación de consumo de drogas epidemiológicamente significativa, para así poder establecer políticas y ejecutar medidas preventivas y asistenciales.

Durante estos últimos treinta años hemos asistido cronológicamente, en Galicia y en España, a la aparición de diversos fenómenos, que han ido desde el efecto devastador de las drogas y la pérdida de muchas vidas reales y simbólicas de nuestros jóvenes, a la organización social surgida espontáneamente para hacerles frente, a la creación de los planes nacionales y autonómicos encargados de la planificación y coordinación de los recursos, a la aparición del Sida y su posterior pandemia, al cambio en las vías de administración de las drogas, a los tratamientos con sustancias sustitutivas, al retroceso en el consumo de heroína y en la infección por VIH, al incremento de los casos con patología dual y de emergencia social, al aumento del consumo de otras sustancias como cocaína, drogas de síntesis y de alcohol en espacios urbanos, y a una crisis económica que ha agudizado, aún más si cabe, la grave situación de desempleo entre nuestros usuarios.

Pero el fenómeno que habría que destacar por encima de todos es el del cambio en la forma de comprender y de trabajar en drogodependencias, que ha permitido el acercamiento de los usuarios a los centros, la normalización de la asistencia mediante la sensibilización de la sociedad, y la adherencia al tratamiento de un mayor número de pacientes. Los objetivos se han jerarquizado y diversificado, de manera que todos los casos tienen cabida y que todos los pacientes pueden experimentar una mejoría bajo esta nueva forma de entender la intervención.

Una forma científica de afrontar el fenómeno consiste en analizar la evolución asistencial en un territorio dado, en este caso Galicia, durante un período concreto, 1995-2013, con el fin de dimensionar el problema, por ejemplo cuántos pacientes son admitidos a tratamiento, cuál es el volumen asistencial, etc., conocer los cambios en las características sociodemográficas de los usuarios de drogas, la distribución geográfica, por ejemplo, por provincias, la comparación del consumo de drogas en Galicia con el resto de España y otros países de Europa, la duración de los tratamientos, el motivo de salida

de los programas (alta terapéutica, abandono, etc.), la intensidad y la tipología de las intervenciones realizadas en cada programa, o los indicadores sociosanitarios relacionados con el rendimiento de los profesionales de la red asistencial.

Con respecto a la evaluación, materia fundamental de esta investigación, señalar que se trata de una herramienta clave para el diseño de una planificación asistencial eficiente, así como para la elaboración de las políticas que deben aplicarse para superar los múltiples problemas asociados con las adicciones. También sirve para identificar necesidades, establecer nuevos objetivos, así como para asignar y distribuir los recursos.

En consecuencia, la evaluación debe ser convertida en una actividad diaria, incorporada al conjunto de programas y proyectos desarrollados por cualquiera de los planes autonómicos o estatales de atención a las drogodependencias, que provea de información rápida, y de retroalimentación tanto a los profesionales que trabajan con los usuarios como a las autoridades encargadas de la planificación y ordenación de la prevención, asistencia e incorporación social.

En resumen, resulta de especial interés efectuar estudios periódicos de tipo epidemiológico sobre el consumo de drogas, y de sus problemas asociados, con el fin de conocer la prevalencia del uso que se hace de las diferentes drogas, los ámbitos territoriales de su utilización, la percepción social que existe sobre las drogas, la evolución y las tendencias del consumo, en este caso, de Galicia, los factores de riesgo y de protección, y por último, el grado de apoyo público a las políticas institucionales.

Los resultados de estos estudios podrían ser comparados con los obtenidos en otras investigaciones, como la presente de Galicia, con el objetivo de contrastar su coherencia, evaluar la influencia de las políticas sobre drogas, así como valorar el impacto social de los programas preventivos y asistenciales, en cuanto a su eficacia, eficiencia, etc.

En este sentido, los sistemas de evaluación futuros, deberían orientarse hacia dos objetivos: por un lado la identificación de nuevas necesidades no cubiertas por los programas y recursos disponibles y, por otro, la selección de indicadores más potentes que tengan mayor impacto sobre la calidad de las medidas y de los programas desarrollados.

ÍNDICE

Índice de abreviaturas	xvii
Índice de tablas.....	xix
CAPÍTULO 1: LA HUMANIDAD Y EL CONSUMO DE DROGAS	1
1.1. Breve historia del consumo de drogas	1
1.2. Drogas y toxicidad	8
1.3. Adolescentes, jóvenes, drogodependencias y otras adicciones	12
1.3.1. Drogas, psicopatología y conducta en jóvenes y adolescentes	12
1.3.2. Nuevos patrones de consumo	15
1.3.3. Adicciones comportamentales.....	19
1.4. Recuperación natural vs recuperación por tratamiento	24
CAPÍTULO 2: EL CONSUMO DE DROGAS EN EUROPA	27
2.1. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).....	27
2.2. El Informe Europeo sobre Drogas 2014	29
2.2.1. El consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas en Europa	30
2.2.1.1. Admisiones a tratamiento en Europa por tipo de sustancia	32
2.2.1.2. La población europea a tratamiento por drogodependencia.....	37
2.2.1.3. Cobertura de los tratamientos de sustitución.....	38
2.2.2. El consumo de drogas en Europa y las enfermedades infecciosas: VIH/SIDA y hepatitis B y C.	43
2.2.3. Muertes en Europa por reacción aguda al consumo de drogas	45
2.3. Supervisión de la oferta de drogas.....	46
2.4. Conclusiones del Informe Europeo 2014	50
CAPÍTULO 3: EL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA	55
3.1. Del aislamiento al desarrollo.....	56
3.2. El Plan Nacional sobre Drogas	58
3.2.1. Las redes asistenciales.....	59

3.2.2. La estrategia 2009-2016 del Plan Nacional sobre Drogas	63
3.3. La sociedad española ante las drogas	65
3.4. El Observatorio Español sobre Drogas (OED)	67
3.5. Accesibilidad, demanda y disponibilidad de tratamiento	68
3.5.1. Accesibilidad al tratamiento	68
3.5.2. Demanda de tratamiento	71
3.5.3. Disponibilidad de tratamiento	72
3.5.3.1. El Indicador de Admisión a Tratamiento	73
3.5.3.2. Estructura del Indicador de Admisiones a Tratamiento	75
3.6. El consumo de alcohol en España	84
CAPÍTULO 4: EL CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA	89
4.1. Tendencias de consumo hasta 1980.....	93
4.2. Tendencias en el consumo de drogas en Galicia (1980-2013).....	96
4.2.1. Demanda y oferta de drogas	96
4.2.2. El medio penitenciario	100
4.2.3. El consumo de diferentes sustancias.....	102
4.2.4. Percepción social.....	106
4.3. Creación del Plan de Galicia sobre Drogodependencias.....	108
4.3.1. La asistencia a drogodependientes en Galicia	112
4.3.2. El Sistema de Evaluación Asistencial (SEA).....	114
4.3.2.1. Objetivos del SEA.....	117
4.3.2.2. Indicadores de evaluación del SEA	119
4.3.2.3. Programas de tratamiento	121
4.3.3. El proceso asistencial	131
4.3.4. Los programas de tratamiento con derivados opiáceos en Galicia	132
4.4. Drogodependencias y SIDA en Galicia y en España	136
4.5. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.....	144
4.6. Drogodependencias y exclusión social en Galicia.....	149
4.7. Aspectos transversales al consumo de drogas en Galicia.....	152
4.7.1. Drogodependencias y seguridad vial en Galicia.....	152
4.7.2. Clima organizacional y asistencia al drogodependiente en el PGD	153
4.7.3. Cuantificación de los costes sociales del consumo de drogas ilegales en Galicia	155

CAPÍTULO 5: INVESTIGACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA EN DROGODEPENDENCIAS.....	161
5.1. Bases de la epidemiología.....	163
5.1.1. Metodología de la epidemiología.....	166
5.1.2. Objetivos de la epidemiología.....	167
5.1.3. Medidas de frecuencia y de efecto.....	171
5.2. La investigación epidemiológica. Ramas de la epidemiología.....	174
5.2.1. Epidemiología descriptiva.....	174
5.2.2. Epidemiología analítica.....	178
5.2.3. Epidemiología clínica.....	181
5.2.4. Epidemiología experimental.....	182
5.2.5. Ecoepidemiología.....	183
5.3. Métodos básicos de investigación epidemiológica.....	185
5.3.1. Diseños de muestreo de caso-control.....	187
5.3.1.1. Los estudios longitudinales.....	189
5.3.2. Diseños de cohorte.....	191
5.3.3. Diseños consanguíneos.....	193
5.4. Métodos de investigación epidemiológica en drogodependencias.....	195
5.4.1. La inferencia causal en epidemiología de las drogodependencias.....	198
5.5. Epidemiología de la patología dual.....	207
5.6. Problemas metodológicos asociados a la investigación epidemiológica en drogodependencias.....	208
CAPITULO 6: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	211
6.1. Objetivos del estudio.....	212
6.2. Método.....	213
6.2.1. Participantes.....	213
6.2.2. Instrumentos.....	214
6.2.3. Procedimiento.....	215
6.3. Análisis de datos.....	219
CAPÍTULO 7: DATOS EMPÍRICOS.....	225
7.1. Variables sociodemográficas.....	225
7.1.1. Sexo.....	226
7.1.2. Edad.....	226
7.1.3. Estado civil.....	227

7.1.4. Número de hijos.....	228
7.1.5. Nivel de estudios	228
7.1.6. Fuente de ingresos.....	229
7.1.7. Actividad laboral	230
7.1.8. Tipo de convivencia.....	231
7.1.9. Tipología de residencia.....	232
7.2. Variables relacionadas con el consumo de drogas.....	233
7.2.1. Presencia de tratamiento previo de la drogodependencia	234
7.2.2. Tipo de demanda de atención	235
7.2.3. Fuente de la derivación.....	237
7.2.4. Droga principal de consumo.....	238
7.2.5. Droga secundaria de consumo.....	241
7.2.6. Vía de administración de la droga principal de consumo	242
7.2.7. Frecuencia de consumo	246
7.2.8. Tiempo máximo sin consumir.....	246
7.2.9. Años de consumo de la droga principal.....	247
7.2.10. Edad de inicio del consumo de la droga principal.....	248
7.3. Variables relacionadas con la salud	249
7.3.1. Infección por VIH	249
7.3.2. Infección por hepatitis B y C	250
7.3.3. Tratamiento psiquiátrico previo.....	251
7.3.4. Urgencias hospitalarias	251
7.3.5. Mujer embarazada	252
7.4. Variables relacionadas con la problemática legal	253
7.4.1. Menores tutelados	253
7.4.2. Primer delito	254
7.4.3. Detenciones	255
7.4.4. Procesos judiciales pendientes.....	255
7.4.5. Procesos judiciales cumplidos	256
7.4.6. Ingresos en prisión	257
7.4.7. Duración de los ingresos en prisión.....	258
7.5. Indicadores de admisiones a tratamiento y volumen asistencial	259

7.5.1. Admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales.....	259
7.5.2. Volumen asistencial.....	263
7.6. Intervenciones sobre la población de drogodependientes.....	266
7.6.1. Intervenciones por programa.....	266
7.6.2. Indicador diario de atención sociosanitaria.....	268
7.6.3. Intensidad de la intervención por programa: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa.....	270
7.7. Motivos de salida y tiempo de permanencia en los programas asistenciales de la RADG.....	278
7.7.1. Motivos de salida por programa.....	278
7.7.2. Permanencia.....	288
7.8. Programas asistenciales e intervenciones.....	294
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN.....	305
8.1. Variables sociodemográficas.....	307
8.1.1. Sexo.....	307
8.1.2. Edad.....	308
8.1.3. Estado civil.....	309
8.1.4. Número de hijos.....	310
8.1.5. Nivel de estudios.....	311
8.1.6. Fuente de ingresos.....	315
8.1.7. Actividad laboral.....	316
8.1.8. Tipo de convivencia.....	318
8.1.9. Tipología de residencia.....	319
8.2. Variables relacionadas con el consumo de drogas.....	321
8.2.1. Presencia de tratamiento previo de la drogodependencia.....	321
8.2.2. Tipo de demanda de atención.....	322
8.2.3. Fuente de la derivación.....	323
8.2.4. Droga principal de consumo.....	324
8.2.4.1. Heroína.....	325
8.2.4.2. Cocaína.....	329
8.2.4.3. Cannabis.....	330
8.2.4.4. Alcohol.....	333

8.2.5. Droga secundaria de consumo.....	335
8.2.6. Vía de administración de la droga principal de consumo	337
8.2.7. Frecuencia de consumo	339
8.2.8. Tiempo máximo sin consumir.....	340
8.2.9. Años de consumo de la droga principal.....	341
8.2.10. Edad de inicio de consumo de la droga principal.....	341
8.3. Variables relacionadas con la salud	343
8.3.1. Infección por VIH	343
8.3.2. Infección por hepatitis B y C	346
8.3.3. Tratamiento psiquiátrico previo	348
8.3.4. Urgencias hospitalarias	349
8.3.5. Mujer embarazada	351
8.4. Variables relacionadas con la problemática legal	352
8.4.1. Menores tutelados	352
8.4.2. Primer delito	353
8.4.3. Detenciones	354
8.4.4. Procesos pendientes	355
8.4.5. Procesos cumplidos.....	356
8.4.6. Ingresos en prisión	357
8.4.7. Duración de los ingresos en prisión.....	357
8.5. Indicadores de admisiones a tratamiento y volumen asistencial en Galicia.....	358
8.5.1. Admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales.....	358
8.5.2. Volumen asistencial	366
8.6. Intervenciones sobre la población de drogodependientes.....	368
8.6.1. Número de intervenciones por programa.....	368
8.6.2. Indicador diario de atención sociosanitaria: intervenciones médicas, psicológicas y sociales.	369
8.6.3. Intensidad de la intervención por programas: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa.	371
8.7. Motivos de salida y permanencia en los programas asistenciales de la RADG	375
8.7.1. Motivos de salida por programa	375

8.7.2. Permanencia	381
8.8. Programas asistenciales e intervenciones	383
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES.....	389
REFERENCIAS	405

Índice de abreviaturas

CT	Comunidad Terapéutica
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adicction
DCA-SU	Días con actividad sin urinoanálisis
DCA-CU	Días con actividad con urinoanálisis
GECEAS	Programa de Gestión de Centros Asistenciales
IAC	Índice de actividad
IAS	Índice de asistencia
IAT	Indicador de admisiones a tratamiento
IEA	Intoxicación etílica aguda
MDP	Media de días de permanencia
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
PGD	Plan de Galicia sobre Drogas
PLNDs	Plan Nacional sobre Drogas
POA	Programa de orientación y acogida
PTANO	Programa de tratamiento con antagonistas opiáceos
PTDO	Programa de tratamiento con derivados opiáceos
PTDP	Programa de tratamiento de psicoestimulantes
PTIA	Programa de tratamiento con interdictores de alcohol
PTLD	Programa de tratamiento libre de drogas
RADG	Red asistencial de drogodependencias de Galicia
RAT	Readmisiones a tratamiento
SAA	Sistema de avaliación asistencial
SEA	Sistema de evaluación asistencial
SEIT	Sistema estatal de información sobre toxicomanías
SU	Subprograma de urinoanálisis
TDI	Treatment Demand Indicator
TUS	Trastornos por uso de sustancias
UA	Urinoanálisis
UAD	Unidad Asistencial de Drogodependencias
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
UD	Unidad de Día
UDH	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
UDVP	Usuarios de drogas por vía parenteral
USM	Unidad de Salud Mental
VHB	Virus de la hepatitis C
VHB	Virus de la hepatitis B
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Índice de tablas

Tabla 4.1. Admisiones a tratamiento en los centros penitenciarios gallegos 1997-2000.....	101
Tabla 4.2. Número de nuevos diagnósticos de VIH 2003-2013, por comunidad autónoma de notificación y año de diagnóstico	140
Tabla 4.3. Casos de SIDA en España 1981-2014, por año de diagnóstico, categoría de transmisión y sexo	141
Tabla 4.4. Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, años 2001-2011	146
Tabla 5.1. Criterios de causalidad (Hill, 1965)	206
Tabla 7.1. Edad de los pacientes, en años, cuando solicitan asistencia (porcentajes por año estudiado).....	226
Tabla 7.2. Estado civil (porcentajes por año).....	228
Tabla 7.3. Nivel de estudios por año de estudio (porcentajes por año).....	229
Tabla 7.4. Fuente de ingresos según año de estudio (porcentajes por año)	230
Tabla 7.5. Actividad laboral (porcentajes por año).....	231
Tabla 7.6. Tipo de convivencia (porcentajes por año).....	232
Tabla 7.7. Tipología de residencia (porcentajes por año).....	233
Tabla 7.8. Tratamientos previos de drogodependencia (porcentajes por año).....	234
Tabla 7.9. Número de tratamientos previos de drogodependencia según año de estudio	235
Tabla 7.10. Tipo de demanda de atención (porcentaje por año).....	236
Tabla 7.11. Fuente de la derivación (porcentajes por año)	238
Tabla 7.12. Droga principal de consumo en las admisiones a tratamiento: sustancias más relevantes (porcentajes por año).....	239
Tabla 7.13. Droga principal de consumo en las admisiones a tratamiento: sustancias de consumo residual (porcentajes por año)	241
Tabla 7.14. Drogas secundarias de consumo más relevantes en las admisiones a tratamiento (porcentajes por año)	242
Tabla 7.15. Vía de administración de la droga principal (porcentajes por año)	243

Tabla 7.16. Última vez que se inyectó drogas (porcentaje por año).....	245
Tabla 7.17. Frecuencia de consumo (porcentaje por año).....	245
Tabla 7.18. Tiempo máximo sin consumir (en meses).....	246
Tabla 7.19. Años de consumo de la droga principal.....	247
Tabla 7.20. Edad de inicio de consumo.....	248
Tabla 7.21. Infección por VIH.....	249
Tabla 7.22. Infección por virus de la hepatitis B y C.....	250
Tabla 7.23. Tratamiento psiquiátrico previo.....	251
Tabla 7.24. Urgencias hospitalarias (porcentajes por año).....	252
Tabla 7.25. Mujeres drogodependientes embarazadas (porcentajes por año).....	253
Tabla 7.26. Edad a la que se cometió el primer delito (porcentajes por año).....	254
Tabla 7.27. Veces que ha sido detenido (porcentajes por año).....	255
Tabla 7.28. Procesos judiciales pendientes.....	256
Tabla 7.29. Procesos judiciales cumplidos.....	257
Tabla 7.30. Ingresos en prisión.....	258
Tabla 7.31. Tiempo ingresado en prisión (en meses).....	259
Tabla 7.32. Admisiones y readmisiones a tratamiento según sustancias ilegales o legales (número y porcentajes de pacientes).....	260
Tabla 7.33. Admisiones a tratamiento por tipo de droga (porcentajes por años).....	262
Tabla 7.34. Volumen asistencial de Galicia.....	264
Tabla 7.35. Volumen asistencial y volumen de programas de metadona por provincias, 1995-2013.....	265
Tabla 7.36. Volumen asistencial del PTDO, por año, provincia y total de Galicia.....	266
Tabla 7.37. Intervenciones por año según el tipo de programa de tratamiento.....	267
Tabla 7.38. Intervenciones diarias por categoría profesional y porcentaje sobre volumen total.....	269
Tabla 7.39. Media anual de días con actividad, intervenciones y permanencia en programa.....	272
Tabla 7.40. Índice de asistencia (IAS).....	273
Tabla 7.41. Índice de actividad (IAC).....	274
Tabla 7.42. Intensidad de la intervención del PTLD por año de estudio.....	274
Tabla 7.43. Intensidad de la intervención del PTDO por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa.....	275

Tabla 7.44. Intensidad de la intervención del PTANO por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa..	276
Tabla 7.45. Intensidad de la intervención del PTIA por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa..	277
Tabla 7.46. Intensidad de la intervención del PTDP por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa..	278
Tabla 7.47. Motivos de salida por año en el POA	279
Tabla 7.48. Motivos de salida por año en el PTLD.....	280
Tabla 7.49. Motivos de salida por año en el PTDO	281
Tabla 7.50. Motivos de salida por año en el PTANO	282
Tabla 7.51. Motivos de salida por año en el PTIA.....	283
Tabla 7.52. Motivos de salida por año en el PTDP	284
Tabla 7.53. Resumen anual de motivos de salida por el conjunto de los programas	285
Tabla 7.54. Resumen total motivos de salida por programa período 1995-2013	286
Tabla 7.55. Porcentajes de salidas de tratamiento por alta terapéutica de PTLD, PTDP y media anual, incluyendo en el PTDO por Alta terapéutica (AT) y por Cambio de Programa por cumplimentación de objetivos (CP.CO)	287
Tabla 7.56. Media de días de permanencia en PTLD según motivo de salida	289
Tabla 7.57. Media de días de permanencia en PTDO según motivo de salida.....	290
Tabla 7.58. Media de días permanencia en PTANO según motivo de salida	290
Tabla 7.59. Media de días de permanencia en PTIA según motivo de salida	291
Tabla 7.60. Media de días de permanencia en PTDP según motivo de salida	292
Tabla 7.61. Resumen de la media de días de permanencia por programa y según motivo de salida 1995-2013	292
Tabla 7.62. Resultados comparativos de la media anual de días de permanencia en cada programa.....	293
Tabla 7.63. Representatividad en cada programa de cada tipo de intervención 1995- 2013.....	295
Tabla 7.64. Representatividad de cada tipo de intervención en cada programa 1995- 2015.....	296
Tabla 7.65. Número de intervenciones realizadas según tipo y por programa 1995- 2013.....	297
Tabla 7.66. Evolución porcentual anual de los tipos de intervención la RADG	297

Tabla 7.67. Evolución porcentual anual del peso del POA según los tipos de intervención	298
Tabla 7.68. Evolución porcentual anual del peso del PTLD según los tipos de intervención	299
Tabla 7.69. Evolución porcentual anual del peso del PTDO según los tipos de intervención	300
Tabla 7.70. Evolución porcentual anual del peso del PTANO según los tipos de intervención	300
Tabla 7.71. Evolución porcentual anual del peso del PTIA según los tipos de intervención	301
Tabla 7.72. Evolución porcentual anual del peso del PTDP según los tipos de intervención	302
Tabla 7.73. Número absoluto de intervenciones por año y por programa	303
Tabla 8.1. Nivel de estudios alcanzado por la población de España, Galicia y sujetos del estudio.	313
Tabla 8.2. Relación entre admisiones a tratamiento por heroína, vía de administración inyectada, volumen asistencial de metadona y disminución de la incidencia por VIH/SIDA.....	345
Tabla 8.3. Distribución de admisiones a tratamiento ambulatorio por CC.AA. de España en 2012.	362

CAPÍTULO 1

LA HUMANIDAD Y EL CONSUMO DE DROGAS

Me desgarran la manía analítica a que nos induce la filosofía química de nuestra época. Ya no decimos: "¿Qué se yo?", como Montaigne, sino "¿para qué?"

Héctor Berlioz

1.1. Breve historia del consumo de drogas

Es harto repetido que el consumo de drogas, desde el uso, al abuso y a la dependencia, ha sido una constante en todas las épocas y culturas. Se ubicaba en contextos determinados y ritualizados, por ejemplo, bajo la dirección de chamanes que oficiaban como intermediarios entre los conocimientos de este mundo y de lo espiritual, aquello que no llegaba a percibirse únicamente con los sentidos. Las drogas poseen, por tanto, una función instrumental, como la de sanación de enfermedades, determinada de forma contextual según cada cultura (Dobkin de Ríos, 1984).

En unos casos, las drogas se usan para superar la fatiga o como una válvula de escape para evitar el malestar, y en otros, más propios de nuestra época, sirven simplemente para procurarse placer, interacción social, diversión, es decir, su uso es principalmente recreativo (Romero, 2005).

En pocas obras como la de A. Escotado (1989), *Historia de las Drogas*, encontraremos una exposición tan prolija y detallada de lo que las drogas han supuesto a lo largo de la historia para el ser humano, desde tres puntos de vista: el elemento catártico,

el elemento festivo, y la perspectiva etnobotánica. A lo largo de esta obra podemos recorrer el papel que han desempeñado las drogas desde el Neolítico, hasta nuestros días, pasando por Mesopotamia, Egipto, China, Israel, India, Irán, Grecia, Roma, o la América precolombina.

Los sistemas sanitarios identificaron hace más de un siglo, haciendo explícito y público el problema, que el consumo de drogas representaba una distorsión en el estilo de vida, que suponía un problema de salud para sus ciudadanos y que repercutía no sólo en el gasto sanitario sino en la disminución del rendimiento de los trabajadores como mano de obra. Con el neopositivismo de finales del s. XVIII y principios del s. XIX, el alcoholismo y la drogodependencia, así como otras formas derivadas de las conductas morales o naturales, se convirtieron en una enfermedad. Con ello, la ciencia ofreció un respaldo y una motivación autorizada para la estigmatización social de los comportamientos que suponían una desviación de la norma.

Buen ejemplo de esto lo ofrece el médico Magnuss Huss (1807-1890), quien acuña la palabra alcoholismo, siendo el primero en definirla como una enfermedad crónica y con tendencia a las recidivas. Así, en 1849 publica un artículo sobre la embriaguez bajo el título de *Alcoholismus Chronicus* y desde entonces la adicción empieza a dejar de ser atribuida a la falta de moral o a una voluntad débil, comenzando a entenderse más bien como un problema médico (Pascual, 2009).

Abundando en esta idea, en 1857 el Dr. Morel admitió que el alcoholismo se encontraba entre las diversas causas de degeneración de la especie humana, encontrando un excelente nexo entre alcoholismo, locura y criminalidad, cuya conjunción, puesto que en cuanto al tratamiento curativo realmente no había grandes avances, ocasionaba grandes gastos en la rehabilitación y el mantenimiento de estos enfermos en asilos, hospitales, prisiones, u otras instituciones (Morel, 1860). La visión de Morel, con su

modelo degeneracionista, contribuyó a ofrecer una imagen aún más negativa y moralizadora de los alcohólicos, un retrato que cuajó en mitad del siglo XIX en Francia y que posteriormente influyó sobre el resto de los países. Se comienza así a estudiar el alcoholismo como entidad clínica propia, con una serie de síntomas que se suceden y que se repiten, intentándose descifrar igualmente la patología asociada a la enfermedad. Dicho autor impulsó y desarrolló asociaciones de ayuda que promocionaban la templanza y la abstinencia (Freixa i Sanfeliu, 2002).

Siglos antes ya se podían encontrar textos donde se describían algunos síntomas y consecuencias del alcohol, por ejemplo a comienzos del siglo XVI, en su célebre *Vanquete de Nobles y Caballeros e modo de vivir...*, en 1530, el médico de cámara del emperador Carlos V, Luis Lobera de Ávila dedica el capítulo XI a “*de los vinos y de los daños y utilidades dellos y de sus complexiones*” Barona (2003). Otro ejemplo, entre tantos, de los problemas que ocasionaba el alcohol, se encuentra en el recuento de la diócesis barcelonesa, entre 1565 y 1654, situándolo a la cabeza de la etiología y origen de las rupturas matrimoniales y de los malos tratos, “*casi siempre físicos, pero también de carácter atormentador para quienes reciben insultos y humillaciones constantes*”. Esta preocupación de entonces, no es más que un preámbulo y un adelanto de lo que hoy supone la violencia de género ligada al consumo de drogas, y en especial al alcohol.

A partir de 1500, la historia de las drogas se resume en una serie de etapas, que van desde la influencia de la época colonial, con el acceso a sustancias desconocidas o poco utilizadas, al papel del opio durante la Ilustración, a la era de las patentes y de las nuevas invenciones en materia de drogas y medicamentos, al desarrollo de la jeringuilla y a la aplicación de estas sustancias por los médicos victorianos para sosegar los nervios.

También se puede compendiar en el esplendor del desarrollo de la química en general y de la posterior degeneración o mal uso de los descubrimientos y avances de la

ciencia en materia de drogas, que supusieron el comienzo de la promulgación de leyes prohibicionistas, provocada por la reiteración de delitos e infracciones, así como por la aparición de mafias y del fenómeno del narcotráfico. A continuación sobreviene la segunda guerra mundial, y la posterior angustia que provoca, presente aún hoy en día, a partir de la cual se generalizó el uso de sustancias entre los jóvenes, bien por motivos políticos, por movimientos de protesta, como mecanismos iniciáticos, como búsqueda del olvido o simplemente por todo lo relacionado con la diversión y con lo recreativo (Davenport-Hines, 2001). Este autor ilustra claramente el origen del problema, al demostrar que *“no hay sociedad que prohíba el uso de las drogas y que a la vez no sepa de la conveniencia de tolerarlas, lo irracional de la demonización de las drogas y el peligro real de la industria del narcotráfico”*.

Por tanto, no resulta extraño que a principios del siglo XIX, el prestigioso médico y miembro fundador de la Sociedad Española de Higiene, Ángel Pulido, publica en *El Siglo Médico* un artículo donde afirma que *“la higiene, o la sanidad pública, tiene derecho a ser creída, es una religión..., porque procede de aquella divina razón que encierra la verdad, el bien y la moral”*, Barona (2003). El higienismo aportó responsabilización, pero también culpabilización, en sus intervenciones respecto al consumo de sustancias, es decir, el desarrollo de una higiene privada en las sociedades postindustriales lo que implicaba era un protagonismo o compromiso del individuo frente a la enfermedad. Se trata de un viejo concepto que ya había planteado con anterioridad el filósofo suizo Jean Jacques Rousseau, al distinguir entre enfermedades naturales y enfermedades por la culpa. El ejemplo más repetido es el del alcoholismo, que dio lugar no sólo a campañas antialcohólicas, sino también a una imagen negativa del alcohólico (Alcaide, 1999).

Por otra parte, hacia 1900 todas las drogas conocidas se encontraban disponibles en farmacias y droguerías, pudiéndose comprar también al fabricante por correo. Esto

sucedía en todo el mundo, lo mismo en América que en Asia o que en Europa (Escohotado, 2005).

Con frecuencia se ha mencionado la importancia comercial que llegaron a tener las drogas; el ejemplo socorrido son las guerras del opio entre China y Gran Bretaña, expresión máxima de los conflictos comerciales que han provocado las drogas entre diferentes países. También es cierto que en cada epidemia se pueden encontrar elementos concretos favorecedores de la misma, como en el caso de la heroína debido a la invención y al fácil acceso a la jeringuilla hipodérmica. Sin embargo, hoy en día la coyuntura cultural es otra. Quedan lejos los síntomas de conversión y parálisis de la punitiva Inglaterra victoriana de principios de siglo XX, donde existía una rígida e inflexible estructura social, donde se cultivaba un importante respeto por las figuras de autoridad y, en la cual, los valores predominantes eran, entre otros, el respeto a las costumbres y la moral religiosa (Pérez, 2007). De la misma forma, también se pueden considerar factores culturales en momentos históricos definidos que han favorecido el consumo de determinadas sustancias, por ejemplo el consumo de anfetaminas en Japón tras la Segunda Guerra Mundial o el descenso de consumo de opio en China tras la llegada al poder del partido comunista.

Más recientemente, algo semejante sucedió con respecto a las toxicomanías, la sífilis, el tabaco o el sida. Algunos de los principales factores que continuaron potenciando la expansión de las drogas fueron el crecimiento demográfico y de las ciudades, la formidable expansión del comercio, la proliferación de las destilerías por el territorio europeo, la facilidad para la comunicación, las agotadoras jornadas laborales para mantener el culto a la productividad, y el incremento de las desigualdades sociales, y por tanto el consecuente aumento de la marginalidad. Por todo ello, el consumo de sustancias comienza a ser un grave problema, social y político, desde el momento en que se produce, se intercambia y comercializa a una mayor escala. Todos estos cambios vertiginosos,

generaron una desorientación en las familias, que se vieron obligadas a aplicar modelos educativos inadecuados, a menudo excesivamente rígidos o, por el contrario, demasiado flexibles.

Todos los factores señalados hasta ahora han favorecido que se extendiera el consumo masivo de sustancias por el mundo, y que un problema tan general reclamara a los países desarrollados abordarlo, no solamente desde un modelo jurídico o represivo, ni tampoco desde un modelo médico en el cual el paciente fuera considerado meramente como un enfermo, sino de forma integral en su conjunto.

Los cambios sociales provocan una nueva coyuntura que derivada de los innumerables avances tecnológicos y científicos que se sucederán a lo largo del siglo XX. Por ejemplo, con el mayo del 68, la sociedad habrá de enfrentarse con nuevos dilemas éticos. *“Frente al ahorro represivo, el gasto; contra la calculada utilidad, la inmediatez, y frente a la finalidad, la aventura. La reunión de estos tres elementos dibuja el triángulo de la cultura del consumo”*, Verdú (2008). Sloterdijk (2005), por su parte, recuerda que sin el concepto de “desinhibición”, no puede haber ninguna teoría seria de la Modernidad.

Ya más centrados en el final del siglo XX, conviene aclarar que los países europeos fueron adaptándose paulatinamente a los cambios y problemas que iban generando las drogas. El sistema sanitario de cada país iba absorbiendo las nuevas demandas y respondiendo de diferentes maneras a los problemas que las drogas traían consigo.

Es la época en que comienza el interés por la investigación sobre drogas. Por ejemplo, un macroestudio realizado en Inglaterra, denominado N.T.O.R.S., *National Treatment Outcome Research Study* (Gossop y col, 2003), tenía como objetivo poner de relieve los cambios experimentados respecto a los nuevos patrones de consumo, pero también evidenció lo beneficiada que sale una sociedad que invierte en programas para drogodependientes. Se estimó que por cada libra que se invertía en programas para el

tratamiento de los adictos, se recuperaban y restituían tres libras. Es decir, la sociedad termina ahorrando en gastos sanitarios y en las múltiples consecuencias provocadas por el consumo de drogas: actividades delictivas, juicios, cárceles, pérdida de productividad, etc. (Fishman, 1986).

Es debido a la capacidad delictógena de todo lo relacionado con las drogas, y al temor que generaba en la sociedad en general, las actividades violentas provocadas por el narcotráfico, así como la supuesta peligrosidad de los drogodependientes a heroína en pleno síndrome de abstinencia, la razón por la que los gobiernos dedicaran importantes recursos económicos a tratar esta problemática en comparación con otras de similar importancia. Sin duda, la delincuencia ligada directa o indirectamente a uso de drogas ilícitas constituye el capítulo penal singular más importante en gran parte de los países del mundo y, desde luego en los llamados avanzados, donde los adictos han llegado a alcanzar tres cuartas partes del total de reclusos internados en centros penitenciarios. En los siglos XVIII y XIX, lo equivalente a esta proporción correspondía a la disidencia política, y en el siglo XIV al XVII, a la disidencia religiosa (Escohotado, 2001).

Por ello, el informe de la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2000), la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito, señala que las drogas ya no son un problema incontrolable, alejándose del carácter crónico, incurable y recidivante con que se las etiquetaba en décadas anteriores, aunque no por ello dejen de provocar sufrimiento en quienes las consumen compulsivamente y en su entorno.

Pero, ¿por qué los Estados y todas las organizaciones internacionales deben actuar ante un tema que podría pertenecer a la esfera privada de cada persona? Presumiblemente este afán protector tiene que ver con la toxicidad que representan estas sustancias y el riesgo que supone su consumo tanto para el propio sujeto como para la colectividad. Pero también es el miedo a lo desconocido, el temor a que las personas

puedan transformarse mediante el uso de sustancias que están fuera del alcance de la mayor parte de la gente, sustancias de las cuales no se sabe su efecto ni las consecuencias que pueden acarrear en el futuro: enfermedades, violencia, delincuencia, pérdida de control de impulsos, accidentes, maltrato familiar, etc.

Pero no todo son drogas ilegales, alcohol o tabaco, también habría que tener en cuenta el consumo que se hace en nuestras sociedades de los psicofármacos. Un capítulo que merecería una atención especial en este sentido, es el mal uso que se está haciendo en las sociedades desarrolladas de los medicamentos recetados, que ha llegado a un nivel de epidemia en Estados Unidos al igual que en otros países del entorno. La prevalencia del abuso de medicamentos recetados se ha recrudecido desde 1990, lo que requiere un aumento significativo en la investigación para comprender mejor la naturaleza y el abordaje de este problema, que guarda algunas similitudes y diferencias con el consumo de otras drogas, sean legales o no.

Además de establecer políticas públicas saludables, en este sentido, también es importante realizar estudios sobre la interacción de los medicamentos con receta con otras sustancias legales o ilegales, sobre el impacto del abuso de los medicamentos prescritos a lo largo de una esperanza de vida cada vez mayor, y sobre cuál sería el tratamiento más eficaz para las personas que abusan de estos productos recetados, o para aquellas que acaban haciéndolo de los psicofármacos derivados ilegalmente al mercado negro (McHugh, Nielsen, Pharm y Weiss, 2015).

1.2. Drogas y toxicidad

De la antigüedad nos llega un concepto procedente del término griego *phármakon*, que indica al mismo tiempo “remedio” y “veneno”. No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Es tanto una cura como una amenaza, pues se solicitan

recíprocamente. Unos fármacos serán muy tóxicos y otros mucho menos, pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña insustancial. Como dijo Paracelso: *“Sólo la dosis hace de algo un veneno”*.

En el considerado primer tratado de botánica, Teofrasto (*Hist. plant.*, IX, 8, 6) afirmaba lo siguiente: *“La especie que origina locura y que unos llaman estramonio y otros perittón tiene una raíz blanca, hueca y de un codo aproximadamente de longitud. De ésta se le da al enfermo una dracma (unidad de medida equivalente a la octava parte de una onza), si se presenta con aspecto festivo y se considera así mismo persona excelente; pero, si está loco de remate y padece alucinaciones, hay que darle dos dracmas, pero, si no cesa en su insania, tres, y dicen que hay que mezclar con esta cantidad jugo de centáurea salonitiana.”* (Trad. J.M^a Díaz-Regañón).

Otra versión, quien sabe, dice lo siguiente: *“se administra una dracma si el paciente debe tan sólo animarse y pensar bien de sí mismo; el doble si debe delirar y sufrir alucinaciones; el triple si ha de quedar permanentemente loco; se administrará una dosis cuádruple si debe morir”* (Escohotado, 2001).

Según Romero (2005), *“pharmakeuin”* denominaba, dependiendo del contexto, tanto la práctica de la brujería como la utilización de medicinas, y Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.), en relación a las drogas, afirmaba que éstas son como “espíritus neutros”, es decir, que pueden ser convenientes o no según el momento y la persona. Se podría decir entonces que aquí reside una de las muchas paradojas de las drogas, que aún hoy en día alimenta la polémica entre detractores y despenalizadores de su consumo.

La propia definición de droga no es fácil, ya que la denominación de sustancias droga se relativiza dependiendo siempre de la clase, de la cantidad, del momento, de la situación, del uso social, de lo que representa para la economía de un país y de la expectativa que se tenga de ellas. Básicamente, las drogas son sustancias que modifican el

organismo, física y psíquicamente, que pueden usarse con fines médicos o lúdicos, pero cuyo exceso provoca serios daños al individuo, incluso su muerte. Esta es la clave, ¿pueden los seres humanos controlar su consumo?, y, ¿habría que prohibirlo ante el serio riesgo que supone la pérdida de su control?

También se ha declarado que existen tres tipos de sustancias: las que asimila el organismo, como los alimentos, las que no asimila, por ejemplo el plástico, y, por último, las que alteran o perturban el organismo, es decir, las tóxicas, en las que se incluyen las drogas. En este orden de cosas, se podría establecer que existen multitud de sustancias tóxicas, drogas a fin de cuentas, en la naturaleza, que transforman el organismo continuamente, sustancias que son capaces de producir en los seres humanos efectos psicoactivos. *“Llámense drogas o medicamentos, estos compuestos, aún en cantidades relativamente pequeñas, pueden lesionar e incluso llegar a matar. Como a una sustancia de tales características la llamamos veneno, es propio de todas las drogas ser venenosas o tóxicas. La aspirina, por ejemplo, puede ser mortal para adultos a partir de tres gramos, la quinina a partir de bastante menos y el cianuro de potasio, desde una décima de gramo”* (Escohotado, 2001).

La diferencia entre medicamento y droga no solo estriba en la sustancia en sí, sino también en su expectativa de uso. Fármacos como las benzodiazepinas o los opiáceos, de amplio uso como medicamentos, son también frecuentemente utilizados con pautas de autoadministración o de automedicación, es decir, como drogas (Sánchez Hervás, 2002).

Actualmente, por droga deben entenderse sin distinción todas las drogas, las duras y las blandas, habiéndose ya superado definiciones como la de Miller (1991) que polarizaba entre las drogas legales e ilegales, diferenciación que ha quedado relegada solamente para cuestiones jurídicas. De una forma simple y pragmática, también se puede definir droga como toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar

una o más funciones de éste, y a lo que habría que añadir además, la posibilidad de generar dependencia (Becoña, 1995). Para el diccionario de la RAE (2014), droga puede ser *“una sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes, o bien, una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. El uso prolongado de estas sustancias provoca tolerancia, habituación y adicción”*.

Por último, aunque ya se ha propuesto que existen numerosas definiciones de droga, una de las más adecuadas, porque incorpora un nuevo matiz, sería la siguiente: droga es una sustancia psicoactiva que modifica el organismo vivo, generando en él un refuerzo positivo, lo cual promueve el deseo de repetir la conducta, y que también pueden ser consumidas con otra intención, como es la de atenuar el dolor físico o emocional.

En otro orden de cosas, algunas cuestiones generalmente aceptadas sobre la drogadicción, son las siguientes: que es una enfermedad condicionada por alteraciones cerebrales, que es un trastorno provoca conductas anómalas, controlables o no por el paciente, que en los casos graves no dispone de garantía absoluta de curación, que existe una drogadicción legal marco, como es el alcoholismo, y que el esquema terapéutico básico de recuperación de un paciente comprende las fases de desintoxicación, deshabitación, mantenimiento de la abstinencia, prevención de recaídas, rehabilitación e incorporación social, todo ello aderezado con el frecuente acompañamiento del fenómeno de la codependencia (Abella, 1993).

Los datos actuales proponen que el potencial de una droga para acabar convirtiéndose en sustancia de abuso depende de su capacidad para producir desde el comienzo una activación del SCR, principalmente incrementando la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens (Johanson, 1986). Esta estimulación sería la responsable de que se incremente la probabilidad de repetir el consumo a medio o largo

plazo, pero también del aumento inmediato de la compulsión a la repetición una vez que se ha empezado a consumirlas (Jiménez, Ponce, Rubio y Palomo, 2003).

1.3. Adolescentes, jóvenes, drogodependencias y otras adicciones

Esta toxicidad asociada al consumo de drogas, de la que se ha hablado en el apartado anterior, se hace más evidente en el daño que producen entre los más jóvenes y entre los adolescentes, cuyas secuelas pueden tener serias repercusiones a lo largo de toda su vida. Estos colectivos merecen una mención especial puesto que son los que habitualmente acuden a los centros en busca de tratamiento, o dicho de otro modo, son el grupo del que se nutren los servicios asistenciales.

1.3.1. Drogas, psicopatología y conducta en jóvenes y adolescentes

Con el fin de cimentar las políticas preventivas con adolescentes, es preciso replicar y ampliar los resultados de estudios previos sobre los subtipos de adolescentes con trastorno por uso de sustancias (TUS), de acuerdo con sus perfiles de personalidad, medidos, por ejemplo, con el Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents (MMPI-A). Sesenta pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica (41.7% varones, edad media = 15.9 años) completaron el MMPI-A, el Teen Addiction Severity Index (T-ASI), el Child Behaviour Checklist (CBCL), entrevistas para obtener diagnósticos DSM-IV y medidas del nivel de uso de sustancias. El perfil general de personalidad MMPI-A mostró que escalas de desviación psicopática, depresión e histeria estaban moderadamente elevadas, a la vez que el análisis del clúster jerárquico, reveló también la presencia de cuatro perfiles: acting-out, 35% de la muestra, disorganized-conflictive, 15%, normative-impulsive, 15% y deceptive-concealed, 35%. También se encontraron asociaciones entre el clúster 1, la sintomatología externalizante a nivel clínico del CBCL y

los trastornos de conducta, así como entre el cluster 2 y un nivel clínico de síntomas internalizantes y externalizantes del CBCL. El análisis discriminante mostró que las escalas del MMPI-A: depresión, desviación psicopática y psicastenia, clasificaron correctamente al 90% de los pacientes dentro de los subgrupos obtenidos (Magallón-Neri, Díaz, Forns, Goti, Canalda y Castro-Fornieles, 2012).

Otros estudios correlacionan el consumo de drogas en adolescentes con trastornos en su salud mental, y concluyen que interviniendo sobre uno de ellos se obtiene una mejora significativa sobre el otro. Es decir, el uso drogas incrementa sus problemas en salud mental, y una salud mental deteriorada aumenta el riesgo del consumo de drogas. Estos hallazgos sugieren que los profesionales deben tratar ambos problemas de forma integrada (Ramchand, Griffin, Slaughter, Almirall y McCaffrey, 2014).

Adicionalmente, aunque hayan superado ya la adolescencia, otro grupo a tener en cuenta son los universitarios, ya que el consumo de drogas en los campus es alto, en general, en todos los países, lo cual pone en peligro además de la salud de los estudiantes, su rendimiento académico. Para evitar las frecuentes recaídas, deben diseñarse programas de recuperación para los estudiantes, como los CPRS (Collegiate Recovery Programs), tanto en el terreno de la salud mental como en el uso de drogas (Laudet, Harris, Kimball, Winters, y Moberg, 2015). Por ejemplo, en un estudio sobre el consumo de drogas entre los estudiantes de medicina, se concluye que, con la excepción del alcohol, los estudiantes de medicina consumen menos sustancias que los estudiantes universitarios en general y que la población general coetánea. Los consumos de los estudiantes de medicina son principalmente de alcohol, 24%, tabaco, 17.2%, y cannabis 11.8%, siendo también frecuente el consumo de fármacos hipnosedantes, 9.9%. El uso de estimulantes es del 7.7%, y el de cocaína del 2.1%, siendo el de opiáceos muy reducido (0.4%). Los estudiantes de los últimos años de carrera consumen más, y el consumo de

drogas es superior en los varones respecto a las mujeres, con excepción de los hipnosedantes. Por todo ello, el consumo de drogas entre los estudiantes de medicina es un fenómeno que, por su prevalencia, por la fácil accesibilidad de los médicos a sustancias psicotrópicas, por las fuertes tensiones emocionales propias de la profesión, etc., debe ser sistemáticamente evaluado (Roncero, Egido, Rodríguez-Cintas, Pérez-Pazos, Collazos y Casas, 2015).

Otro aspecto importante de esta relación entre jóvenes, adolescentes y consumo de drogas, son los datos que confirman la relación existente entre droga y conducta antisocial o delictiva, tal y como aparece reflejada en diferentes investigaciones (Mulvey et al., 2010; Muñoz, Graña, Peña y Andreu, 2002). En ellas se observa la presencia de un mayor porcentaje de menores infractores que consumen algún tipo de sustancia frente a aquellos que no son consumidores. En cuanto al tipo de sustancia consumida, destaca el hecho de que lo más habitual entre esta población sea el policonsumo, si bien también es frecuente el consumo exclusivo de tabaco y/o el alcohol.

Estos datos están en línea con los ofrecidos en sus informes por el Observatorio Español sobre Drogas, sobre el consumo entre la población general de adolescentes, en el que se expone que lo más habitual es que se consuman varias drogas a la vez, siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis las más frecuentes. Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, existe un patrón de consumo diferencial en cuanto al tipo de sustancia: en el grupo de hombres lo más habitual es el policonsumo, mientras que en el grupo de mujeres la sustancia consumida con mayor frecuencia es el tabaco. En otros estudios llevados a cabo con población adolescente general se obtienen resultados muy similares (Calvete y Estévez, 2009; Llorens, Palmer y Perelló del Río, 2005; Observatorio Español sobre Drogas, 2009).

En otra investigación, Martínez, Alonso y Montañés (2010), obtienen que los chicos presentan mayores tasas de consumo de cannabis en comparación con las chicas, pero también que consumen más cantidad de tabaco. Por tanto, se advierte que el patrón de consumo de los menores infractores se asemeja bastante al de la población general adolescente, aunque con mayor frecuencia e intensidad (San Juan, Ocáriz y Germán, 2009). En cualquier caso, los resultados indican que este consumo reviste una mayor gravedad en los varones, puesto que son los que consumen una mayor variedad de sustancias, llegando a iniciarse también en el uso de cocaína y drogas de síntesis, frente a las mujeres que en su mayoría suelen consumir sólo tabaco, alcohol y cannabis (Contreras, Molina y Cano, 2012).

1.3.2. Nuevos patrones de consumo

Para ejemplificar lo anterior analicemos lo que ha ocurrido durante los últimos años, por ejemplo, con el consumo de alcohol. En Galicia, como en otras comunidades de España y en los países mediterráneos de nuestro entorno, el consumo clásico de alcohol entre las personas adultas ha sido el de bebidas fermentadas, vino o cerveza y, para las ocasiones especiales, bebidas destiladas, tanto autóctonas como foráneas, como por ejemplo el whisky, el aguardiente, el coñac, la ginebra, u otras.

Sin embargo, en los últimos años, ha surgido un nuevo fenómeno que para nuestra sociedad resultaba desconocido: el cambio en los patrones de consumo. Mientras que el llamado consumo mediterráneo de alcohol se centraba fundamentalmente en el vino, en dosis bajas, pero diarias, los nuevos patrones de consumo que han surgido en estos últimos años entre los jóvenes son radicalmente distintos, y casi idénticos al patrón de consumo anglosajón: consumo de bebidas de alta graduación, ajenas a nuestra cultura de consumo tradicional de alcohol, realizado solo durante los fines de semana, en cantidades

altas y abusivas, y en muchos casos con el único objetivo de conseguir en poco tiempo la embriaguez (Lorenzo, 2005). Este cambio no se podría entender sin la aparición en los últimos años del fenómeno del “botellón”, que se ha ido extendiendo sin parar a lo largo de la década de los años 90 por ciudades y poblaciones hasta llegar al momento actual, donde se ha generalizado por toda la geografía nacional (Calafat et al., 2005).

A comienzos del siglo XXI, el alcoholismo sigue siendo un grave problema sanitario y social en España, y los estudios epidemiológicos permiten conocer de manera fiable cuáles son las características de ese cambio sociodemográfico, y culturales de los consumidores, así como de las actitudes del entorno (Pascual, Guardiola, Pereiro y Bobes, 2013).

Los resultados confirman la reducción progresiva en la edad de inicio en la práctica del botellón, situándose en 13-14 años. Asimismo niegan que se trate de una práctica mayoritaria entre varones, al realizarla por igual ambos sexos. También se confirma la tendencia europea que muestra una radicalización del consumo: incremento notorio de bebidas de alta graduación independientemente de la edad y del sexo, llegando a tasas de alcoholemia medias de aproximadamente 1.5 gr., con una frecuencia media de dos veces por semana y durante más de seis meses al año. Todo esto suele unirse a una falsa percepción sobre los efectos negativos derivados del consumo, por sobredimensionar justo lo contrario sus aspectos positivos (Cortés, Espejo y Giménez, 2007).

Para entender por qué ocurre esto hay que tener presente varios elementos. Algunos de ellos son que los actores están en plena juventud y tienen la necesidad de descubrir el mundo, el ocio y el tiempo libre. También está fomentado por su capacidad económica, su sistema de valores, el estilo de crianza, el control parental, la tolerancia social ante estos nuevos fenómenos, la importancia del grupo de iguales y los intereses de la industria alcoholera. En resumen, los intereses económicos, la publicidad del alcohol, y

del tabaco, así como la apología de drogas como el cannabis, son algunos de los factores más importantes que han conducido a la escalada en el consumo de drogas (Becoña, Gallego y Lorenzo, 1988).

Por otra parte, el ocio y el tiempo libre son un nuevo fenómeno de las sociedades desarrolladas. Sin duda alguna nuestra sociedad ha llegado a un nivel de desarrollo y de bienestar muy alto. Hasta la aparición de las crisis actual, la mayoría de la población tenía cubiertas satisfactoriamente sus necesidades básicas y materiales mínimas, y además disponía de bastante tiempo libre, especialmente los jóvenes. El horario laboral se ha ido reduciendo en el último siglo de un modo importante y junto al trabajo ha surgido paralelamente el concepto de ocio y tiempo libre. Este concepto, que es una gran conquista social, tiene entre los jóvenes un mayor valor porque a ello se une otro que ha ido aumentando en relevancia en las últimas dos décadas, el del hedonismo, valor que subyace en muchos casos al ocio y tiempo libre, y que sin ser un valor negativo per se, porque bien utilizado y administrado puede ser positivo, se puede convertir en negativo si se constituye en el valor predominante en una persona por encima de otros como son el esfuerzo, la motivación de logro, el bienestar colectivo, etc. Lo cierto es que los jóvenes disponen de una cantidad importante de tiempo libre, no sólo en los largos períodos vacacionales, sino que durante los fines de semana, que han acabado convirtiéndose en unas fechas para salir de marcha y divertirse por la noche (Calafat, Fernández, Jerez, Becoña y Gil, 2010).

Debido a la aparición del fenómeno del botellón, comenzaron a proliferar y a expandirse por la geografía española y gallega, diversos programas de intervención en los espacios de ocio nocturno, cuya filosofía en general era la de incentivar la responsabilidad personal, y donde, mediante la información veraz que se ofrece a los jóvenes sobre los riesgos del consumo de drogas, fueran capaces de tomar las decisiones

personales más adecuadas, en cada momento y en cada situación de riesgo. Por otra parte, estos programas, han gozado de una excelente aceptación por parte de los usuarios, y en ocasiones de un cierto rechazo e incompreensión por parte de los gobiernos de turno y de la sociedad en general, que llegaron a pensar que podían servir justamente para lo contrario, para animar o favorecer el consumo de alcohol y de otras drogas (Cancelo, 2008).

Muchos asistentes al botellón pertenecen a una nueva categoría que se podría acuñar como de “adultez emergente” (Arnett, 2000), claramente diferenciada de los períodos de la adolescencia y de la adultez joven, y que comprende el intervalo de edad entre los 18 y 25 años. Coincide con el retraso en casarse, en tener hijos, y en conseguir el primer trabajo, converge con los largos años de estudio, en no poder independizarse y por tanto en tener que vivir en casa de los padres (Becoña Iglesias, 2002). Este grupo, también se encuentra bien representado entre los integrantes del botellón, como una forma de prolongación de la juventud, de fomento de la comunicación horizontal y de sacar el mayor partido posible a una economía, a menudo deprimida.

En general, los jóvenes pueden conseguir bienes y servicios extras por el dinero que les proporcionan sus padres. La mayor parte de ese dinero extra, lo van a dedicar al ocio y, por tanto, al consumo de drogas como el alcohol, el tabaco, el cannabis y otras sustancias ilegales, así como a los gastos de teléfono móvil, compras, música, acudir a locales como discotecas o bares y a otro tipo de gastos menores.

También se ha comprobado que la asociación entre las adicciones químicas y comportamentales es muy importante, por lo que algunas personas tienen una probabilidad mucho mayor de tener varias conductas problema a un mismo tiempo. Es lo que con frecuencia se ha denominado a nivel clínico politoxicomanía, y que también se podría ampliar a la calificación de poliadicción, abarcando en este último caso a las

personas que sufren simultáneamente adicciones a sustancias y adicciones sin sustancia o comportamentales.

También merece la pena hacer una breve mención a la preocupación que ha generado el consumo de bebidas energéticas entre los jóvenes, y los riesgos que supone para su salud, especialmente cuando se mezcla con otras sustancias. Las bebidas energéticas suponen en EE.UU un peligro para la salud pública de los jóvenes, son cada vez más consumidas internacionalmente por los jóvenes, contienen, sin el debido etiquetado, niveles altos de cafeína, sustancias estimulantes a veces no bien conocidas y otros ingredientes, y a menudo se comercializan a través de líderes juveniles, publicidad engañosa y en lugares asociados a los deportes de riesgo (Pomeranz, Munsell y Harris, 2013).

1.3.3. Adicciones comportamentales

Siguiendo el argumento anterior, y por la importancia que puede tener para el futuro de las redes asistenciales, tanto de Galicia, como del resto de España, también merece la pena dedicar un breve espacio al análisis de las nuevas formas de adicciones sin sustancia, o adicciones comportamentales, que en el caso de los jóvenes se centran fundamentalmente alrededor del concepto de adicciones tecnológicas. Se considera que el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) puede producir una sintomatología similar a la del resto de adicciones (Echeburúa y De Corral 2010; Labrador y Villadangos, 2010; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008). Para su correcto diagnóstico, (Grüsser y Thalemann, 2006; Albrecht, Kirschner y Grüsser, 2007) determinaron quince características, entre las que se pueden destacar: la duración ininterrumpida de este comportamiento superior a un año y el funcionar como mecanismo para la regulación de ciertas emociones. La similitud entre los

síntomas por el uso de tecnologías y los de sustancias adictivas constituye uno de los focos de interés actual, relacionado con numerosas publicaciones y con la elaboración del reciente manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales, DSM-5.

Esta es una problemática que afecta a todos los países, como ejemplo, el gigante asiático, China, el país con mayor número de internautas, 632 millones. El propio gobierno considera que el 10% de los menores que navegan por la red son adictos a ella. Otras estimaciones calculan que unos cien millones de jóvenes sufren por esta causa algún tipo de trastorno mental, generalmente la pérdida de autocontrol. Otros expertos chinos, se refieren a internet y a los juegos online, como la heroína electrónica, como si fuese la tercera guerra del opio, y ofrecen la cifra de 24 millones de adictos a internet.

En este sentido, Chóliz (2010) apunta a la inclusión del constructo “adicción al teléfono móvil” como una evidente adicción tecnológica. No obstante, todavía no hay acuerdo acerca de la frontera entre el uso excesivo y el uso problemático o patológico, dado que el término adicción a las TIC todavía no ha sido reconocido oficialmente por los organismos internacionales, como la *American Psychiatric Association* (APA) o la Organización Mundial de la Salud (Lu, Watanabe, Liu, Uji, Shono y Kitamura, 2011).

Los resultados hallados en relación a las características de los adolescentes y el nivel de uso problemático del teléfono móvil concuerdan entre varios estudios: un mayor uso por parte de las chicas (Beranuy, Lusa, Graner y Carbonell, 2009; Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo, 2007; Sánchez-Martínez y Otero, 2009), una mayor probabilidad de aparición de problemáticas asociadas conforme aumente el tiempo de uso (Billieux, Van Der Linden y Rochat, 2008) y una evidencia del uso absolutamente extendido de este dispositivo, entre la población general y especialmente entre los jóvenes (Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009). La prevalencia estimada en este último estudio difiere de las reportadas por otras investigaciones que inciden sobre esta cuestión

(Ha, Chin, Park, Ryu y Yu, 2008; Martinotti, et al. 2011); en este caso y con el criterio estadístico más restrictivo, la prevalencia es menor, detectando un 14.8% de usuarios problemáticos.

Esta discordancia podría ser debida a la diversidad de instrumentos utilizados, criterios de clasificación y posiblemente al corto periodo de investigación sobre el tema. Un hallazgo también interesante es la relación entre tipo de uso problemático y nivel de estudios de los padres; los resultados sugieren que en hogares con alto nivel educativo las actividades de entretenimiento no se centran mayoritariamente en los recursos tecnológicos. Otro resultado interesante es que cuanto mayor es la problemática de uso, mayor es la percepción de uso problemático en sus compañeros, lo que parece indicar la autopercepción de su propia problemática. Igualmente, en el ámbito del videojuego, a mayor autopercepción del problema mayor puntuación en la escala Problem Video Game Playing (Tejeiro y Morán, 2002). Asimismo, resulta relevante la relación existente entre consumo de sustancias adictivas, como nicotina y alcohol, las más extendidas entre la población adolescente española y el uso problemático del móvil, lo que sugiere una futura línea de investigación acerca de una posible personalidad adictiva desde la adolescencia, en la que la dependencia de sustancias y la dependencia de tecnologías tuvieran elementos comunes (Block, 2008; Potenza, 2006).

En pleno debate, se mantiene una actitud prudente antes de sostener la adicción al móvil como nueva entidad diagnóstica, afirmando que el abuso o exceso de uso no produce el mismo grado de dependencia que una adicción tecnológica como la adicción a internet, a pesar de que ésta presente síntomas similares a la dependencia a sustancias. (Sánchez-Carbonell, et al., 2008).

Sin embargo, los estudios son todavía escasos como para obtener datos suficientes que la hagan ser considerada una entidad diagnóstica en manuales como el DSM-V,

aunque ya comienza a reportarse su entidad clínica. Por otra parte, teniendo en cuenta que el uso del móvil parece constituir una parte intrínseca del individuo relacionada con la gestión de emociones, y debido a su absoluta implantación en el mundo, resulta cada vez más difícil diferenciar el tipo de uso problemático de las tecnologías inherentes a los nuevos dispositivos del que no lo es (López-Fernández, Honrubia-Serrano, Freixa-Blanxart, 2012).

La adicción a internet supondrá también un problema asistencial durante las próximas décadas. En los últimos años existe un creciente interés por la investigación en el campo de las adicciones tecnológicas, aunque son escasos los estudios en los que se analice la eficacia de las intervenciones psicológicas, o de otra clase, sobre este tipo de problemas. El objetivo de uno de los estudios fue presentar una propuesta de tratamiento cognitivo-conductual para la adicción a internet y videojuegos mediante un análisis de caso. Se describen las fases del tratamiento y las principales técnicas empleadas, así como los datos relativos a su eficacia. El tratamiento se desarrolló a lo largo de 19 semanas con dos seguimientos. El objetivo principal fue el aprendizaje del uso controlado del ordenador, internet y videojuegos, asumiendo que en las adicciones tecnológicas no es un requisito terapéutico la abstinencia total, sino centrarse en la promoción de un uso adaptativo. Los resultados muestran una reducción significativa del tiempo dedicado al juego y a internet, así como del grado de pérdida de control. También se aprecia una disminución del malestar subjetivo y una mejoría en el funcionamiento personal (Marco y Chóliz, 2013).

En otra investigación sobre adicciones comportamentales, utilizando una muestra de adultos urbanos de ambos sexos ($n = 821$; 393 varones y 428 mujeres), se estudió la relación de la adicción a la compras compulsivas con la frecuencia percibida de realización de cinco comportamientos: comer en exceso, fumar en exceso, jugar en exceso, ingerir

bebidas alcohólicas de modo problemático y consumir otras sustancias psicoactivas (p. ej., marihuana, éxtasis, etc.). Los hallazgos sugieren que la adicción a las compras covaría con las mencionadas conductas excesivas conformando, en conjunto, un factor general de adictividad, en cuya estructura jerárquica ocupa un lugar intermedio con respecto a los restantes excesos. Estos resultados se discuten en relación a la comunalidad existente entre las adicciones químicas y las conductuales, ofreciendo sugerencias para futuras investigaciones y para el diseño de intervenciones sobre estos comportamientos adictivos (Rodríguez, González, Fernández, y Lameiras, 2005).

El cambio en el sistema de valores de las sociedades desarrolladas como la nuestra, en las últimas décadas, es evidente. Sabemos que hay valores predominantes actualmente como son la inmediatez, el hedonismo, la riqueza, el consumismo, la ostentación, en definitiva, el placer individual frente al progreso colectivo. Estos valores facilitan ir en contra de un estilo de vida saludable, en el sentido físico, psicológico o social (Alsaker y Flammer, 1999). Estos valores sociales imperantes, de gran relevancia en el mundo actual, como por ejemplo, el consumismo (Rodríguez Villarino, 2005), hacen más difícil un cambio en la línea correcta hacia una estilo de vida saludable tanto para el individuo como para la colectividad.

En otro sentido, una parte del problema existente relativo al consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, y a las adicciones comportamentales, es el estilo de crianza por parte de los padres y la consiguiente falta de control parental y de límites por parte de algunos de esos patrones educativos. No hay ninguna duda de que la familia es el primer elemento de la socialización del niño. En ella no solo va a nacer sino que va a cubrir sus primeras necesidades básicas de alimentación, seguridad y afecto. A través de su interacción continua y cercana a lo largo de muchos años, y de un estilo de crianza, se irá formando el modo de ser de esa persona. Una clasificación generalizada nos

proporcionaría cuatro: el democrático, el autoritario, el permisivo y el indiferente (Craig, 1994). Cada uno de ellos implica que el joven tenga una forma de ver el mundo, y de cómo afrontar los conflictos que con seguridad le irán apareciendo a lo largo de su vida.

Una sociedad tolerante, a pesar de sus ventajas, tiene que imponer ciertos límites para poder mantener en su justa medida el nivel de libertad para todos sus ciudadanos. Un análisis minucioso de los movimientos sociales facilita conocer lo que está ocurriendo y prevenir consecuencias negativas para individuos o grupos.

El grupo de iguales, que podemos definir como aquel conjunto de personas de la misma o aproximada edad que comparten entre sí vivencias comunes, modos de descubrir el mundo, aficiones, comportamientos, etc., adquiere relevancia en este tema, ya que el consumo de alcohol en estas edades, desde el comienzo de la pubertad y la adolescencia, se hace en grupo, y no en solitario. También suele ser en grupo donde se empiezan a dar las primeras transgresiones normativas, saltándose el control parental o el control social.

1.4. Recuperación natural vs recuperación por tratamiento

Una vez que el problema adictivo se ha manifestado, la pregunta que nos podemos hacer es hasta qué punto resulta útil comenzar un tratamiento o intentar resolverlo por sí mismo. De todos es conocido que muchos pacientes resuelven su adicción espontáneamente, sin acudir a ninguna institución ni solicitar tratamiento a profesional alguno, en definitiva, lo que se conoce popularmente como fuerza de voluntad. Sin embargo, hay que pensar que el hecho de acudir a tratamiento mejora las posibilidades de recuperación respecto a la autorehabilitación. La evidencia científica en el campo de la recuperación natural muestra que el apoyo y la presión familiar son un elemento influyente y decisivo en la puesta en marcha y el mantenimiento del cambio tanto en

tratados como en no tratados (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer y John, 2002). Sin embargo, se han encontrado unos niveles mayores de presión y apoyo social y familiar entre los que acuden a algún tipo de servicio terapéutico con el fin de solucionar su problema (Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke y John, 2005; Tucker, Vuchinich y Rippens, 2004).

Otro aspecto relacionado con la asistencia a tratamiento fue el mayor número de estrategias de afrontamiento utilizadas por quienes acudieron. La adopción de guías de actuación para la prevención de recaídas en los tratamientos por parte de los participantes puede ser una explicación de que hayan aparecido diferencias significativas en esta variable, aunque también podría deberse a que al analizar más áreas de la vida de los sujetos que acuden a tratamiento, el número de estrategias para conservar un buen funcionamiento también sea mayor.

En ambos grupos, aparece la presión y el apoyo social como factores importantes para la modificación o el mantenimiento de ciertos comportamientos. Los sujetos que acuden a tratamiento refieren significativamente haber recibido más presión para el cambio y más apoyo en el mantenimiento, además de un mayor número de mejoras tanto en su vida familiar como con los amigos. Una vez más, todos estos datos parecen apuntar a una mayor gravedad del trastorno adictivo de los que van a tratamiento, que es la hipótesis más plausible, aunque también podría interpretarse que el entorno de estos sujetos puede ser menos tolerante o más sensible a los problemas originados por la adicción (Carballo, Fernández-Hermida, Secades-Villa y García-Rodríguez, 2008).

Esta tesis doctoral se centra en el estudio de las personas que han sido tratadas en Galicia durante las últimas décadas, y existe la convicción generalizada entre expertos y profesionales que en el caso de un consumo problemático de drogas, siempre es más conveniente acudir a tratamiento que no hacerlo. En cualquier caso la falta de estudios

que revelen la evolución de las personas que decidieron hacerlo por su cuenta, no permite contrastar con fiabilidad la hipótesis nula frente a la alternativa.

CAPÍTULO 2

EL CONSUMO DE DROGAS EN EUROPA

El único bien que descubrimos en la vida es aquello que provoca el olvido de la existencia.

Madame de Staël

En los próximos tres capítulos se procederá a analizar, siguiendo un criterio de lo general a lo particular, la problemática de las drogodependencias en Europa, en España y en Galicia. En el presente capítulo, se examinará en profundidad la situación actual del fenómeno de las drogas en los países que conforman la Unión Europea. Para presentar una visión de conjunto del continente, se expondrán los datos más recientes sobre prevalencia, incidencia, problemáticas emergentes, políticas asistenciales, prevención en la oferta, recursos terapéuticos, etc., así como otros temas transversales al consumo de drogas.

2.1. *El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)*

Para analizar el consumo de drogas en Europa, es imprescindible recurrir al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adicction (EMCDDA), como “fuente central y autoridad confirmada en cuestiones relacionadas con las drogas en el continente europeo. Desde hace más de veinte años recoge, analiza y difunde información científicamente correcta sobre las drogas y las toxicomanías y sobre sus consecuencias, ofreciendo a sus audiencias

una imagen basada en pruebas sólidas del fenómeno de la droga a escala europea. Otras fuentes importantes son las que provienen de la órbita de la Organización de Naciones Unidas, mediante la multitud de informes publicados sobre la situación de las drogodependencias en el mundo” (World Health Organization, 2003).

Entre los grupos destinatarios de la información del observatorio figura el de los responsables políticos, que utilizan esta información para formular estrategias coherentes en relación con las drogas en el ámbito nacional y europeo. La información se dirige también a los profesionales e investigadores que trabajan en este campo y, más en general, a los medios de comunicación europeos y a la opinión pública. Con sede en Lisboa, el OEDT es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea.

Por su parte, el Observatorio Español sobre Drogas (OED) mantiene mecanismos de colaboración y coordinación con el OEDT, facilitando la información más amplia y precisa posible, y mejorando la comparabilidad de la información disponible con la de otros Estados de la Unión Europea. El OED actuará como punto focal en España de la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías (REITOX), aportando toda la información disponible en nuestro país. También se ocupa de la difusión en España de la información relativa al conjunto de los Estados de la Unión Europea que integran el OEDT.

Otras de las misiones del OEDT, es la de divulgación, mediante la edición de una serie de publicaciones de referencia en materia de drogas como son: *Drugnet Europe, Drug policy profiles, Drugs in focus, EMCDDA Papers, European Drug Report, Implementation reports, Insights, Joint publications, Joint Reports, Literature reviews, Manuals Monographs, National reports, Risk assessments, Selected issues, Technical data sheets y Thematic papers.*

Otro de los principales objetivos del observatorio europeo consiste en ofrecer información sobre drogas que sea fácilmente comparable en toda Europa, diseñando los métodos e instrumentos necesarios para lograrlo. Los resultados obtenidos hasta la fecha

han permitido a los países calibrar su posición dentro de una perspectiva europea más amplia y analizar los problemas y objetivos comunes. Uno de los rasgos fundamentales del fenómeno de las drogas es su naturaleza cambiante y dinámica, de ahí que vigilar su evolución sea uno de los principales cometidos del OEDT. La principal fuente de información del Observatorio es la red REITOX, integrada por centros de referencia de los 28 Estados miembros, más Noruega, y los países candidatos a la UE, como Turquía, y se la puede definir como una red europea de información sobre la droga y las toxicomanías.

El *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa* y el *Statistical bulletin*, boletín estadístico online, proporcionan anualmente un panorama actualizado de la situación y de las tendencias en Europa. Además, los *Country Overviews*, resúmenes online de datos nacionales, constituyen una fuente valiosa de información nacional sobre este fenómeno. El OEDT trabaja sobre la premisa de que la información de calidad es clave para diseñar las estrategias eficaces en materia de drogas y aunque no proponga ningún modelo de políticas en concreto a los Estados, ejerce actualmente una clara influencia en la toma de decisiones de los países miembros mediante sus análisis, normas e instrumentos.

2.2. El Informe Europeo sobre Drogas 2014

El Informe Europeo sobre Drogas 2014 del OEDT, se basa en una revisión completa de datos tanto europeos como nacionales y presenta un nuevo análisis de la situación de las drogas en Europa, acompañado de una visión de conjunto de tendencias y novedades en las intervenciones y las políticas a largo plazo (Götz, 2014).

Los informes del OEDT, basan su estructura en la información recogida sobre los siguientes apartados: *Tendencias y novedades*, *Datos y estadísticas*, *Resúmenes de países* y *Perspectivas sobre las drogas*.

El OEDT se apoya en una serie de instituciones para elaborar sus informes como, los jefes de los puntos focales nacionales de la red Reitox y su personal, los servicios y expertos de cada Estado miembro encargados de recabar los datos básicos para la elaboración del informe, los miembros del Consejo de Administración y del Comité Científico del EMCDDA, el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea, en particular su Grupo Horizontal sobre Drogas, la Comisión Europea, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), Europol, el Grupo Pompidou del Consejo de Europa, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Oficina regional para Europa de la OMS, Interpol, la Organización Mundial de Aduanas, el Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD), el Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE), el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y Otras Drogas (CAN), el Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea, Missing Element Designers y Composiciones Rali.

2.2.1. El consumo de drogas y los problemas relacionados con las drogas en Europa

El término consumo de drogas aborda un gran número de pautas, que pueden distribuirse en un continuo, que va desde el consumo experimental aislado, hasta el consumo dependiente. Las diferentes pautas de consumo se asocian a diferentes niveles de riesgo y de daños, los cuales dependen de factores como el contexto de consumo, la dosis consumida, la vía de administración, el consumo de otras sustancias, el número y la duración de los episodios de consumo y la vulnerabilidad individual (OEDT, 2012).

La supervisión del consumo de drogas en Europa puede abordarse adoptando un enfoque común basado en los cinco indicadores epidemiológicos básicos del OEDT: las

encuestas de consumo, las estimaciones del consumo problemático, las muertes relacionadas con las drogas, las enfermedades infecciosas y el inicio del tratamiento de la drogodependencia que tomados en su conjunto, constituyen un recurso importante para el análisis de las tendencias y novedades por parte del OEDT.

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, es decir, 80 millones de personas, han consumido drogas ilegales en algún momento de su vida, lo que no significa que por ello hayan devenido en drogodependientes. En la mayoría de los casos se trata de cannabis, 73.6 millones, siendo menores las estimaciones referentes para la cocaína, 14.1 millones, anfetaminas, 11.4 millones, y éxtasis, 10.6 millones. Analizando estas estimaciones y separándolas según los tipos de droga más comunes, se obtienen los siguientes resultados:

A. *Cannabis*: en Europa, el 21.7%, es decir, 73.6 millones de adultos, de entre 15 y 64 años, han consumido cannabis en algún momento de su vida, el 5.3%, o sea, 18.1 millones han consumido cannabis en el último año, y el 11.2% de los adultos jóvenes, de entre 15 y 34 años, por tanto 14.6 millones, también lo han hecho en el último año.

B. *Cocaína*: el 4.2 %, es decir, 14.1 millones de adultos, han consumido cocaína en algún momento de su vida, el 0.9%, 3.1 millones, consumieron cocaína en el último año, y el 1.7% de los adultos jóvenes, 2.2 millones, lo hicieron también en el último año. Por otra parte, el 0.2 % y el 3.6 % son las estimaciones de los países europeos más baja y más alta de consumo de cocaína durante el último año entre adultos jóvenes.

C. *Opioides*: en Europa existen 1.3 millones de consumidores problemáticos de opioides, entre los 15 y los 64 años. El 3.5% de todas las muertes de europeos de 15 a 39 años de edad se produjeron por sobredosis y se detectaron opioides en tres cuartas partes de estas muertes. Es la droga principal en el 45% de las solicitudes de tratamiento por

drogodependencia en la Unión Europea, y 700000 consumidores de opioides recibieron tratamiento de sustitución en 2012.

D. *Éxtasis*: han consumido MDMA en algún momento de su vida, el 3.1% de los adultos, es decir, 10.6 millones, el 0.5%, 1.6 millones, lo hicieron en el último año, y el 1.0% de los adultos jóvenes, 1.3 millones, igualmente lo consumieron en el último año.

2.2.1.1. Admisiones a tratamiento en Europa por tipo de sustancia

Ahora no se trata de estimaciones de consumo, sino de individuos en los que las políticas de prevención no resultaron eficaces, y que fruto del consumo de drogas generaron un abuso o una dependencia, que les condujo a la solicitud de asistencia especializada. Según el tipo de drogas estos son los datos sobre las admisiones a tratamiento:

1. *Cannabis*: en 2012, el consumo de cannabis fue la causa principal más comúnmente notificada del inicio de tratamiento por primera vez de la drogodependencia. Tras aumentar de 45000 a 61000 entre 2006 y 2011, el número total de consumidores que iniciaron tratamiento se estabilizó en 2012, con 59000 pacientes. El cannabis fue la segunda droga principal entre quienes iniciaron tratamiento en 2012, con 110000 sujetos.

De estos pacientes, el 83% era varones y el 17% mujeres, siendo la edad media del primer consumo de 16 años, y la de comienzo del tratamiento de 25 años. El 49% consumían cannabis a diario y el resto con menor frecuencia. Por países, Reino Unido, Alemania, España, Francia, Italia y Países Bajos, Italia, son los Estados donde más consumidores iniciaron un tratamiento por cannabis.

Los cambios producidos recientemente en algunas zonas del mundo, como en Uruguay y en algunos estados de EEUU, donde se han promulgado leyes despenalizadoras

o liberalizadoras del acceso al cannabis, así como el empuje de las corrientes que propugnan su uso terapéutico, ha producido que un número muy significativo de publicaciones en revistas especializadas, se dediquen a tratar estos temas (Eassey, Gibson y Krohn, 2015; Richmond, Pampel, Rivera, Broderick, Reimann y Fischer, 2015; Palamar, 2014). En este sentido, en algunos de los estudios, los participantes informaron de que el cannabis medicinal mejoraba su sintomatología de dolor, y se mostraban interesados en alternativas a los opiáceos para el tratamiento del dolor (Zaller, Topletz, Frater, Yates y Lally, 2015).

2. *Heroína*: el opiáceo más consumido en Europa sigue siendo la heroína, que, como es bien sabido, puede fumarse, esnifarse o administrarse por vía parenteral. Se dispone también en el mercado ilegal de otros opioides sintéticos, como buprenorfina, metadona o fentanilo. El consumo de opioides, en la actualidad, tiende a ser más elevado entre las poblaciones marginales de las zonas urbanas. En Europa ha habido varias oleadas de adicción a la heroína, en particular una primera que afectó a muchos países de la parte occidental, como España, y por tanto Galicia, desde mediados de la década de los 70 en adelante, y una segunda que afectó a la parte central y oriental entre mediados y finales de la década de los 90. Aunque las tendencias de la última década presentan variaciones, en términos generales parece ir disminuyendo la iniciación en el consumo de esta droga.

Respecto a los inicios de tratamiento por heroína, se constata una reducción continua de la demanda de tratamiento. Los consumidores de opioides, sobre todo de heroína, como droga principal, representan el 46% de los que iniciaron tratamiento especializado en 2012 en Europa, 18000 pacientes, y el 26% de los que iniciaron tratamiento por primera vez. Las cifras de los que inician tratamiento están en disminución en Europa, ya que del máximo de 59000 en 2007 se pasó a 31000 en 2012.

En general, parece que se ha reducido el inicio en el consumo de heroína y esto lógicamente, repercute sobre la menor demanda de admisiones a tratamiento.

De estos pacientes, el 79% era varones y el 21% mujeres, la edad media del primer consumo era de 22 años, y la de comienzo del tratamiento de 36 años. El 53% consumían heroína a diario y el resto con menor frecuencia, en el 44% la vía de administración era parenteral, y por países, Reino Unido, Italia, España y Alemania, son los Estados donde más consumidores inician un tratamiento por heroína.

3. *Cocaína*: en Europa se observa una disminución continua de la demanda de tratamiento por dependencia a cocaína. Sólo cuatro países tienen estimaciones relativamente recientes de consumo problemático de cocaína y son difíciles las comparaciones entre ellos, debido a la divergencia de las definiciones. En 2012, tomando como base la población adulta, Alemania estimó que presentaban dependencia de la cocaína el 0.20%, Italia cifró en un 0.26% los que necesitaban tratamiento por consumo de cocaína, y en 2011, España estimó en un 0.4% el consumo de cocaína de alto riesgo. En 2010-2011, el Reino Unido estimó el consumo de crack entre la población adulta de Inglaterra en un 0.49 %, en su mayor parte consumidores también de opioides.

La cocaína fue citada como droga principal por el 14% de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2012, 55000 pacientes, y por el 18% de los que iniciaron tratamiento por primera vez, 26000 sujetos.

De estos pacientes, el 84% era varones y el 26% mujeres, la edad media del primer consumo era de 22 años, y la de comienzo del tratamiento de 34 años. Además, el 24% consumían cocaína a diario y el resto con menor frecuencia. En cuanto a la vía de administración, en el 64% de los casos era esnifada, en el 24% fumada y en el 7% parenteral.

Existen amplias diferencias entre los países europeos, concentrándose el 90% de los consumidores de cocaína en sólo cinco de ellos: Alemania, España, Italia, Países Bajos, y Reino Unido, que en su conjunto, representan algo más de la mitad de la población de la UE. El número de pacientes que inician tratamiento por primera vez por consumo de cocaína como droga principal ha disminuido en los últimos años, ya que, tras el máximo de 38000 alcanzado en 2008, disminuyó a 26000 en 2012 y gran parte de esta disminución puede atribuirse al descenso producido en Italia. Referente al consumo de crack, en 2012, sólo un número pequeño, 2300, de los consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez en Europa lo hicieron por esta sustancia como droga principal, concentrándose dos tercios de ellos en el Reino Unido y casi todos los demás en España y Países Bajos.

La cocaína es también responsable del mayor número de casos de hospitalización por problemas agudos y de muerte y puede influir de manera importante en la mortalidad por problemas de tipo cardiovascular. Aunque los datos al respecto son limitados, 19 países notificaron en 2012 muertes relacionadas con la cocaína, habiéndose identificado más de 500 casos (Karila, Petit, Lowenstein y Reynaud, 2012).

Hoy en día se habla de vulnerabilidad individual, como el factor determinante por el que algunas personas no son capaces de únicamente de probar las sustancias o de que éstas no les produzcan la aparición de un trastorno mental. En investigaciones recientes se comprobó que la transición desde el uso a la dependencia fue mayor para los usuarios de nicotina, seguido de los consumidores de cocaína, alcohol y cannabis. La existencia de predictores comunes para explicar la transición a la dependencia en todas las sustancias, sugiere que están implicados mecanismos compartidos. El mayor riesgo de la transición del uso a la dependencia aparece entre las personas pertenecientes a minorías o con comorbilidad psiquiátrica, por lo que hay que aplicar políticas y estrategias para que estas

poblaciones inicien cuanto antes un tratamiento, o en el caso de estar ya en él, no lo abandonen (Lopez-Quintero, Pérez de los Cobos, Hasin, Okuda, Wang, Grant y Blanco, 2011).

En este sentido, hay que prestar atención a la patología dual derivada del consumo de cocaína. Diversos estudios indican que más del 65% de la muestra de usuarios de cocaína a tratamiento en comunidad terapéutica, experimentaron una comorbilidad psiquiátrica a lo largo de su vida. Los trastornos del estado de ánimo (21.6 %) y psicóticos (11.5 %), inducidos por el consumo de sustancias fueron más prevalentes en esta población, lo que sugiere la necesidad de introducir cambios en los centros, tanto en los aspectos diagnósticos como en los programas de tratamiento, adaptando los programas terapéuticos y la normas de funcionamiento al perfil y a las necesidades de los pacientes actuales (Vergara-Moragues, González-Saíz, Lozano, Betanzos, Fernández, Bilbao-Acebos y Verdejo, 2012).

Otro estudio examina los trastornos psiquiátricos que presentan jóvenes consumidores de cocaína y heroína, medidos con la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Se realizó una encuesta transversal de entrada a una cohorte de consumidores de cocaína y de heroína reclutados fuera de los servicios de salud. Para evaluar los trastornos mentales se utilizó el WMH-CIDI, para medir el grado de dependencia la Severity of Dependence Scale (SDS), y para evaluar el apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC. Las variables relacionadas con la morbilidad psiquiátrica en la cohorte de cocaína fueron: el mayor número de días de consumo, las condiciones de vida inestable y el bajo apoyo social, mientras que en la cohorte de heroína, fue el ganar dinero a través de actividades ilegales. El consumo moderado de alcohol actuó como factor protector para la patología mental. En ambas cohortes, la morbilidad se asoció a haber recibido tratamiento

psiquiátrico/psicológico durante los últimos 12 meses (Tortajada, Herrero, Domingo-Salvany, Molist, Barrio, de la Fuente y Grupo de Investigación Itinere, 2012).

4. *Inicios de tratamiento en Europa por otras sustancias*: el inicio de tratamiento por otras sustancias diferentes a las vistas anteriormente es minoritario, pero aun así, se podría resaltar que el consumo de anfetaminas es decreciente, sin olvidar ni descuidar que siguen suponiendo un riesgo para la salud; el consumo de éxtasis también muestra tendencias bajas y estables entre la población general, y el grupo de las catinonas, administradas por vía parenteral, a pesar de su bajo consumo, suponen en Europa también un motivo de preocupación.

2.2.1.2. La población europea a tratamiento por drogodependencia

Se estima que al menos 1.3 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales en Europa durante 2012. El grupo en tratamiento más amplio es el de los consumidores de opioides, mientras que los datos sobre consumidores que inician tratamiento indican que el segundo y el tercer lugar corresponden a los consumidores de cannabis y de cocaína, advirtiendo que existen diferencias entre unos países y otros.

La mayoría de los tratamientos en Europa se llevan a cabo en entornos ambulatorios, como centros especializados, centros de salud generalistas, incluidas las consultas de medicina familiar y comunitaria, o los servicios catalogados como de reducción del daño. Una parte considerable de los tratamientos de drogodependencia se prestan asimismo en régimen de ingreso en centros especializados, comunidades terapéuticas y centros asociados a hospitales, por ejemplo, hospitales psiquiátricos. Una estrategia de tratamiento nueva e innovadora, es la prestación de los servicios a través de internet, de forma que los consumidores puedan acceder a los programas de tratamiento,

a consultas especializadas, a solicitar consejo médico-psicológico, a recetas electrónicas de medicamentos, etc., desde su domicilio, especialmente cuando las distancias que les separan son grandes, cuando por enfermedad no es posible el desplazamiento, o incluso, cuando por motivos económicos el paciente no puede sufragarse el transporte.

Las intervenciones psicosociales en Europa constituyen la principal modalidad de tratamiento en el caso de los consumidores dependientes de estimulantes y hay estudios que demuestran que tanto la terapia cognitivo-conductual como la gestión de contingencias se asocian a resultados positivos. Un número cada vez mayor de países ofrecen ahora tratamientos específicos para el consumo de cannabis, disponiéndose de pruebas en favor del uso combinado de la terapia cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y los métodos de gestión de contingencias. Algunas pruebas también apoyan el uso de la terapia familiar multidimensional para los consumidores jóvenes de cannabis.

2.2.1.3. Cobertura de los tratamientos de sustitución

- ***Los tratamientos de sustitución***

El tratamiento de sustitución, habitualmente con metadona, y normalmente combinado con intervenciones psicosociales, es la modalidad terapéutica más usada en el caso de dependencia de opioides en Europa. Las pruebas disponibles apoyan el uso de esta estrategia combinada para mantener a los pacientes en tratamiento y asimismo para reducir el consumo ilegal de opioides y reducir los daños relacionados con las drogas y la mortalidad.

La metadona es el medicamento de sustitución más frecuentemente prescrito, administrándose a dos terceras partes de los consumidores que reciben este tipo de tratamiento, mientras que la buprenorfina se prescribe a los restantes, un 20%, y es el

principal medicamento de sustitución en seis países europeos. Aproximadamente el 6% de los tratamientos de sustitución en Europa se basan en la prescripción de otras sustancias, como morfina de liberación lenta o diacetilmorfina, es decir, heroína.

En 2012, recibieron este tipo de tratamiento en Europa unos 734000 consumidores de opioides, siendo esta cifra relativamente estable en comparación con la de 2011, 726000 pacientes, pero superior a la de 2007, en el que se registraron 630000 usuarios. En 2012, cinco países notificaron incrementos de más del 25% en el número de consumidores en comparación con el año anterior. Reino Unido, Francia, Italia, España y Alemania son los países donde más pacientes se encuentran incluidos en tratamientos de sustitución.

En cuanto a la cobertura en Europa del tratamiento de sustitución con opioides, es decir, la proporción de consumidores necesitados que se benefician de la intervención, señalar que se estima en más del 50%. Este cálculo ha de ser tomado con precaución por razones metodológicas, pero es cierto que en muchos países la adicción a heroína ha dejado de ser un estigma altamente discriminativo, y por tanto la mayoría de los consumidores de opioides están o han estado en contacto con los servicios de tratamiento de drogodependencias. En España, en términos generales, la cobertura de este tipo de asistencia, podría llegar a ser casi total, exceptuando alguna zona geográfica muy concreta. En todos los países europeos se presta además otras formas de tratamiento sin sustitución a los consumidores de opioides. En los diez países que ofrecen datos suficientes, la cobertura de estos tratamientos no basados en la administración de medicamentos de sustitución se mueve en general en el intervalo del 3% al 17% de los consumidores problemáticos de opioides, superando el 50% por ejemplo, en el caso de Hungría.

- ***El tratamiento residencial***

En la mayoría de los países europeos, los programas residenciales, llevados a cabo generalmente en Comunidades Terapéuticas, constituyen un importante elemento de las opciones de tratamiento y rehabilitación a disposición de los consumidores de drogas. Un estudio reciente del OEDT ha identificado 2500 centros de tratamiento residencial en Europa, concentrándose más de dos tercios de ellos en seis países: Alemania, España, Irlanda, Italia, Suecia y el Reino Unido. El grupo más amplio es el de las comunidades terapéuticas, con 2330 centros, que además es el único disponible en 17 países. También se han identificado en Europa 170 programas de tratamiento residencial de base hospitalaria.

Muchos de los programas residenciales tienen como eje la salud, el funcionamiento personal y social y la mejora de la calidad de vida. En general, pueden dividirse en cuatro grandes grupos por razón de las estrategias terapéuticas que siguen: el modelo de 12 pasos o de Minnesota, el modelo de la comunidad terapéutica, el de psicoterapia usando la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia con otros modelos asistenciales. De ellos, el modelo de la comunidad terapéutica, inspirado en las teorías de Maxwell Jones (1953, 1968) es el predominante en 15 países. Sin embargo, el modelo de CT no está agotado a pesar del paso del tiempo. Se está reinventando continuamente conforme cambian las necesidades sociales, habiendo pasado en veinte años de atender fundamentalmente al clásico drogodependiente, cuyo problema era cómo superar la adicción, a hoy en día, donde el consumo de drogas no es el principal problema del paciente, sino su trastorno mental asociado, por ejemplo, todas las variantes del trastorno de la personalidad. Este modelo, también ha querido parecerse a otros recursos sanitarios, y para ello se ha trabajado desde un sinnúmero de comunidades terapéuticas y desde alguna asociación de profesionales de CTs, en la elaboración de indicadores de calidad y en la implantación de

diversas certificaciones de calidad que ofrece el mercado, como ISO, EFQM, etc. (ERIT, 2001).

Las pruebas de la eficacia de las comunidades terapéuticas no son concluyentes, en parte debido a las dificultades metodológicas para la realización de investigaciones sobre los resultados asistenciales en este campo, tanto en lo que respecta a los diseños experimentales bien armados como a la dificultad para el seguimiento de casos. La mayoría de los estudios sobre este tema realizados en Europa son observacionales y las conclusiones que ofrecen son, por lo tanto, necesariamente provisionales. Con todo, los resultados son en general alentadores, mostrando una correlación positiva la evolución favorable posterior al ingreso, con la mayor duración de la estancia y con la consiguiente finalización del tratamiento en CT por alta terapéutica. Casi todos los estudios observacionales señalan que los residentes en las comunidades terapéuticas muestran reducciones en el consumo de drogas y en la actividad delictiva y en el número de detenciones, junto con mejoras en los indicadores de calidad de vida.

Aunque, históricamente, los programas residenciales de tratamiento han sido programas libres de drogas, los datos indican que la dispensación de medicamentos, tanto de sustitución de opioides como de uso psiquiátrico general, se ha generalizado en las comunidades terapéuticas, por lo que 18 de los 25 países europeos informantes se menciona algún grado de uso de estos programas de sustitución.

- ***La incorporación social y la empleabilidad como objetivo***

Los servicios de incorporación social apoyan el tratamiento y previenen las recaídas abordando aspectos clave de la exclusión social, como la formación y el empleo, de los consumidores de drogas. En 2012, aproximadamente la mitad de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado por drogodependencia en Europa estaban

desempleados, 47%, y casi uno de cada diez, el 9%, carecía de vivienda estable. También era común en este grupo el bajo nivel educativo alcanzado. Aunque la incorporación social de los consumidores se menciona como un objetivo esencial de las estrategias nacionales en materia de drogas, por ejemplo del Plan Nacional sobre Drogas, de España, las intervenciones al respecto varían considerablemente entre los distintos países.

La mejora de la empleabilidad de los consumidores en tratamiento puede ayudar a su incorporación social. Ella depende de los conocimientos, de las habilidades y de las actitudes de cada persona, así como del modo de empleo de estos activos y del contexto en el que se busque empleo. Uno de los sistemas que se aplica es el basado en el apoyo a las personas desfavorecidas con objeto de reducir la brecha que se abre entre el desempleo de larga duración y el mercado de trabajo. Es lo que se denomina mercado de trabajo intermedio. En él se ofrece a los consumidores en tratamiento un contrato de trabajo temporal que se completa con actividades de formación, de experiencia en el trabajo, de desarrollo personal y de búsqueda de empleo.

Se incluyen también habitualmente en este concepto las empresas de trabajo social o empresas de inserción, como se las conoce en España, las cuales producen bienes o prestan servicios socialmente útiles y dan empleo a colectivos desfavorecidos en los mercados de trabajo, bajo la regulación de una serie de leyes promulgadas al efecto. Aunque en la mayoría de los estados miembros existen intervenciones de este tipo, el acceso a las mismas por parte de las personas a tratamiento por drogodependencia, está realmente muy limitado, no dando una respuesta eficaz al problema del acceso a un puesto trabajo, viéndose además complicado por las elevadas tasas de desempleo entre la población general (CEPES, 2013). Por ello, es importante alentar cualquier propuesta o idea, donde no haya que esperar que el trabajo proceda de una contratación por cuenta

ajena, sino convertir el emprendimiento social como una parte esencial de la economía social (Triper, 2015).

2.2.2. El consumo de drogas en Europa y las enfermedades infecciosas: VIH/SIDA y hepatitis B y C.

La administración parenteral de drogas sigue desempeñando un papel fundamental en la transmisión de enfermedades como la hepatitis C, y en el rebrote en algunos países europeos, de la infección por el VIH/SIDA. Las cifras más recientes indican que el dilatado descenso del número de nuevos diagnósticos de VIH en Europa, podría interrumpirse debido a la aparición de infecciones entre consumidores de drogas por vía parenteral en países como Grecia y Rumanía. En 2012, la tasa media de diagnósticos de VIH por consumo de drogas por vía parenteral o por compartir material de inyección, fue de 3.09 por cada millón de habitantes.

Aunque las cifras están sujetas a revisión, en ese año se notificaron 1788 nuevos casos, una cifra ligeramente superior a la de 2011, que fueron 1732 casos, pero continuando la tendencia general a la baja observada desde 2010. En otros países, como España y Portugal, que en el pasado tuvieron períodos con elevadas cifras de infección, las tasas de nuevos diagnósticos siguen descendiendo.

La mortalidad relacionada con la infección por el VIH es la causa indirecta mejor documentada de muerte entre los consumidores de drogas. La estimación más reciente indica que en 2010 murieron en Europa cerca de 1700 personas por infección por el VIH/SIDA atribuible al consumo de drogas por vía parenteral, y la tendencia es descendente.

Es probable asimismo que las hepatopatías sean responsables de un número considerable y creciente de muertes entre los UDVP, debido principalmente a infección por el VHC y empeoradas a menudo por un consumo excesivo de alcohol.

La hepatitis vírica, en particular la causada por el virus de la hepatitis C, tiene una elevada prevalencia entre los UDVP en Europa. Los niveles de anticuerpos del VHC en las muestras nacionales de UDVP en 2011-2012 variaban entre el 19% y el 84%, aunque siete de los once países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50%. Promediando los datos de los 18 países que facilitaron datos correspondientes al período 2011-2012, el consumo de drogas por vía parenteral representó el 64% de los casos notificados de infección por el VHC y el 50% de los diagnósticos agudos, en los cuales se conocía la categoría de riesgo.

En España, la prevalencia de portadores de anticuerpos anti VHC en el colectivo de usuarios de drogas ilegales es del 74%. La infección suele evolucionar cronificándose en la mayoría de los casos, 70%-80%, y ocasionando considerables problemas de salud a largo plazo, como daño hepático severo, muerte prematura, además de continuar siendo una potencial fuente de infección (Rivera y Oliva, 2007).

Actualmente, las encuestas mundiales muestran que el VIH es principalmente transmitido a través de relaciones sexuales sin protección, mientras que el VHC se transmite casi exclusivamente por la inyección de drogas. En consecuencia, las políticas preventivas deben dirigirse a la educación en prácticas de sexo seguro y en consumo sin riesgo, para prevenir, respectivamente, la transmisión del VIH y del VHC (Colquhoun y Christian, 2014).

En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas por vía parenteral representaron el 9% de los casos notificados y el 21% de los diagnósticos agudos notificados. El consumo de drogas puede ser un factor de riesgo de otras enfermedades

infecciosas, como hepatitis A y D, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, tétanos y botulismo. También se han notificado esporádicamente en Europa brotes de infección por ántrax, probablemente causados por heroína contaminada. Por ejemplo, entre junio de 2012 y marzo de 2013 se notificaron 15 casos, de los cuales fallecieron la mitad.

2.2.3. Muertes en Europa por reacción aguda al consumo de drogas

El consumo de drogas es una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes en Europa, tanto directamente por sobredosis o muertes inducidas por drogas, como indirectamente por enfermedades y accidentes relacionados con las drogas, o con actos de violencia, suicidios, etc. En general se observa, una reducción, pero con algunos incrementos en determinados países. La mayoría de los estudios de cohortes de consumidores problemáticos de drogas muestran tasas de mortalidad en el intervalo del 1-2% por año, y se ha estimado que anualmente mueren en Europa entre 10000 y 20000 consumidores de opioides. En términos generales, los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. Entre las mujeres, en algunos países, el riesgo de morir puede ser hasta 30 veces mayor.

La sobredosis sigue siendo la principal causa de muerte entre los consumidores problemáticos de drogas. En la mayoría de las sobredosis mortales notificadas, están presentes la heroína o sus metabolitos, a menudo en combinación con otras sustancias como alcohol o benzodiazepinas. Además de heroína, en los informes toxicológicos se mencionan regularmente otros opioides, como metadona, buprenorfina, fentanilos y tramadol, que algunos países informan que son los responsables de una parte de estas muertes por sobredosis.

En dos países, el número de muertes relacionadas con la metadona es mayor que el de las relacionadas con la heroína. En la mayoría de los casos en los que se identifica la presencia de metadona, la víctima no estaba recibiendo en el momento de la muerte tratamiento de sustitución, sino que consumía la droga en un contexto de policonsumo. Esta es una situación con la que los centros asistenciales en España están muy familiarizados. Aunque las muertes relacionadas con el consumo de drogas entre personas muy jóvenes son un importante motivo de preocupación, sólo el 10% de las muertes por sobredosis que se notifican en Europa se producen en menores de 25 años.

Normalmente, los fallecidos por sobredosis son personas comprendidas entre los 30 y los 40 años, el 78%, se notifican en hombres, y la edad media en el momento de la muerte va en aumento, lo que indica un envejecimiento progresivo de la cohorte de consumidores problemáticos de opioides.

La mayoría de los países notificaron una tendencia al alza de las muertes por sobredosis desde 2003 hasta 2008-2009, en que los niveles se estabilizaron primero, para luego comenzar a disminuir. En conjunto, en 2012, se notificaron unas 6100 muertes por sobredosis, una cifra similar a la de 2011, que supone una disminución respecto a los 7100 casos de 2009. En todo caso, la situación varía de unos países a otros y algunos se siguen notificando incrementos. De estos casos de fallecimiento, el 78% era varones y el 22% mujeres, la edad media en el momento de la muerte era de 36 años, existía presencia de opioides en el 75% de los casos y los países que más casos de fallecimiento registraron en relación al consumo de drogas, fueron Reino Unido, Alemania, Italia, España, y Francia.

2.3. Supervisión de la oferta de drogas

Aunque no es el objeto de esta tesis doctoral, el análisis de la problemática del tráfico de drogas tiene que ver con la disponibilidad de drogas en la calle, por tanto con

las futuras admisiones a tratamiento, y para su estudio hay que basarse en las siguientes fuentes de datos: incautaciones de drogas, desmantelamientos de laboratorios de producción, incautaciones de sustancias químicas precursoras, infracciones relacionadas con la oferta de drogas, precios minoristas de las drogas y análisis forenses de las incautaciones. Las tendencias pueden estar influidas por diversos factores, como el nivel de actividad de los cuerpos y fuerzas de seguridad así como por la eficacia de las medidas de prohibición y control. La información y los datos sobre nuevas sustancias psicotrópicas proceden de las notificaciones que se realizan al sistema de alerta rápida de la UE, que se nutre a su vez de datos del EMCDDA «Action on new drugs» y de las redes nacionales de Europol (ONDCP, 2012). De este informe se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a) El 77% de las incautaciones en Europa son de cannabis, seguido de un 9% de cocaína y un 4% de heroína.

b) Se observa un aumento de la disponibilidad de cannabis, así en 2012 se han realizado 635000 incautaciones, con un total de 562 toneladas decomisadas. En el mercado europeo de drogas son comunes dos productos derivados del cannabis, la hierba de cannabis, o marihuana, y la resina de cannabis, o hachís. Su consumo anual en conjunto puede estimarse en unas 2000 toneladas y dos tercios de las incautaciones en la Unión Europea se concentraron en dos países, España y Reino Unido.

c) Se constata un descenso generalizado de las incautaciones de heroína. Desde 2010 han disminuido considerablemente, habiéndose producido en 2012 unas 32000 incautaciones de heroína, con un total de cinco toneladas, siendo la más baja notificada durante la última década, equivaliendo a la mitad de la cifra de 2002, que fueron diez toneladas. Esa disminución en la mayor parte de países, ha ido acompañada, contrariamente, a un aumento de las incautaciones en Turquía, donde desde 2006, han superado todos los años las cifras combinadas de la UE.

d) Disminución del número de incautaciones de cocaína. La cantidad incautada en 2012 fue de unas 10 toneladas, superior a la del año anterior, aunque siguió muy por debajo del máximo de 120 toneladas de 2006. Los descensos más notables se observaron en la Península Ibérica. Sin embargo, recientes incautaciones de más de 2000 kg., decomisadas en los primeros días de 2015 en Galicia, pueden hacer variar esta tendencia, y situar de nuevo a España, y en particular a las alianzas entre las redes de narcotráfico entre Galicia y diversos países de Iberoamérica, a la cabeza de las incautaciones de Europa.

e) Aumento de la producción de metanfetamina. En 2012 se notificaron en la Unión Europea 7000 incautaciones de metanfetamina, con un total de 0.34 toneladas. Hubo 4000 incautaciones, con un total de 0.64 toneladas, en Turquía y Noruega, que en conjunto notificaron el doble de la cantidad correspondiente a la Unión Europea. También hay que resaltar que se ha llegado a detectar un polvo de éxtasis de elevada pureza.

f) En los últimos años se han identificado en Europa más de 50 derivados de catinonas, una nueva clase de estimulantes. El ejemplo más conocido, la mefedrona, se ha establecido en el mercado de estimulantes en algunos países.

g) En general se consigna un aumento de la diversidad de nuevas drogas. El análisis del mercado de las drogas se complica por la aparición de nuevas drogas, nuevas sustancias psicotrópicas, es decir, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas. En general, entre los adultos jóvenes, de 15 a 34 años, el consumo de cocaína es prevalente en los países del sur de Europa y en Reino Unido, el de éxtasis en Alemania y países escandinavos, del norte y del este de Europa, y el de anfetaminas, en Bélgica, Grecia y Turquía.

h) Evaluación del riesgo de las nuevas drogas. Se realizaron evaluaciones de riesgo a escala europea en algunas sustancias nuevas como la 4-metilanfetamina, en 2012, y en el 5-(2-aminopropil), 25I-NBOMe, AH-7921, MDPV, Metoxetamina indol, en 2013, AH-7921, que es un opiáceo sintético, la 25I-NBOMe, que es una feniletilamina sustituida, etc.

i) Internet es un mercado en crecimiento, que desempeña un papel cada vez más importante en la venta de drogas y que plantea retos singulares de alteración en la oferta tanto de drogas nuevas como tradicionales. El hecho de que fabricantes, proveedores, minoristas, puntos de alojamiento de los sitios web y servicios de pago se repartan entre diferentes países hace particularmente difícil su control. El uso creciente de redes anónimas, las denominadas redes oscuras, para la venta de drogas a los distribuidores y a los consumidores, agrava la dificultad para su control. Además, el software de usuario incorpora cada vez más la tecnología precisa para el acceso impune a esos sitios y abre así los mercados a un creciente número de personas. Recientemente, el gobierno de EEUU ha desmantelado uno de los portales más importantes del mundo en este tipo de actividad, creando por primera vez jurisprudencia por la sentencia de pena máxima de prisión dictada sobre su inspirador.

k) Aumento de la detección de medicamentos usados como drogas. Unas veces se venden como medicamentos, o como euforizantes legales, productos químicos en investigación e incluso suplementos alimenticios. Entre los ejemplos recientes, todos ellos utilizados por los consumidores de opioides por vía parenteral, pueden mencionarse la pregabalina, que está indicada en el tratamiento del dolor neuropático, la epilepsia y la ansiedad generalizada; la tropicamida, utilizada en exploraciones oculares para dilatar la pupila, y el carfentanilo, un opiáceo utilizado para tranquilizar a los grandes animales.

2.4. Conclusiones del Informe Europeo 2014

Las conclusiones finales que se pueden extraer del último informe europeo son las siguientes:

a) Que el consumo de heroína está en declive, pero que resulta preocupante el uso de las sustancias de sustitución. Los datos disponibles revelan una disminución continua del número de consumidores de heroína que inician tratamiento, en las muertes por sobredosis y en la infección por el VIH, aspectos históricamente vinculados a la administración de esta droga por vía parenteral. Estos aspectos positivos se ven empañados, sin embargo, por algunos datos nacionales de algunos países miembros, como la sustitución de la heroína por otros opioides sintéticos y estimulantes, la ausencia de intervenciones suficientes de reducción de la demanda, la dificultad para el acceso a los tratamientos, y la ausencia de medidas de reducción del daño.

b) Se observa una pluralidad de sustancias en las muertes inducidas por drogas. Las sobredosis siguen siendo una importante causa de mortalidad evitable entre los jóvenes europeos, a pesar de los progresos hechos en los últimos años para reducir el problema. Al mismo tiempo que se reducen en general las muertes relacionadas con la heroína, aumentan las relacionadas con los opioides sintéticos, que en algunos países superan ya a las atribuidas a aquella droga.

c) No se detecta una reducción de la presencia de nuevas sustancias. La mayoría de las sobredosis se producen en politoxicómanos, por lo que suele ser problemática la atribución de la causalidad, es decir, saber qué sustancia, en último lugar, provocó la muerte. Con la entrada continua de nuevas sustancias psicotrópicas en el mercado de las drogas, preocupa la posibilidad de que escapen a la detección de nuevas sustancias como factores contributivos a las muertes. En 2013 se notificaron al Sistema de Alerta Rápida

de la UE, 81 nuevas sustancias psicotrópicas, con lo que se elevó a más de 350 el número de sustancias controladas, y son pocos los países que disponen de sistemas sólidos de supervisión de las emergencias sanitarias relacionadas con estas nuevas drogas.

d) El cannabis sigue propiciando controversias, contrastes y contradicciones. En las encuestas de actitud en la Unión Europea, el cannabis aparece como la droga sobre la que hay una mayor polarización de las actitudes de la opinión pública. Se favorece así un intenso debate público, recientemente avivado por las modificaciones internacionales producidas en los medios de control de la disponibilidad y del consumo de cannabis, en particular tras las reformas legislativas introducidas en algunas zonas de los Estados Unidos y de América Latina. En Europa, a diferencia de otros lugares, el consumo general de cannabis parece ser estable o incluso decreciente, especialmente entre los grupos de edad más jóvenes.

Aunque se ha estabilizado el número de consumidores que inician tratamiento especializado, el cannabis es la droga que más se notifica como droga principal entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en su vida. Ha mejorado la oferta asistencial, que puede ir desde sesiones intensivas de apoyo en las que se incluye a miembros de la familia hasta intervenciones breves ofrecidas a través de internet.

Desde el año 2000, muchos países han reducido la gravedad de las penas impuestas por las infracciones asociadas al consumo o a la posesión para consumo personal. El debate europeo sobre el control del cannabis tiende a centrarse en la oferta y el tráfico, más que en el consumo. En contradicción con ello, sin embargo, desde hace una década ha crecido firmemente el número total de infracciones vinculadas al consumo y a la posesión para consumo personal de esta droga.

e) La producción y oferta de drogas es un negocio fundamental para la delincuencia organizada. La escalada del consumo ha favorecido el reconocimiento de la importancia

de la droga como fuente de dinero en efectivo para los grupos de delincuencia organizada. No obstante, ha aumentado también la importancia que se da a los costes sociales derivados, como los que se reflejan en la violencia y la comisión de otros tipos delictivos, así como en las presiones, con la posibilidades de generar corrupción, a que se ven sometidos un número importante de categorías de funcionarios públicos. En la actualidad estas redes delictivas, sigue la estrategia multiproducto, oportunista e interrelacionada, que usan las antiguas rutas del tráfico de heroína, para introducir cualquier tipo de sustancia.

f) Se observa una tendencia a la disminución del consumo de estimulantes. No es evidente que los aumentos en el contenido de MDMA observados en las pastillas de éxtasis renueven el interés de los consumidores por esta droga. Este mercado parece relativamente estable, manteniéndose la cocaína como el estimulante preferido en los países meridionales y occidentales y predominando la anfetamina en los países del norte y el este. Los indicadores de consumo de cocaína y de anfetamina muestran en general una tendencia a la baja. Las diferencias geográficas en el mercado de los estimulantes en Europa se ve respaldada por los nuevos estudios realizados en aguas residuales, cada vez mejor dotados para aportar datos sobre las conductas de consumo de drogas a escala de ciudad o de cualquier entorno concreto. La disponibilidad es un factor clave del consumo de estimulantes, así la escasez de una droga puede inducir a los consumidores a probar una sustancia distinta y en este caso adquieren una importancia especial el precio y las percepciones de la calidad.

g) Hay que tener presente los costes a largo plazo del tratamiento de los consumidores de drogas. Europa se debe enfrentar al doble reto de desarrollar respuestas eficaces a los nuevos problemas y de seguir atendiendo las necesidades de los consumidores de drogas sometidos a tratamientos de larga duración. La mayor parte de

los costes siguen vinculados a los problemas derivados de las epidemias de heroína en las décadas de los 80 y los 90 y aunque es posible que esté disminuyendo la iniciación en el consumo de heroína, la dependencia de esta droga, caracterizada por un modelo de enfermedad crónica con ciclos de recidiva e inicio de tratamiento, seguirá exigiendo intervenciones. Son un argumento de peso en favor de estas políticas, los beneficios para la salud pública resultantes y la contribución al debilitamiento del mercado ilegal. Europa tiene que atender a los antiguos y a los actuales consumidores de heroína, muchos de ellos en situación de exclusión social. Por otra parte, el envejecimiento de esta población propiciará su vulnerabilidad ante una serie de problemas de salud.

CAPÍTULO 3

EL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Los que luchan por abolir los vicios destruyen también las virtudes; pues los opuestos, aunque se destruyan entre sí, son cada uno la vida del otro.

Sir Thomas Browne

El consumo de drogas legales, alcohol y tabaco, como de algunas ilegales, cannabis, cocaína, heroína, drogas de síntesis, etc., se ha extendido ampliamente en la sociedad española durante las últimas décadas. Visto desde una perspectiva histórica, se trataba de un fenómeno nuevo, y nunca existieron niveles de tráfico y de consumo tan altos como los que existen desde los últimos treinta años. De igual modo, el surgimiento de las adicciones comportamentales tradicionales, como las ludopatías o las compras compulsivas, o más modernas, como las adicciones tecnológicas, al teléfono móvil, a internet, a los videojuegos, etc., es un fenómeno al que hay que darle una respuesta social, legal, educativa y terapéutica.

Ningún país desarrollado, y España no podía ser menos, ha quedado atrás en la aparición de esta problemática, como se ve reflejado en los distintos estudios, encuestas y en la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema ha desbordado sus capacidades, les ha producido graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en su vida familiar, o en su economía (Kendler et al., 2000), debido, entre otras razones, a las frecuentes recaídas que padecen, incluso habiendo sido desintoxicados con éxito, que les dificultan poder completar su

proceso de incorporación sociolaboral y disfrutar de una calidad de vida aceptable (Casas, 1991).

3.1. Del aislamiento al desarrollo

Según Santodomingo (2009), la sensibilidad y preocupación de los médicos especialistas españoles ante la situación asistencial de los enfermos mentales, y con ellos de los pacientes alcohólicos y toxicómanos, determinaron la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) en 1924, y de la Liga Española de Higiene Mental en 1926. Este podría ser el momento donde se podría situar el nacimiento de la moderna forma de tratar e investigar en adictología en España. Ambas instituciones incluyeron como objetivos primordiales de sus reuniones y proyectos la realización de actividades asistenciales y también preventivas, relacionadas con la adicción a sustancias. Como consecuencia directa de su actividad, en 1931 fue constituido el Consejo Superior Psiquiátrico, y en ese mismo año fue promulgada la Ley de Internamiento del Enfermo Psíquico, en la cual *la toxicomanía incorregible* fue causa explícita de ingreso psiquiátrico.

En los años 40 y 50 del s. XX, se pusieron en funcionamiento algunos Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías, aunque sus posibilidades de actuación eran limitadas. Según Santodomingo, también se creó una Unidad de Hospitalización para Alcohólicos en el Hospital Clínico Universitario de San Carlos en Madrid. Esta Unidad se formó en el Departamento de Psiquiatría, dirigido por el Prof. Juan José López Ibor, y en él se llevaron a cabo técnicas de desintoxicación en grupos de pacientes, con apomorfina y emetina, entre otras sustancias. Esta unidad, que funcionó desde 1963 a 1966, se puede considerar un caso aislado dentro del panorama general español.

Dando un salto desde la dictadura a la transición democrática, podemos ver que desde mediados de los 80 hasta principios de los 90 fue la heroína la droga protagonista,

una droga que sólo se vio frenada por fuertes campañas publicitarias y sobre todo por la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Supuso pasar de morfinómanos aislados a una epidemia de heroínómanos difícil de asimilar.

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) estimó, que entre los años 1980 y 1985 había 80000 consumidores habituales de heroína, 350000 de anfetaminas, 18000 a 21000 de inhalantes y 1900000 a 2300000 de alcohol. En las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del año 1985, el 49.8% de los encuestados sostenía que el problema de la droga era muy importante, situándolo en el cuarto lugar.

En esta época, los consumos de drogas empezaron a dejar de estar tan vinculados a grupos marginales, o a grupos claramente asociados a posiciones contraculturales, por lo que dejó de ser algo reducido y relativamente controlable.

Al inicio de la transición democrática, no existía ninguna red asistencial especializada en drogodependencias, por lo que se comprende fácilmente que el sistema sanitario del Estado se viera incapaz de tratar y absorber a un gran número de pacientes, heroínómanos especialmente, puesto que no había ni centros ni profesionales especializados en estos temas, en definitiva, imperaba el desconocimiento.

Corrían los años 80 cuando se consolida un modelo teórico para las drogodependencias basado en la psicología humanista, biopsicosocial, en su apuesta por la familia, en la moralidad, en el sentimiento de culpabilidad y en la voluntad del paciente, como los agentes rehabilitadores más potentes; un modelo relacional y de trabajo en equipos, pero carente de contrastación empírica. Para reducir los errores en los tratamientos, los procesos se abordan siempre y sin excepción dentro del equipo multidisciplinar. Esta forma de trabajo, entre otras muchas ventajas, solapa la inexperiencia y la falta de formación clínica del terapeuta, ofertando con frecuencia un tratamiento basado en el ensayo-error. Por ello, a partir de 1990, se fue pasando

progresivamente a una política de reducción del daño, estableciéndose nuevas prioridades, como incrementar el número de pacientes toxicómanos en contacto con los recursos asistenciales, implementar programas de tratamiento con objetivos parciales o de carácter paliativo, aceptar que hay pacientes que consiguen la abstinencia absoluta y otros que simplemente reducen el consumo o cambian de sustancia, facilitar los instrumentos profilácticos, jeringuillas y preservativos, para prevenir las infecciones más frecuentes entre los drogodependientes, concebir la permanencia a tratamiento como una forma de prevención, aceptar que estar a tratamiento con un sustitutivo no es sinónimo de seguir drogándose, y adecuar los recursos asistenciales de entonces, con frecuencia obsoletos, a las demandas asistenciales del futuro: programas con sustitutivos, unidades móviles, salas de consumo, programas de consumo de menos riesgo, programas de intercambio de jeringuillas, programas de prescripción de heroína, etc. (San Molina, 2005).

3.2. El Plan Nacional sobre Drogas

Un momento importante, en aquellos años, fue la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), creado en España el 20 de marzo de 1985. Fue un plan bien acogido por todas las fuerzas sociales, se adaptó pronto a la realidad del país y constituyó además un buen modelo para articular otros planes autonómicos. Actualmente, incluso los grandes ayuntamientos, disponen de sus propios planes para atender las drogodependencias, especialmente en los ámbitos preventivo y de incorporación social.

En suma, fue un hito importante para el apoyo a la red de atención a drogodependientes, que desde los años 80 había surgido espontáneamente, a través de asociaciones sin ánimo de lucro, fundaciones, ONGs, etc. Hoy en día, las que no desaparecieron, es decir las más fuertes y organizadas, se encuentran, en general,

aceptablemente insertadas en la red asistencial pública, mediante la suscripción de diferentes convenios de concertación con las Administraciones Públicas.

Una organización emblemática de aquella época que aún subsiste, es la Unión Nacional de Asociaciones de Atención al Drogodependiente (UNAD). En torno a ella, centenares de entidades se agruparon para defender mejor los derechos de los drogodependientes, así como para proteger y asegurar la financiación, potenciar la formación, vertebrar el tejido social, visibilizar adecuadamente el problema, sensibilizar a la población, etc. (UNAD, 2010).

A mediados de los años 90, el perfil de los consumidores y las pautas de consumo experimentaron algunos cambios. En aquellos años, el procedimiento indicado para el tratamiento eran los programas libres de drogas, pero pronto se observó que un número importante de toxicómanos no conseguía adaptarse a las exigencias de los tratamientos y rompía el contacto con los centros. El 54% no llegaba a iniciar el tratamiento, siendo los casos más graves en su dependencia los que no solían acudir a los servicios asistenciales (Marina, 1999).

3.2.1. Las redes asistenciales

En los primeros años se considera que el programa de tratamiento tenía que cambiar al paciente sin hacer ningún esfuerzo para ajustarse a la realidad del usuario. Es decir, el paciente tenía que adaptarse al programa y no al revés. En esta época se producen algunas innovaciones:

1. Se observó que aquellos tratamientos no eran suficientes y se comenzó a dar importancia a los programas de reducción del daño. El mejor ejemplo fueron los programas de metadona, donde se mantenía al paciente con agonistas opiáceos, diferenciándose de los programas libres de drogas, y donde el objetivo ya no era

únicamente la abstinencia, sino la reducción del daño: prevención del contagio de enfermedades infecciosas, muerte por sobredosis, delincuencia ligada al consumo, etc.

A partir de 1990, los programas de disminución del daño de corte más asistencial, mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas, comienzan a coexistir con los programas libres de drogas. Paralelamente, los planes se fueron adaptando a la realidad social, poniendo énfasis en lo laboral, en lo judicial y en la realización de planes individuales en el tratamiento. Los procesos comienzan a diseñarse de forma personalizada y se empieza a tener en cuenta la motivación del paciente y la etapa donde se encuentra, según las fases establecidas por Prochaska y DiClemente (1994).

2. También se comienza a estudiar y a tener más en cuenta la llamada patología dual, a la que antes se citaba denominándola comorbilidad. Ante el aumento de la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes, el clínico se ve frente al reto de trabajar con perfiles que comportan mayor sintomatología a causa, entre otras razones, de la mayor variedad de sustancias que han consumido y por tanto, del policonsumo. Esto significó que los centros de tratamiento comenzaron a trabajar de forma sistemática y cooperativa con la Red de Salud Mental.

En diversos trabajos se considera que el 73.4% de los adictos a la cocaína tenían un diagnóstico dual en el momento actual, destacando la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. El 49.6% de los adictos a la cocaína tenían un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Un 94.9% de estos adictos a la cocaína tenían también otros diagnósticos asociados a trastornos por uso de sustancias (Institute of Medicine, 1997).

En otra investigación, el subgrupo de adictos a la cocaína no tenía mayor prevalencia global de diagnóstico dual que el resto de los adictos, aunque sí tenían mayor prevalencia de los trastornos antisocial de la personalidad, agorafobia y por estrés

postraumático, que los adictos no consumidores de cocaína. También se comprobó que se habían iniciado de forma más precoz en el consumo de alcohol y cannabis (Arias, Szerman, Vega, Mesías, Basurte, Morant y Babin, 2012). Otro de los trastornos más estudiados durante los últimos años, cuya relación con el consumo de drogas es evidente, es el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Algunas investigaciones recientes, concluyen que el tratamiento farmacológico del TDAH en las personas con un grave trastorno por abuso de sustancias, puede disminuir el riesgo de recaída y aumentar la capacidad de estos pacientes a seguir un plan de rehabilitación no farmacológico, mejorando así los resultados a largo plazo (Bihlar, Jokinen, Bólte y Hirvikosk, 2015). Adicionalmente, en este mismo sentido, destacar que el TDAH, es un trastorno de inicio en la infancia, con una prevalencia del 1.2 al 7.3% entre la población general adulta y que la frecuencia de trastornos comórbidos es elevada en los pacientes con TDAH. Las conductas adictivas o Trastornos por uso de sustancias (TUS) son de los que mayor relevancia tienen en este sentido y la comorbilidad entre TDAH y TUS destaca por las dificultades diagnósticas, terapéuticas y de pronóstico que puede significar su asociación. Los psicoestimulantes, como el metilfenidato, son el tratamiento de primera elección en pacientes con TDAH, pero a pesar de ello, existen controversias sobre el uso de este tipo de medicamentos en pacientes con patología dual. Aunque los resultados de los ensayos clínicos realizados en esta población específica, indican que son fármacos seguros y eficaces en el manejo de los síntomas del TDAH, los estudios no han despejado la duda si pueden ser fármacos útiles en la evolución del consumo de tóxicos, aunque sí han demostrado que no incrementan la drogodependencia de base. (Ramos-Quiroga, Daigre, Bosch, Roncero, Nogueira, Gonzalvo, Sáez y Casas, 2009).

3. Una tercera innovación de esta época puso el acento en la disminución del riesgo, que no es lo mismo que la reducción del daño, ya que en el primer caso se trata de un

concepto más próximo a la prevención. Así, por ejemplo, con objeto de prevenir accidentes, estos programas destinan sus esfuerzos, por ejemplo, a evitar que las personas usen un vehículo habiendo bebido alcohol o bajo los efectos de cualquier sustancia.

4. También se ponen en marcha, no sin cierta polémica, política y social, los primeros programas de intervención en los espacios de ocio nocturno, donde la filosofía radica en que si el sujeto, casi siempre joven, decide consumir una sustancia lo haga con la mayor información sobre los riesgos que corre manteniendo dicha conducta de consumo.

5. Igualmente, se plantean nuevas demandas y retos, por ejemplo el aumento del consumo de diferentes drogas como las de síntesis, la sustitución de la heroína en gran parte por la cocaína y el cannabis, y la asociación del consumo con el ocio y lo recreativo: cada vez resulta más frecuente encontrar a consumidores de fin de semana que abusan puntualmente de las drogas sólo en esos momentos.

6. Sin embargo, a pesar de todos los aspectos negativos ligados a las drogodependencias, también hay que remarcar que una parte importante de las personas drogodependientes, están mejor integradas en la sociedad, y por tanto, más distanciadas de la marginalidad.

7. Otro importante aspecto a destacar, es el gran aumento de la investigación producida desde España en estas últimas décadas, sobre todo a partir de 1990. Aunque se partía de una producción muy baja, tres artículos en 1976, en la actualidad, la producción española representa alrededor del 10% de la UE. España es el tercer productor en este área (n=501; 10.4%), superada solamente por Gran Bretaña (n=1864; 38.6%) y Alemania (n=505; 10.5%). España se sitúa por delante de países como Francia (n=286; 5.9%) o Italia (n=347; 7.2%). Además del inglés, el castellano fue el único idioma cuyo uso creció.

El castellano es el segundo idioma más utilizado 6.8%, por delante del francés 4.5% y el alemán 4.3% (Guardiola y Sánchez- Carbonell, 2006).

3.2.2. La estrategia 2009-2016 del Plan Nacional sobre Drogas

En este contexto, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales. Aspira, además, a ser una herramienta que pueda ser usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada a desarrollar su trabajo desde su ámbito competencial, en el interés común por lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.

La estrategia incluye entre sus objetivos: garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por los consumos de drogas y reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas.

Del mismo modo, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas impulsó la elaboración de un Plan de Acción para el período 2009-2012. Entre las acciones de este Plan, se incluían: normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes, reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas, favorecer la extensión y accesibilidad a los programas de tratamiento sustitutivo; y potenciar el desarrollo de programas específicos de reducción del daño.

La Estrategia reconoce los importantes cambios habidos en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno en los últimos años, con el propósito de afrontar con garantías de éxito los retos planteados, entre los que figuran: los cambios en los perfiles de los consumidores de sustancias psicoactivas, el patrón de

policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y el envejecimiento de consumidores problemáticos. También la relación, cada vez más estrecha, entre el consumo y los espacios y tiempos de ocio, la aparición de nuevas sustancias que se están introduciendo en el mercado, y el incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas que produce una considerable demanda de atención a la patología dual (SEIC, 2002) .

También tuvo en su momento, una importancia relevante el fenómeno de la inmigración y su impacto en la sociedad española, con los cambios correspondientes en aspectos sociales, culturales e, incluso, económicos. Igualmente la estrategia revela la creciente importancia del tráfico de drogas en el escenario del crimen organizado, las interrelaciones cada vez más frecuentes entre las organizaciones de narcotraficantes y las que cometen otros tipos de actos delictivos, y la tendencia de los actuales grupos delictivos a la multicriminalidad organizada. Por otra parte, apoya el necesario impulso a la investigación en todos los campos de las drogodependencias y su transferencia a la práctica, así como las modificaciones que se deban realizar en las redes asistenciales, desde que se completó el proceso de transferencias de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas. Por último, insiste en la necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo. Asimismo, esta Estrategia incorpora la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir y promueve, por tanto, su inclusión y extensión en el diseño y la planificación de las distintas intervenciones a realizar en todos los ámbitos de actuación (PNsD, 2009).

Una última consideración que urge exponer, es que observando este desarrollo y teniendo en cuenta el contexto actual, es fácil darse cuenta que con el paso de los años se va dando más importancia a la evaluación de los programas, a la calidad de las

intervenciones y a la prevención. En relación a la investigación, la Estrategia Europea 2005-2012 señala como objetivo: “una mejor comprensión del problema de la droga y el desarrollo de una respuesta óptima al mismo, mediante una mejora apreciable y sostenible de la base de conocimiento y de su infraestructura”. En cuanto a España, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como objetivos “incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo, su prevención y tratamiento, y potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones”. Por último, cabe señalar la importancia dada a la prevención del consumo, que es considerada como el ámbito clave sobre el que se apoya la Estrategia 2009-2016 (PNsD, 2009).

Se pone por tanto de manifiesto la necesidad de evaluar los programas, procurar su validez y eficacia, poder entender y conocer a nuestros pacientes en la máxima medida y, por otro lado adaptarnos a los cambios que se están originando continuamente y así, sentado lo anterior, desarrollar nuevos tratamientos o realizar ajustes en los programas que se desarrollan en la actualidad, ya que en definitiva no se trata tanto de aumentar en cantidad la red asistencial, como de avanzar y continuar en su mejora.

3.3. La sociedad española ante las drogas

Ciertamente, el problema de las drogas ha existido siempre, pero hemos de señalar que en nuestra sociedad, según los sondeos y estudios, fue una de las mayores preocupaciones hasta hace dos décadas. Sin embargo, a partir del año 2000, en las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) se refleja que para la sociedad, las drogas han dejado de figurar entre las primeras preocupaciones de los españoles. Como ejemplo, basta decir que en el Barómetro del mes de febrero de 2015 del CIS, el paro

figura como la mayor preocupación de los españoles con una puntuación de 78.6, frente a las drogas, que aparecen con una valoración de 0.3 (CIS, 2015).

Inmersos en este panorama de escasez recursos y conocimientos, España se encontró de golpe con un problema casi desconocido hasta la transición democrática, y dadas las condiciones de entonces, es evidente que había ningún estamento suficientemente preparado para enfrentarse a las dificultades que se avecinaban.

El caso español fue algo excepcional, por pasar en poco tiempo de una cierta ingenuidad y precariedad, a situarse frente a una epidemia; en los primeros años de lo que se conoció como epidemia de la heroína, el desconocimiento sobre cómo tratar a estos pacientes casi era generalizado, los servicios sanitarios se vieron desbordados y a nadie se le escapa que en muchas ocasiones se juntó la falta de experiencia con el miedo a tratar a estas personas, pues era conocido que el drogodependiente frecuentemente podía causar problemas. La imposibilidad, en ciertas ocasiones, de contener a estas personas, y el rechazo a tratarlos en otras, propiciará el fuerte desarrollo en España de diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, e incluso la creación de redes asistenciales paralelas.

Las entidades que germinaron en aquellos años, que en gran parte soportaban la respuesta al problema, eran centros escasamente profesionales, centros con un fuerte espíritu de voluntariedad, que no les quedaba más remedio que subsistir con pequeñas subvenciones, lo que explica que su expansión se debiera a que eran, y siguen siendo, muy baratas para las Administraciones Públicas.

En definitiva, se trataba de un problema complejo, que afectaba a toda la sociedad en su conjunto, que repercutía en números ámbitos, como el sanitario, el judicial, o el educativo, que oscilaba entre el mantenimiento de políticas prohibicionistas o liberales, y al que en líneas generales, aunque con retraso, se le supo dar, una respuesta adecuada.

3.4. El Observatorio Español sobre Drogas (OED)

La función primordial por la que se crea el Observatorio Español sobre Drogas (OED) es para ofrecer a la administración y a la sociedad en general, una visión global de la situación, tendencias y características del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados en España.

Para ello emplea diferentes metodologías de recogida de datos y varias fuentes. La información, una vez analizada y contextualizada, debe servir de apoyo para que los responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores puedan tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos. De una manera más detallada entre sus objetivos se encuentran: disponer de un sistema de información que permita evaluar la situación de los consumos de sustancias psicoactivas, los efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencias futuras, actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales, difundir la información a través de la publicación de informes periódicos, promover investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos, asesorar a diferentes instancias políticas e institucionales acerca de las prioridades existentes en materia de drogas y las posibles medidas a adoptar y mantener la colaboración y coordinación con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) facilitando la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible con otros Estados de la Unión Europea.

El OED actúa como punto focal en España de la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías (REITOX), facilitando toda la información disponible de España. Asimismo se encarga de la difusión en España de la información y de las publicaciones

relativas al conjunto de los Estados de la Unión Europea que integran el OEDT, y que se mencionaron en el capítulo anterior.

3.5. Accesibilidad, demanda y disponibilidad de tratamiento

Estos tres conceptos son claves para conseguir que un territorio pueda abordar eficazmente la problemática de la asistencia en drogodependencias.

3.5.1. Accesibilidad al tratamiento

Una de las condiciones más importantes para realizar un correcto abordaje asistencial de las drogodependencias, es que no existan barreras que dificulten la accesibilidad a los tratamientos por parte de los pacientes. Los trastornos adictivos son enfermedades crónicas, con tendencia a la recidiva, con importantes repercusiones personales, familiares y sociales, pero que a pesar de ello pueden tratarse de forma eficaz. Por ello es importante que las personas con problemas derivados del consumo de drogas, puedan acceder a los servicios de tratamiento y de rehabilitación, con una fácil accesibilidad, gratuidad y rapidez.

El estudio IATPAD (Estudio para la Mejora del Acceso a Tratamiento en personas con problemas de Alcohol y otras Drogas), es un estudio europeo cuyo objetivo fue detectar barreras y facilitadores del acceso a tratamiento de pacientes con trastornos relacionados con alcohol y drogas. Se trató de un estudio multicéntrico, transversal, en Cataluña, en el que se evaluaron los tres puntos principales de entrada a tratamiento: Psiquiatría General (CSMA), Centros de Atención a Adicciones (CAS) y Centros de Atención Primaria (CAP). La muestra de centros fue seleccionada de forma aleatoria (Gilchrist, Fonseca y Torrens, 2011).

Se utilizó la Escala de Condición Médica (ECM) para evaluar la consideración del personal hacia pacientes con problemas de alcohol y drogas. Se detectaron diferencias según el tipo de centro en la consideración hacia pacientes con problemas de alcohol, drogas y depresión (Magidson, Wang, Lejuez, Iza y Blanco, 2013). Los profesionales de los CAS presentaban mayor consideración hacia los pacientes adictos que los profesionales de CSMA o CAP. El formulario, que debía ser contestado por el coordinador del centro, incluía: descripción de la cartera de servicios, los perfiles de pacientes y profesionales, las listas de espera y el horario de atención a los pacientes.

A continuación, a una muestra de conveniencia de 187 profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales,...) de los centros seleccionados en la fase previa se les solicitó que completaran la ECM (Escala de condición médica). La ECM es una escala de actitudes referentes al trabajo con pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, depresión y diabetes. La ECM es un instrumento válido y fiable que consta de 11 ítems para valorar los sesgos, las emociones y las expectativas generadas por la consideración hacia una determinada patología. La puntuación máxima es de 66, máxima consideración, y la mínima de 11, menor consideración.

Por otra parte, a la hora de describir las barreras y los facilitadores potenciales según el tipo de centro para acceder a un tratamiento de adicciones, se encontraron los siguientes indicadores: número de días abierto cada semana, número de horas abierto cada semana, horas abierto en días laborables, horas abierto los fines de semana, tiempo medio de espera para la primera cita, y tiempo medio de espera para continuar el tratamiento desde la primera cita.

En este estudio se constata que la consideración de los profesionales era menor hacia los pacientes con trastorno por uso de sustancias, especialmente drogas diferentes

del alcohol, comparado con los pacientes con otras enfermedades como depresión o diabetes.

Estos resultados eran especialmente evidentes en el grupo de atención primaria. Estos resultados son consistentes con otros estudios en los que se describe como los médicos generales consideran que su formación no es adecuada para detectar y tratar este tipo de pacientes o bien que no disponen de suficiente tiempo para atenderlos de forma adecuada.

Entre las barreras que dificultan el acceso al tratamiento, algunas provienen del propio paciente, como la falta de motivación, la creencia de que uno mismo puede manejar el problema sin necesidad de tratamiento, o que los tratamientos que se ofrecen son de escasa calidad y no son efectivos. Otras barreras provienen de la organización asistencial: complejidad en los mecanismos de admisión a tratamiento de estos pacientes, escasa empatía por esta patología, saturación de los dispositivos asistenciales, desconocimiento de los servicios de tratamiento, dificultades de accesibilidad geográficas, y las actitudes negativas de los trabajadores de la salud respecto de los trastornos adictivos que pueden influir no sólo en la calidad de la atención, sino también dificultar el acceso al tratamiento de estos pacientes. Por último, entre los factores relacionados con un mejor acceso a tratamiento, se encuentran la necesidad de tratamiento percibida por el paciente, la gravedad del problema, el funcionamiento social y el apoyo social para la abstinencia.

Otros estudios similares destacan la opinión de que estos pacientes deben ser atendidos en centros especializados. Hay que destacar también la importancia de la motivación personal para acceder a tratamiento. Diferentes estudios han demostrado cómo mediante técnicas de entrevista motivacional se mejora la vinculación y la adherencia a los servicios de adicciones.

La formación y el aprendizaje de los profesionales sobre las diferentes puertas de entrada, y la aplicación de las técnicas motivacionales, permiten mejorar la vinculación de pacientes a tratamiento. Se puede concluir que esta mejora de las actitudes y de las alianzas terapéuticas de los profesionales hacia los pacientes con este trastorno, resultan fundamentales para poder obtener unos resultados satisfactorios.

Por otra parte, cuando se analizan las diferencias en cuanto al género, se observa que para el alcohol, las profesionales mujeres, presentan una menor consideración hacia estos pacientes. En la literatura ha sido escasamente estudiado el efecto del sexo del profesional en la relación médico-paciente. Se han descrito diferencias en la práctica entre médicos hombres y mujeres; en una revisión reciente se describe como las profesionales mujeres ofrecen más servicios preventivos y consejo, mientras que los hombres dedican más tiempo a recoger la historia clínica y la exploración física. Las principales implicaciones para el tratamiento tienen que ver con la constatación de actitudes negativas de los profesionales y la necesidad de mejorarlas en todos aquellas personas que decidan trabajar con pacientes con problemas de adicciones.

Una revisión reciente muestra como la cultura de una determinada organización puede tener un importante impacto en las actitudes de los profesionales hacia los pacientes con problemas por uso de sustancias, y cómo se pueden producir cambios en la práctica tras recibir la formación adecuada. De todas formas, no sólo la formación de los trabajadores es necesaria, ya que las actitudes también están relacionadas con el entorno cultural y los recursos institucionales (Gilchrist, Fonseca y Torrens, 2011).

3.5.2. Demanda de tratamiento

España dispone de una información anual, desde 1997, sobre el indicador de “Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”, siendo 2011 el

último año disponible, debido al retraso en la recepción de información remitida desde las CC.AA. y a la posterior elaboración de la memoria correspondiente. Este indicador se corresponde con el “Treatment Demand Indicator” (TDI) del OEDT.

El protocolo del TDI ha sido actualizado por el OEDT en 2012, los datos que se presentan a continuación siguen el protocolo anterior. En este momento se está procediendo a actualizar el protocolo español para adaptarlo al europeo, y está previsto utilizarlo en el año 2014. Durante el año 2012 se ha mantenido vigente la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 aprobada por el Consejo de Ministros, el 23 de enero de 2009.

En relación a los resultados, del Indicador Admisión a Tratamiento, se observa que en 2011 una disminución global del número de personas admitidas con respecto a 2010, con un descenso aproximado del 6%, que algo más de la mitad de los admitidos lo son por primera vez en su vida, para esa sustancia en particular y que no se observan cambios llamativos con respecto a 2010, aunque hay que resaltar que la presencia del cannabis es cada vez mayor, tanto en el conjunto de las admisiones, tercer lugar, por detrás de cocaína y heroína, como en las primeras admisiones, segundo lugar, por detrás de la cocaína y con tan solo cuatro puntos porcentuales de diferencia. Se identifica un aumento de la presencia de la ketamina como sustancia que motiva demandas de tratamiento, aunque se trate aún de pocos casos.

3.5.3. Disponibilidad de tratamiento

Todas las organizaciones públicas, sobre todo las de carácter estatal o autonómico, disponen de un protocolo de trabajo denominado Indicador de Admisiones a Tratamiento por abuso dependencia de sustancias psicoactivas. En dicho protocolo se incluyen criterios operativos de inclusión y exclusión de episodios, criterios para seleccionar los

centros que participan en la notificación, definiciones y criterios para clasificar las distintas variables, así como detalles sobre los instrumentos, el circuito de recogida y transmisión de la información, y sobre la cobertura del indicador.

3.5.3.1. El Indicador de Admisión a Tratamiento

El Indicador de admisión a tratamiento (IAT) es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en toda España, y que existe desde 1987. Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador urgencias hospitalarias relacionadas con drogas y el Indicador mortalidad por reacción aguda a drogas (Freixa, Masferrer y Sala, 1988).

El indicador admisiones a tratamiento en su versión actual (Protocolo 2003 - España) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas enumeradas en un anexo del protocolo en una Comunidad Autónoma y en un año dado. Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión. Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para este indicador sólo se considerará la primera admisión de ese año excluyendo, en el ámbito autonómico, los episodios repetidos con ayuda de un código de identificación personal (CIP) formado por las dos primeras letras de los dos apellidos, la fecha y provincia de nacimiento y el sexo.

El valor del indicador a nivel estatal se determina mediante la suma de las admisiones a tratamiento registradas en cada una de las comunidades autónomas, pero como los CIP no se transmiten al nivel estatal, no se pueden separar los episodios

repetidos de admisiones de la misma persona durante el mismo año en dos o más comunidades autónomas diferentes. Aunque la información disponible indica que esta situación es poco frecuente, puede dar lugar a una pequeña sobrestimación del indicador a nivel estatal.

Se dispone de un programa informático para el indicador que utilizan la mayoría de las comunidades autónomas y que permite grabar los datos con una serie de controles lógicos y de rango, separar los episodios repetidos y exportar los datos en un formato adecuado para su envío a la unidad estatal. En cuanto al ámbito geográfico, es nacional, y el ámbito temporal es anual, del 1 de enero a 31 de diciembre del año en cuestión.

Para interpretar los datos del indicador de forma adecuada, hay que tener en cuenta que, aunque sus elementos básicos han permanecido estables desde su creación, y, por lo tanto, se pueden elaborar estadísticas comparables en el tiempo, el indicador ha sufrido tres modificaciones desde 1987. Hasta 1990 sólo se recogía información sobre opioides o cocaína. Además, no era posible conocer si la persona admitida a tratamiento había sido tratada previamente por la misma droga principal, la que motiva el tratamiento, o era el primer tratamiento en su vida, ni cuál era la vía de administración principal de dicha droga.

Por ello, en 1991 se introdujeron algunas modificaciones que permitieron solventar estas dos últimas limitaciones y, en 1996, entraron en vigor otras, consistentes básicamente en recoger información sobre las admisiones provocadas por cualquier sustancia psicoactiva, excluyendo el tabaco y alcohol, y no sólo por opioides o cocaína, e incluir por primera vez variables para conocer el nivel de estudios, la situación laboral principal en los 30 días previos al tratamiento, el tiempo transcurrido desde la última inyección de una sustancia psicoactiva, y el estado serológico frente a VIH.

Finalmente, en 2003 entró en vigor un nuevo protocolo metodológico del indicador admisiones a tratamiento, elaborado con el fin de adaptarlo al estándar europeo TDI promovido por el OEDT y para corregir algunas disfunciones observadas.

3.5.3.2. Estructura del Indicador de Admisiones a Tratamiento

- **Crterios de notificación**

En el IAT solamente se notifican como episodios de admisión a tratamiento cualquiera de las situaciones siguientes: la primera vez que se atiende a un paciente en un centro notificador determinado y se le abre historia clínica, médica, social y psicológica, en presencia de un técnico cualificado (médico, psicólogo, diplomado en enfermería, asistente social, etc.), con el fin de iniciar un proceso de tratamiento por el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, aunque ese tratamiento no fuera el primero que realice ese consumidor dentro la red de centros que notifican al indicador.

Se notifican las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, incluidos los tratamientos con sustancias sustitutivas opioides, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento. En el caso de los tratamientos con sustitutivos, no se considera como droga principal la que se ha utilizado terapéuticamente en el programa de mantenimiento, por ejemplo, metadona, sino la sustancia cuyo abuso o dependencia motivó el primer tratamiento, generalmente la heroína. El paso de un programa de mantenimiento con sustitutivos a otro libre de drogas sin interrupción temporal del tratamiento se considera como un solo tratamiento.

En segundo lugar, también se notifica la readmisión a tratamiento en el mismo centro, considerando readmisión como una admisión a tratamiento de una persona que ya había realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y que los había finalizado por alta terapéutica, expulsión o abandono. Los criterios de alta

terapéutica, expulsión y abandono, seis meses sin que el paciente contacte con el centro, se describen en el protocolo del indicador.

En tercer lugar, la continuación de un tratamiento iniciado, por razones de urgencia o por otras razones, en servicios que no notifican al indicador, como hospitales, centros de salud o centros de asistencia social y que, posteriormente, acuden a un centro notificador para continuar el tratamiento.

Y por último, la admisión a tratamiento de personas afectadas por una situación judicial o administrativa, como la remisión condicional de la pena, la excarcelación para cumplir la pena en un centro de tratamiento, en comienzo o continuación de un tratamiento en sustitución de una sanción administrativa, el tratamiento de una persona en tercer grado del régimen penitenciario, etc.

- ***Criterios para la no-notificación***

En cambio, no se notifican como admisiones a tratamiento las siguientes situaciones: los meros contactos personales o telefónicos para pedir información o tratamiento, ni las demandas que pasan a la lista de espera, los contactos con el único fin de solicitar ayudas o prestaciones sociales, ni los tratamientos con el único objetivo de tratar las complicaciones orgánicas relacionadas con el consumo de drogas, por ejemplo, el tratamiento de una sobredosis, un síndrome de abstinencia o una infección, ni las intervenciones consistentes exclusivamente en intercambiar jeringuillas u otro material de inyección, distribuir preservativos o aconsejar sobre técnicas de consumo y sexo seguros, ni los tratamientos con pernocta en unidades de hospitalización, hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, residencias, etc.

Aunque sería deseable que pudieran notificar todos los dispositivos que potencialmente realizan en España tratamientos del abuso o dependencia de sustancias

psicoactivas, como los centros de atención primaria de salud, hospitales, clínicas privadas, etc., la inclusión de todos es difícil y costosa. Por eso, en la práctica se incluyen los centros, servicios o programas públicos o privados subvencionados o concertados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

En general, no se incluyen como centros notificadores aquéllos que realizan únicamente tratamiento en régimen de ingreso o internamiento, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, algunos hospitales o servicios psiquiátricos, porque se piensa que la mayoría de los dependientes tratados en estos centros han sido derivados desde centros ambulatorios notificadores. La cobertura del IAT con respecto a los centros públicos o privados subvencionados que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o la dependencia de drogas ha sido prácticamente total desde la puesta en marcha del indicador y, teniendo en cuenta las características del sistema sanitario en España, es difícil que una parte significativa de tratamientos por drogas psicoactivas se realice en centros exclusivamente privados, aunque la proporción podría ser mayor en el caso de la cocaína y el cannabis que en el caso de los opioides.

En cuanto al circuito de recogida y transmisión de información, los centros de tratamiento seleccionan los episodios de admisión a tratamiento y los notifican como un registro individualizado a las unidades autonómicas en papel o en formato electrónico. En las unidades autonómicas se validan y depuran los datos y se extraen los casos que han de enviarse a la unidad estatal separando los episodios repetidos dentro del año. El envío se realiza como un fichero electrónico agregado. En la unidad central se recibe la información, se ajusta la estructura de los ficheros, que no siempre es la misma, se vuelven a validar y depurar los datos, se tabula y se analiza la información (Sánchez-Niubó et al. 2009).

Respecto de la recogida de datos, procede del antiguo SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías). En la actualidad el SEIT pasó a formar parte del Observatorio Español sobre Drogodependencias, con la denominación de Sistema de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD), ampliándose el número de indicadores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987).

Las variables que se recogen en el protocolo de notificación son tienen que ver con perfil sociodemográfico, droga principal por la que es admitido a tratamiento, frecuencia de consumo de droga principal, año de inicio en el consumo de droga principal, tratamiento previo por la misma droga, vía más frecuente de administración de droga principal, otras drogas consumidas en 30 días previos, tiempo transcurrido desde última vez que se inyectó drogas, y estado serológico frente al VIH.

Las tablas de resultados que se pueden obtener de los datos acumulados son: admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma, números absolutos y tasa por 100000 habitantes, evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína y cocaína, admisiones a tratamiento por abuso o dependencia, números absolutos de cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos, proporción de tratados por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, evolución de la edad media de admisión a tratamiento y de la edad del primer consumo entre los tratados por heroína y cocaína, distribución de los tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de dicha droga, números absolutos y porcentajes, proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral, y proporción de tratados por primera vez por abuso o dependencia de heroína

Para determinar el diagnóstico de dependencia y abuso se seguirán los criterios de los profesionales que realicen la admisión a tratamiento, aunque suele aplicarse algunas de las dos principales clasificaciones internacionales en vigor, el DSM-5 o la CIE-10.

En 2011, se registraron en España 50281 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, excluyendo alcohol y tabaco, por debajo de las 53508 de 2010 y de las 52549 de 2010. El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo, manteniéndose, en los últimos años, un nivel bajo de las admisiones por heroína y observándose un aumento de las admisiones por cocaína y por cánnabis. Los datos más relevantes se reflejan en los siguientes apartados:

- ***Admisiones a tratamiento según tipo de droga***

En cuanto al peso que cada droga ha representado en 2011, sobre el número total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, se observa que la cocaína es la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (40.4%) del total, seguida de los opioides (29.7%), y del cannabís (25.6%).

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida, las diferencias a favor de la cocaína son aún mayores. En este caso, la cocaína es la droga que causó más primeras admisiones (42.5%), seguida del cannabís (38.9%), y los opioides (13.2%). Como viene ocurriendo desde años anteriores, el consumo de cánnabis es el responsable de la mayoría (93%), de las admisiones a tratamiento en menores de 18 años de edad. Para los nacidos fuera de España, en el año 2011, la cocaína se consolida como la sustancia para la que hay mayor número de demandas de tratamiento (36.5%), seguida de los opioides (31%).

- **Características sociodemográficas y de consumo de drogas**

Al igual que en años anteriores, en 2011, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones, es decir, el 84.2% de la totalidad de los admitidos. También como en otros años, la presencia de mujeres es más alta entre los admitidos por abuso o dependencia de hipnosedantes que entre los admitidos por el resto de las drogas, aunque sigue habiendo mayor número de admitidos varones en todas las sustancias. El 8% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrando diferencias en función del género.

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33 años para el conjunto de las admisiones, para ambos sexos, similar a la de años anteriores y de 30.3 años para las primeras admisiones. La edad media varía en función de la droga principal, así, la edad media de las personas admitidas por heroína fue de 39,3 años, por hipnosedantes, 38.6 años, por cocaína, 33.9 años y por cannabis, 25.3 años.

El nivel de estudios de los pacientes admitidos a tratamiento ha mejorado ligeramente con el tiempo, pero sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento y solamente el 53.1% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 48.4% de los admitidos por cannabis tenían completos sus estudios secundarios.

Con respecto a la situación laboral, la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (41.16%), fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (19.7%), y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (21.7%), superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

En España la gran mayoría (84.9%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares, casas, pisos o apartamentos. En 2011, la

proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones era del 9.1% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable, viviendo en la calle, del 2%. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen, con los padres, o la familia propia, con cónyuge y/o hijos. También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. Vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (23.2%) que entre los admitidos por cánnabis (7.1%) o cocaína (8.9%) y sucedía lo contrario con la proporción de pacientes que viven con la familia de origen o la propia.

En relación a la fuente de derivación, casi la mitad (44%) de los pacientes inició tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, y el sistema público de salud derivó aproximadamente a un tercio de los admitidos (27%).

Entre los admitidos a tratamiento está fuertemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mayor parte de los admitidos, (62.3%), había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento durante los 30 días previos a la admisión. Solo el 37.7% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento. El 34.4% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga, el 19.4% consumió dos drogas, el 6.5% admitió consumir tres drogas y el 2% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron la cocaína y el cánnabis, y entre los admitidos por cocaína lo fueron el alcohol y el cánnabis.

Casi la mitad (51.8%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España, recibieron tratamiento por esa sustancia en concreto por primera vez en su vida, proporción que fue mucho más baja entre los admitidos por heroína (22.2%) que entre

los admitidos por cocaína (54.6%), cannabis (78.9%), anfetaminas (61.9%) o éxtasis (80.4%).

- ***Vía de administración predominante de las sustancias de abuso***

La vía de administración predominante de la droga principal entre el total de los admitidos a tratamiento por consumo de heroína, durante los 30 días previos al inicio de tratamiento, fue la pulmonar o fumada que alcanzó la cifra de 72.3%, seguida de la inyectada, 18.9%, y de la intranasal o esnifada, 5.9%.

Con respecto a los años ochenta en que, independientemente del uso de otras vías, el uso de la vía inyectada como vía predominante de administración de la heroína era prácticamente universal entre los consumidores de esta sustancia, se ha producido un cambio radical en la vía predominante de administración y, actualmente, es la vía pulmonar o fumada la de uso más frecuente.

De este modo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína que usa la inyección como vía más frecuente, o principal o preferente, de administración pasó de 8232 en 1992, año en que se registró la cifra más elevada, a 365 en 2011 y, aunque pudiera parecer que se trata, únicamente, del efecto de la disminución del número absoluto de admitidos, por primera vez, por consumo de heroína, este cambio se confirma al comprobar cómo la proporción que representaron estas personas sobre el total de admitidos por heroína pasó de 42.9% en 1992 a 12.8% en 2011.

- ***Resultados por tipo de droga***

1. Heroína: el número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 14925 en 2011, lo que supone el valor más bajo desde que se inició el registro de este indicador. Este descenso, se justifica tanto por la disminución del número de personas

admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia, 11021 personas, como por la disminución del número de primeras admisiones por el mismo motivo. En ambos casos, suponen las cifras más bajas desde 1991. Las estimaciones que se realizan en la actualidad nos confirman que la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150000 consumidores, descendiendo en los años posteriores (Sánchez-Niubó, Fortiana, Barrio, Suelves, Correa y Domingo-Salvany, 2009).

2. Cocaína: el número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína fue de 20335 en 2011, lo que representa el 40.4% del total de admisiones registradas en este año. El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual, últimos 12 meses y reciente, últimos 30 días, obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años). Sin embargo, desde 2005 hasta 2011, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15258 a 10637 respectivamente.

Estos datos muestran una cierta correspondencia con la fase de estabilización del consumo en 2007 y con el descenso de las prevalencias recientemente registrado en la encuesta ESTUDES 2012 (14 a 18 años) y EDADES 2011 (15 a 64 años). Por otra parte, el número de admisiones por abuso o dependencia de cocaína con tratamiento previo por esta droga muestra también una ligera tendencia descendente, recientemente iniciada en 2011, tras haber permanecido estable en 2009 y 2010. No obstante habrá que esperar algún tiempo para determinar si este descenso es relevante.

3. Cannabis: el número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2011 fue de 12873, lo que supone el 25.6% del total de admisiones a

tratamiento por consumo de drogas en ese año. El número de admitidos a tratamiento por consumo de cánnabis ha seguido una tendencia ascendente que, en los últimos años, ha sido muy pronunciada. De hecho, ha pasado de suponer el 10.9% del total de las admisiones a tratamiento en 2005 al 25.6% en 2010. Este aumento se produce a expensas del incremento del número de personas que han acudido, por primera vez a tratamiento. Aunque en menor medida, también se registra un aumento del número de admisiones a tratamiento entre las personas que ya han recibido tratamiento por esta sustancia con anterioridad.

Estas cifras son compatibles con el elevado peso que suponen las demandas de tratamiento por cannabís entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en España. Así, el 93% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2011 en nuestro país, lo han hecho por problemas con el consumo de cánnabis.

Este ascenso es perfectamente compatible con el contexto actual de prevalencias de consumo de cánnabis tanto en la población general como entre los estudiantes de enseñanzas secundarias. No se debe olvidar que, a pesar de haber mostrado una estabilización en las ediciones de 2011 y 2012, el cannabís es la droga ilegal más consumida por ambas poblaciones en España.

3.6. El consumo de alcohol en España

Al hablar de drogas en España resulta obligatorio dedicarle un apartado especial al consumo de alcohol, considerando esta sustancia como la droga no sólo más consumida sino la que más problemas de todo tipo genera. Estudios recientes, a partir de la revisión de los principales artículos científicos e informes, así como del análisis de algunos datos secundarios, evaluaron los problemas relacionados con el consumo de alcohol en España

entre 1990 y 2011. En este último año, pudieron ser atribuibles al consumo de alcohol el 10% de la mortalidad total y aproximadamente el 30% de la mortalidad por accidentes de tráfico en la población de 15 a 64 años, en la que al menos el 0.8% padecía trastornos por consumo de alcohol, el 5% podía tener problemas que necesitaban evaluación y aproximadamente el 20% había tenido alguna intoxicación etílica aguda (IEA) en el último año. Las IEA supusieron aproximadamente el 0.5-1.1% de las urgencias hospitalarias y los costes sociales totales del consumo de alcohol podrían representar el 1% del producto interior bruto. La probabilidad de daños relacionados con el consumo de alcohol es bastante mayor en hombres que en mujeres, situación que apenas ha cambiado en los últimos veinte años. Los daños relacionados con alcohol han seguido una tendencia descendente, excepto la IEA. En el período 1990-2011 la tasa estandarizada de mortalidad relacionada con consumo de alcohol disminuyó hasta la mitad (Pulido, Indave-Ruiz, Colell-Ortega, Ruiz-García, Bartroli y Barrio, 2014).

El número de pacientes que desde 2005 comenzaron algún tratamiento por alcoholismo no ha parado de aumentar hasta 2011, pasando de 18950 a 29014 respectivamente. El 78,6% lo hicieron sólo por alcohol, en el resto había más de una droga implicada. Por otra parte, la proporción de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, que ha consumido otras drogas ilegales durante los treinta días previos a la admisión en 2011 fue de 64% para la cocaína, 52% cannabis, 9% hipnosedantes y 6.5% opiáceos.

En 2015, hay que dar respuestas eficaces al problema del alcoholismo, y es habitual adaptar la demanda de los pacientes a la oferta de tratamientos disponibles y no al revés, con lo que ante situaciones nuevas se van probando remedios viejos (Monrás, 2001). Por ello, es preciso replantearse, a corto plazo, las estrategias de tratamiento, para poder atender correctamente a los diversos subgrupos de alcohólicos que aparecen en la

actualidad, afectados entre otros problemas, por una serie de severos trastornos psiquiátricos (Casas y Guardia Serecigni, 2002).

Se observa una proporción cada vez mayor de pacientes jóvenes con poca dependencia y con patrones de abuso o consumo compulsivo, que pueden presentar comorbilidad psiquiátrica y que se benefician poco de los tratamientos orientados a la abstinencia total. También se constata un progresivo aumento en la proporción de pacientes ancianos que antes no se detectaban, que tienen un mayor riesgo de dependencia combinada a BZD, muchas veces yatrogénica, pero que al mismo tiempo están más conservados psíquica y físicamente gracias a la mayor detección y cuidados sanitarios y a la vez, un número importante, acumulativo y cada vez de mayor edad, de pacientes alcohólicos cronicados, con deterioro social y psicológico importante que no consiguen estabilizar un mínimo su abstinencia a pesar de las readmisiones a tratamiento.

Otro grupo que preocupa, es el de pacientes orgánicamente muy graves, por ejemplo candidatos a trasplante hepático, o con complicaciones derivadas de la VHC, que anteriormente no llegaban a los programas de tratamiento del alcoholismo.

En otro orden de cosas, muchos países de Europa, como el Reino Unido, experimentan en la actualidad un serio problema con el alcohol, como demuestra el acusado incremento de los porcentajes de mortalidad por cirrosis hepática y la extensión de las enfermedades y los problemas relacionados con el alcohol entre la gente joven. Se critica habitualmente que los gobiernos se preocupan más por apoyar los beneficios de la industria del alcohol que por introducir medidas efectivas para limitar los daños causados por sus productos. La clave es la oposición de los gobiernos al rechazo de la «teoría de la población total» en la prevención de los problemas con el alcohol, que afirma que si se desean reducir los perjuicios causados por el alcohol en una población determinada, el consumo medio de esa población total debe reducirse. La alternativa que proponen es la

reducción del daño, donde el objetivo de las políticas es limitar o reducir el perjuicio entre aquellos que ya sufren, o se hallan en riesgo de sufrir, problemas por el abuso o la dependencia al alcohol. Al final el espíritu gubernamental reconoce que el consumo de alcohol da lugar a beneficios y costes y, por tanto, no pretende eliminar el consumo de alcohol en la población total, sino que se centra, solamente en la prevención, reducción y tratamiento de los perjuicios causados por el abuso del alcohol.

La consecuencia general de esta opción es que la mayoría de las medidas propuestas para prevenir los problemas del alcohol, como los programas educativos en las escuelas, los códigos publicitarios voluntarios, los programas para conductores, etc., han tenido poco o ningún apoyo, mientras que las medidas que los estudios han demostrado que eran efectivas, como el aumento de impuestos sobre el alcohol, restricciones de la disponibilidad, pruebas aleatorias de alcoholemia, etc. se ignoran. Se acepta unánimemente que existe una clara asociación entre precio, disponibilidad y consumo, y hay que seguir investigando para conocer el impacto real causado por la introducción de políticas específicas en un contexto social y político concreto (Heather, 2006).

Existen evidencias que indican que en las dos últimas décadas los patrones de bebida han variado en España, al igual que en otros países del área mediterránea. Mientras los consumos medios se estabilizaron e incluso se observa una tendencia leve a la disminución, la estructura de bebidas consumidas ha cambiado. Progresivamente, España también tiende a consumir alcohol según el patrón global vaticinado por Edwards (1994), con la cerveza como primera bebida y los licores después, superando ampliamente los patrones locales de consumo. También ha variado la estructura de consumidores, con jóvenes, mujeres y mayores como otros grupos en riesgo, que vienen a añadirse a los clásicos anteriores. Uno de estos grupos es el de los inmigrantes, cuyo

proceso de aculturación no está exento de riesgos, es especial respecto al consumo abusivo de alcohol (Conde y Herranz, 2004).

Las consecuencias del uso y abuso del alcohol siguen teniendo una gran importancia sanitaria y social. Por ejemplo, la mortalidad juvenil por accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, y más en general, la mortalidad determinada por otras causas en las que el alcohol es el factor determinante o colaborador importante, suponen un coste humano, económico y social muy alto, que sólo aproximativamente y con metodología basada en datos de países diferentes, se ha intentado evaluar en los últimos años (Aaron, y Moore, 2014).

También existen nuevos recursos humanos, técnicos, económicos y políticos y parece un momento oportuno para que se vean adecuadamente estimulados y potenciadas sus posibilidades, integrando sus esfuerzos en una acción de participación pública, institucional y civil, que atienda los problemas del alcohol como se atiende a otros problemas sanitarios y sociales análogos, y que se implementen las medidas preventivas adecuadas (Santo Domingo, 2002).

CAPÍTULO 4

EL CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA

Hay dos o tres vicios además de las drogas, pero ninguno de ellos es tan decisivo.

Pierre Drieu La Rochelle

Los profundos cambios de carácter político, económico, social y cultural que se produjeron en la sociedad española en los años setenta, supusieron la incorporación de Galicia a las corrientes sociales y culturales dominantes en esos momentos en Europa, lo que se tradujo, entre otros fenómenos, en la aparición de nuevas sustancias y de nuevos patrones de consumo de drogas que irían adquiriendo un protagonismo creciente en algunos sectores, especialmente en los juveniles (EDIS, 1993).

Estos procesos de democratización y de apertura, propiciaron el cambio del patrón de consumo tradicional de drogas, caracterizado por el uso de sustancias como el tabaco y el alcohol por parte de los varones adultos, y de tranquilizantes e hipnóticos fundamentalmente por las mujeres (Comisionado do PGD, 2004)

La aparición de nuevas sustancias en el mercado y la incorporación de nuevos grupos de consumidores que, como los jóvenes y las mujeres, se habían mantenido hasta entonces al margen de los consumos de drogas, significaron una transformación radical de las relaciones y actitudes que la sociedad gallega mantenía hacia las drogas (EDIS, 1996). El uso de drogas ilícitas entre los sectores juveniles tendrá funciones claramente diferenciadas respecto de las que tradicionalmente había desempeñado, vinculadas a los

hábitos gastronómicos y a ciertos acontecimientos sociales, convirtiéndose en un primer momento en un elemento de identificación cultural, a través del cual se pretendía expresar el rechazo a ciertos valores y formas de organización social (Otero, Mirón y Luengo, 1991).

Este proceso culminaría con una rápida expansión de los consumos de las diferentes drogas ilícitas y con la aparición de una serie de graves problemas asociados, con un impacto muy negativo sobre la salud pública y el bienestar colectivo (delincuencia, enfermedades infecciosas, marginación social, etc.) que acabaron por convertir, lo que dio en denominarse como el problema de la droga en uno de las principales preocupaciones de la ciudadanía (Pérez y Veira, 1988). La alarma social provocada por los efectos asociados a los consumos de heroína, no impediría la generalización del uso de drogas, tanto legales como ilegales, entre los sectores juveniles gallegos y la creciente acomodación social con el fenómeno (EDIS, 1998).

Igualmente, la imagen de las drogodependencias y de los pacientes en aquella época, estaba relacionada con los titulares sensacionalistas, con el miedo a lo desconocido, con la violencia, con la enfermedad, etc. Se podría decir que para “abordar eficazmente la adicción requeriría cambiar el idioma de la adicción” en palabras de Richter y Foster (2014). En una encuesta a adultos en Estados Unidos, se subrayaba el considerable estigma asociado con el trastorno; las palabras utilizadas para describir a los drogodependientes incluían pecador, irresponsable, perdedor, estúpido, egoísta, indisciplinado, patético, débil o vicioso.

La mayor presencia de las drogas y la asociación de su uso con contextos lúdicos y recreativos favoreció la normalización de su consumo, percibiéndose una alta tolerancia social frente a sustancias como el alcohol o los derivados del cánnabis, y en menor medida, hacia los consumos ocasionales de las restantes drogas ilícitas (SXSMD, 2009).

La consolidación de un patrón de consumo juvenil de drogas, claramente diferenciado del de los adultos, no ha supuesto la sustitución del modelo tradicional, sino que ambos modelos coexisten actualmente (Luengo Martín, 1994).

De ese modo, hace cuarenta años, la sociedad gallega comenzaba a enfrentarse a un doble reto: afrontar los problemas asociados con el tabaquismo o el abuso de alcohol, que desde hacía décadas tenían una importante presencia entre la población adulta, y atender las nuevas demandas que plantea el uso y abuso de drogas ilegales por parte de los jóvenes (Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude, 2002).

Han sido numerosos e importantes los cambios sufridos en las últimas dos décadas en la relación de la sociedad gallega con las drogas, cambios que afectan tanto a las sustancias consumidas, como a los patrones de uso, los perfiles de la población consumidora y a los efectos que se derivan de los mismos para los propios consumidores y para la sociedad en general. A continuación se exponen algunos de los principales hitos que caracterizaron la evolución de las drogas y de las drogodependencias en Galicia durante los últimos cuarenta años.

Antes, sin embargo, no se puede hacer una proyección del futuro de las drogodependencias en Galicia, así como de sus potenciales drogodependientes, sin analizar los cambios demográficos que se están produciendo. Galicia cerró 2014 con una población de 2748695 personas, lo que supone un descenso de 17245 personas, 7780 mujeres y 9465 hombres, respecto a 2013, en el que la población fue de 2765940 personas, siendo la quinta comunidad autónoma de España en cuanto a población se refiere. La población femenina es mayoritaria, con 1423038 mujeres, lo que supone el 51.77% del total, frente a los 1325657 hombres que son el 48.22%. Galicia presenta una densidad de población moderada, con 93 habitantes por kilómetro cuadrado, está en el puesto número siete de las CC.AA. en cuanto a densidad. Galicia ha arrancado

demográficamente el 2014 con los peores registros de lo que va de siglo. Al imparable saldo negativo, que desde finales de los años ochenta presenta más fallecimientos que nacimientos, se une, para ensombrecer aún más el escenario poblacional, una creciente fuga de residentes extranjeros y una más que notable pérdida de jóvenes.

El desastroso panorama demográfico, retrata a una Galicia que pierde población por cuarto año consecutivo, según los datos del padrón continuo que con efectos del 1 de enero de 2014 publica Instituto Nacional de Estadística. La comunidad tiene ahora 2.74 millones de habitantes, 18381 menos que al inicio del año pasado. Es el mayor descenso de todo el siglo XXI, lo que evidencia que el problema demográfico no encuentra en Galicia ni solución ni tampoco freno, es como si hubiera retrocedido doce años poblacionalmente.

Pero lo más importante, la pérdida de integrantes de los grupos más jóvenes aporta gran parte de las respuestas a la intensidad del declive demográfico que está sufriendo Galicia. A los 118622 jóvenes que ha perdido en el grupo de edad de entre 15 y 34 años desde el 2008 hasta el 2013, se unen ahora otros 27207 más en los que dicho contingente ha vuelto a disminuir en el último año, también el peor dato en lo que a la evolución negativa se refiere. Los jóvenes comprendidos entre ambas edades eran hace solo dos años el 22.5 % de la población de Galicia, y ahora, a 1 de enero del 2014 son el 20.7 %, en total 569955 integrantes. Con dicho desplome en el padrón respecto al número de jóvenes, no es de extrañar que entre ellos se encuentre el grupo quinquenal que más desciende de toda la pirámide de población de la comunidad. El repunte en la emigración joven y la marcha de parte de los inmigrantes llegados en los últimos años hace que entre 30 y 34 años se registre una caída en el padrón de 12155 personas entre enero de este año y el mismo mes del anterior. Ahora son 193799 los jóvenes de dichas edades que viven en Galicia, 37030 menos que hace tan solo cinco años. En otros 8626 jóvenes baja el

grupo de 25 a 29 años, y en más de tres mil cada uno lo hacen también los que abarcan de 20 a 24 y de 15 a 19 años.

Habría que preguntarse si estas cifras son perjudiciales para todos los ámbitos de la sociedad, como el empleo, las pensiones, la vertebración territorial, etc., o si por el contrario, en el terreno de las drogas sería beneficioso, ya que ante unas próximas generaciones en la que habrá menos gente joven, se experimentará una clara disminución cuantitativa del consumo y por tanto de los posibles usuarios que acudirían a la red asistencial. El escenario que se puede encontrar en los próximos años será el de una reducción de los inicios de tratamiento entre la población joven, una estabilización de las readmisiones a tratamiento, una población estable cronificada en Programa de tratamiento con derivados opiáceos (PTDO) o en otros programas, y un aumento de la atención a usuarios de drogas legales, y por adicciones comportamentales. Igualmente será notorio el incremento de la edad media de los pacientes a tratamiento, ya que en un plazo de diez años, es decir en la década 2020-2030, las UCAs deberán estar dotadas y preparadas para la atención a unos pacientes que se han hecho mayores, y por tanto estaríamos hablando de una asistencia con un componente importante de tipo gerontológico.

4.1. Tendencias de consumo hasta 1980.

Galicia no podía ser una excepción al fenómeno mundial de la oferta y de la demanda de drogas, debido, entre otros factores, al desarrollo de los núcleos urbanos y en definitiva a la globalización.

En Galicia, con excepción del alcohol y del tabaco, cuyo uso se fue extendiendo por todas las capas sociales a partir de los años cuarenta y cincuenta, el consumo de drogas psicotrópicas hasta los años setenta se circunscribía a colectivos muy concretos y

reducidos (Pérez y Veira, 1988). Al comienzo de los 80, al igual que en otros países del entorno, el aumento del consumo de drogas llegó a considerarse como uno de los principales problemas de salud pública que tenían la sociedad del momento y las Administraciones públicas, sobre el que había que intervenir y para el cual no estaban preparadas.

Las tendencias de consumo en Galicia, en ese momento eran las siguientes:

Cannabis: era consumido habitualmente por determinados colectivos, incluso con anterioridad a los años setenta, debido a la influencia de la proximidad de países productores como Marruecos. A partir de los años setenta el consumo entre la juventud española y gallega se generaliza, debido a factores sociológicos, como las actitudes de contestación y de rebeldía social, motivadas por el momento político que se estaba viviendo, el desencanto, el *pasotismo* subsiguiente, etc.

Alucinógenos: mientras que el uso de alucinógenos es conocido desde la antigüedad, sus derivados sintéticos aparecen en la década de los cuarenta. Este grupo de drogas, junto con los derivados del cannabis, fueron ensalzados durante los sesenta y setenta por aquellos sectores juveniles próximos a la cultura psicodélica. Posteriormente descende su uso debido, entre otras razones, debido tanto por la disminución de su oferta como por la naturaleza de sus efectos, con frecuencia, peligrosos e imprevisibles.

Psicoestimulantes: el uso de anfetaminas fue amplio y heterogéneo en el pasado. Con patrones de consumo indeterminados, fueron utilizados por diversos colectivos sociales para mejorar el rendimiento, por ejemplo académico, o en curas de adelgazamiento. Las dificultades para disponer de ellas, contribuyeron de manera importante al descenso de su consumo.

Respecto a la cocaína, desde el tradicional uso de la hoja de coca en diversas culturas de América Latina, hasta las actuales formas de preparación, se introdujeron

numerosos cambios. A partir de los años ochenta, el consumo en Galicia va adquiriendo progresiva importancia, hasta nuestros días, donde las admisiones a tratamiento superan a los de la droga hegemónica que era la heroína.

Analgésicos comunes y tranquilizantes: fuera de su uso terapéutico, se utilizaron como una forma de automedicación para aliviar las situaciones del malestar cotidiano. El mayor control de su dispensación y la retirada de determinadas presentaciones farmacéuticas que causaron un gran poder adictivo sobre la juventud, así como la promoción de hábitos saludables, redujeron su uso indebido. A pesar de ello, continúa existiendo una amplia base de consumidores, especialmente entre los pacientes a tratamiento con metadona, que siguen abusando de estos preparados.

Heroína y otros opiáceos: la extensión del consumo de estas sustancias se inicia, en Galicia y en España, en los últimos años de la década de los setenta. Como ocurrió en otros países, esta rápida epidemia, en relación con otras drogas, favoreció una percepción social de sus consumidores como subgrupos marginales y rechazados, debido a la aparición de los consiguientes problemas sanitarios y sociales (Carrera y Fariñas, 1991).

Tabaco: respecto al hábito de fumar, tanto en Galicia, como en la mayor parte de España, se trataba de un consumo fundamentalmente masculino y adulto, situándose la prevalencia alrededor del 50-60% de población.

Alcohol: los primeros estudios disponibles en nuestro país sobre el consumo de bebidas alcohólicas y la problemática del alcoholismo asociada, arrojaban unas tasas de incidencia del orden del 6-7% de la población (Viñes, 1953; Alonso, 1988). En este período el bebedor de riesgo está representado por un hombre de edad media o superior, consumidor diario de vino y, en Galicia, básicamente procedente del medio rural. Los datos confirman la evolución del modelo de consumo de esta droga institucionalizada,

desde el uso tradicional al modelo consumista que se consolida en años posteriores (Edwards, Arif y Hodgson, 1981).

4.2. Tendencias en el consumo de drogas en Galicia (1980-2013)

A partir de los ochenta, tanto en Galicia como en el resto de España, el fenómeno *droga* alcanzó una importante dimensión social, destacando los siguientes aspectos:

4.2.1. Demanda y oferta de drogas

Se produjo un notable aumento del tráfico de drogas en España, que además de ser un país de tránsito se convirtió en un territorio con una importante oferta y demanda interna. Galicia devino en una de las principales puertas de entrada a dicha actividad ilegal (EDIS, 2002). Hasta el año 2000, Galicia experimenta un movimiento contra el narcotráfico, liderado por madres contra la droga, que se organizan en movimientos, como las asociaciones Érguete y Madro, de Vigo, o por entidades, como la Fundación Gallega contra el Narcotráfico, de Vilagarcía de Arousa, que sirvieron de ejemplo para el resto de España y que fueron polos de influencia sobre las instituciones de justicia, policiales, sanitarias, políticas y sobre el cambio de actitudes y de la percepción social ante las drogas.

La presencia del fenómeno del narcotráfico ha estado presente en Galicia desde hace cuarenta años. Los contrabandistas de tabaco, consideraron que el tráfico de drogas era un negocio más lucrativo, y lo cambiaron por el de drogas ilegales como cocaína, cannabis o heroína. No se puede entender el problema de las drogodependencias en Galicia sin analizar las implicaciones del narcotráfico en la sociedad gallega, sobre las familias, la salud, la oferta y la disponibilidad de drogas en las calles, la corrupción, la doble moral, el sufrimiento de los afectados o la ley del silencio cómplice (Camba, 1990).

Por ello, en 1986 el PGD inició una acción global y planificada en este campo, mediante la puesta en marcha por el Parlamento de Galicia de la Comisión no permanente para el estudio de las repercusiones socioeconómicas y sanitarias del narcotráfico en Galicia, que permitió dar importantes pasos en la solución del problema. Así, la labor emprendida por esta comisión, no solo contribuyó a la actualización de las distintas dimensiones del fenómeno, sino que también representó el amplio compromiso social y político existente en Galicia para afrontar las causas y consecuencias de esta compleja problemática, de forma rigurosa y coherente (Xunta de Galicia, 1996), (Xunta de Galicia, 1997).

En aquellos años la Delegación Territorial en Galicia del Ministerio de Sanidad facilitaba de forma sistemática, desde 1992, datos sobre los porcentajes de la pureza media de las muestras analizadas procedentes de los decomisos, así como del precio que alcanzaban en el mercado ilegal. El grado de pureza de la cocaína es durante el período 1990-2000 mayor que el de la heroína. En el 2000, el grado de riqueza media de la heroína incautada era del 36.2%, mientras que para la cocaína ascendía al 55.6%. Desde principios de los 90 se venía observando un paulatino descenso en el grado de pureza de la cocaína. Por su parte, la heroína sigue un patrón diferente: tras un relativo aumento de su riqueza registrado en la primera mitad de la década, a partir de 1996 vuelve a descender su grado de pureza.

Durante aquellos años, en 2001, se incautaron en Galicia 6.653 kilos de cocaína, el mayor volumen de esta sustancia decomisado hasta hoy en Galicia. Esta cifra confirma la tendencia ascendente que se viene produciendo desde comienzos de los noventa en las incautaciones de cocaína, así como el papel protagonista que Galicia tiene como punto de entrada de la cocaína procedente de Sudamérica con destino final a los mercados español y europeo, habiéndose incautado en Galicia el 20% del total de la cocaína decomisada en España. En esta época, se vino produciendo un fenómeno novedoso en Galicia, como fue

el del fuerte incremento que registraron las incautaciones de heroína, droga cuyo tráfico se dirigía hasta entonces a abastecer las necesidades del mercado local y que tenía una escasa relevancia. Los 118,1 kilos de heroína incautados durante 2001, además de establecer un record histórico, confirmaban el protagonismo adquirido recientemente por Galicia en el tráfico de heroína con destino al mercado español y europeo, y así, el 18,7% de las incautaciones de heroína practicadas en España se produjeron en Galicia.

Las incautaciones de hachís en Galicia, con 5272 kilos se redujeron ligeramente en los últimos tres años, pasado a ocupar la segunda posición después de la cocaína por volumen de los decomisos practicados. El tráfico de hachís tenía un papel secundario, dirigido fundamentalmente al mercado local, representando las incautaciones realizadas en Galicia el 1% del conjunto nacional.

Las cantidades decomisadas de LSD y éxtasis fueron muy reducidas, habiendo disminuido con respecto a años anteriores, en consonancia con las bajas prevalencias de uso que registran las mismas. Durante los últimos años, y de modo especial a partir de 2001, se habría intensificado la represión sobre las actividades relacionadas con el tráfico de drogas en Galicia. El reforzamiento de las actividades de represión del tráfico de drogas quedaría patente, además de por el incremento de las incautaciones de las distintas drogas, en el aumento de las personas detenidas y denunciadas por la comisión de este tipo de delitos, así como en el incremento de los procedimientos judiciales incoados y de célebres procesos judiciales que sentaron jurisprudencia como la Operación Nécora.

Como ejemplo, durante 2001 fueron detenidas y denunciadas en Galicia 5.739 personas por tráfico de drogas, una cifra ligeramente superior al volumen que se venía registrando desde 1995, unas 5500 personas anuales, y que representa un incremento del 16.2% con respecto a 2000. En el año aquel año se habrían incoado en Galicia 5981 procedimientos judiciales por tráfico de drogas, un 34% más que el año anterior,

alcanzando su máximo histórico desde 1986. De este modo, cambió la tendencia descendente en el volumen de los procedimientos judiciales que comenzó a producirse en 1997.

El número de sanciones administrativas impuestas por consumo de drogas en la vía pública ha descendido progresivamente a lo largo de los últimos cinco años, hasta situarse en cerca de las 2000 anuales. Pese a ello, todavía este tipo de medidas mantiene una relativa eficacia como instrumento de apoyo al inicio de los procesos terapéuticos. Cerca del 15% de las sanciones fueron suspendidas por la incorporación de los sancionados a tratamientos de deshabituación. Revistió particular importancia durante algunos años, hasta su retirada, el despliegue del Programa Alternativa de prevención, dirigido a jóvenes con denuncias por consumo o posesión de drogas en lugares públicos (SXSMD, 2006).

Todo ello se asoció a un incremento de la población consumidora y a una disminución de las edades de la edad de inicio del consumo, con diferentes pautas de uso, hasta alcanzar cifras que, para Galicia, con se situarían en las siguientes estimaciones, de acuerdo con datos del PNSD en 1985: 124000 enfermos de alcoholismo, 88000 dependientes del cánnabis, 7500 consumidores de heroína, y 4500 adictos a cocaína (EDIS, 2003).

También se produjo una disminución de las edades de iniciación al consumo, acompañada de una tendencia a magnificar los efectos del consumo de drogas, sobre todo ilegales, entre la población juvenil, mediante generalizaciones incorrectas y análisis inadecuados, basados en el riesgo absoluto derivado de su uso. Igualmente se consumió la potenciación de la heroína como droga mito y representante del conjunto de drogas, acompañada de actitudes excesivamente estereotipadas asociadas a la delincuencia,

inseguridad ciudadana, marginación y desarraigo social, con predominio de un discurso social más ideológico que científico (Araújo, 2000; Cancelo, 1986).

Además, también se observaba un excesivo protagonismo del fenómeno drogas en los medios de comunicación, utilizándose en ocasiones fuentes de consulta imprecisas, recalcando sucesos dramáticos, no adecuadamente contextualizados, y con frecuencia sensacionalistas.

Las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas hasta 2013, fecha de los últimos datos recogidos por el SEA, serán objeto de análisis en la segunda parte de la investigación.

4.2.2. El medio penitenciario

Lo referido en el punto anterior se vinculó con un importante protagonismo de todo lo penitenciario debido a los elevados índices de consumo de drogas entre la población penitenciaria. Aproximadamente el 30% de la población reclusa española está encarcelada por la comisión de delitos contra la salud pública, estando ampliamente generalizado el consumo de drogas entre la misma, como lo confirmarían las estimaciones realizadas por el OEDT a partir de estudios locales, que cifran en torno al 90% el porcentaje de reclusos que ha consumido drogas ilícitas alguna vez a lo largo de su vida (OEDT, 2001).

Como queda patente en el análisis del perfil de las personas admitidas a tratamiento en los diferentes servicios asistenciales del PGD, un alto porcentaje de la población drogodependiente ha estado en prisión a lo largo de su vida. Las elevadísimas prevalencias de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas y de ciertas patologías (tuberculosis, VIH/SIDA, hepatitis, etc.) y prácticas de riesgo asociadas a los mismos entre la población reclusa, justificó la implantación de programas específicos

dirigidos a este colectivo en los cinco centros penitenciarios integrados en la red asistencial del PGD.

La asistencia sanitaria y el apoyo terapéutico que los servicios sanitarios penitenciarios venían prestando a la población reclusa drogodependiente se ha visto reforzada progresivamente, primero en 1997 con la implementación en todas las prisiones gallegas de programas de tratamiento con derivados opiáceos, más tarde en el año 2000 con la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas en la totalidad de las prisiones gallegas, con el objetivo de reforzar las estrategias dirigidas a la reducción de daños entre este colectivo, y finalmente en 2002 con la puesta en marcha de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

El análisis de la evolución seguida por las admisiones a tratamiento registradas en los centros penitenciarios de Galicia confirma que, tras el intenso incremento experimentado desde 1997, año en el que obtuvieron la correspondiente autorización sanitaria, a partir del año 2000 se produce una notable disminución en su número (Tabla 4.1). De hecho, en el año 2001 las admisiones a tratamiento en prisiones se habrían reducido cerca del 25% con respecto al año anterior:

Tabla 4.1

Admisiones a tratamiento en los centros penitenciarios gallegos 1997-2000

Programa de tratamiento	1997	1998	1999	2000	2001
Derivados Opiáceos (PTDO)	*	919	985	895	592
Antagonistas Opiáceos (PTANO)	*	32	21	8	32
Libre de Drogas (PTLD)	*	69	174	62	106
<i>Total admisiones</i>	<i>721</i>	<i>1020</i>	<i>1180</i>	<i>965</i>	<i>730</i>

Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas

*Datos no disponibles.

Los PTDO son los que concentraron el mayor número de admisiones, siendo cinco veces superiores a las registradas en los PTLD y PTANO. La evolución interanual confirma

que entre 1998 y 2001 las admisiones en los PTDO se habrían reducido notablemente, mientras que las de los PTANO permanecen estables y crecen las de los PTLD.

En general, resulta incuestionable que un paciente a tratamiento, reduce de manera significativa sus conductas agresivas, y por tanto las posibilidades de cometer un delito que provoque un daño a otras personas y su propio ingreso en prisión. La reducción o supresión del consumo de drogas, se ha visto que en los pacientes diagnosticados de patología dual, es un factor preventivo más determinante que la mejoría en los estándares de salud mental (Zhuo, Bradizza y Maisto, 2014).

En este sentido, cuando se evalúan algunos modelos alternativos para el tratamiento de pacientes condenados por la comisión de algún delito, como el ingreso en una Comunidad Terapéutica, o en instituciones similares, como las Oxford Houses, se comprueba que la duración de la estancia se asocia con la obtención de un empleo, y con una reducción significativa del consumo de alcohol y de otras drogas (Jason, Olson y Harvey, 2015).

4.2.3. El consumo de diferentes sustancias

Durante los años ochenta y posteriores, el hábito de fumar tiende a disminuir en Galicia, pero a pesar de esta disminución a nivel global, se detecta un aumento de fumadores entre el sexo femenino, menos marcado en Galicia que a nivel nacional, y entre el sector juvenil de la población (EDIS, 1990). Respecto al alcohol, durante esta década y en años posteriores, se consolida el modelo consumista de uso de bebidas alcohólicas en Galicia, situándose los niveles de consumo de riesgo alrededor del 11% de la población (Araújo y Carrera, 1995).

La incorporación de los adolescentes y jóvenes a los consumos de drogas, que se tradujo durante años en la constante reducción de las edades medias de inicio al consumo,

unida a la creciente equiparación de los hábitos de consumo entre los sexos, provocaron un rápido crecimiento de la presencia de las drogas en la sociedad gallega (EDIS, 2000).

Esta tendencia expansiva que venían registrando los consumos drogas desde la década de los ochenta, se habría invertido en estos últimos años, observándose una reducción general en las prevalencias de uso de las drogas legales e ilegales en Galicia, coherente con la evolución observada en el conjunto de España, favorecida por el incremento en las edades de inicio al consumo de prácticamente todas las sustancias y por la reducción de los niveles de experimentación de muchas de las drogas (Plan Autonómico sobre Drogodependencias, 1993).

Si se analiza por períodos de tiempo la tendencia seguida por los consumos de las diferentes sustancias legales en Galicia durante el período 1988–2000 podría sintetizarse del siguiente modo:

1. *Tabaco*: reducción de los niveles de tabaquismo, especialmente entre la población masculina adulta, que ha sido tradicionalmente el colectivo con mayores prevalencias de uso de tabaco (Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, 2000).

Sin embargo, el progresivo descenso que desde 1988 venían experimentando los fumadores diarios se habría interrumpido a partir de 1996 (Navarro y Sánchez, 2006). El repunte del tabaquismo observado desde ese año se debe al incremento de los fumadores diarios entre los adolescentes y jóvenes, de forma muy especial entre las mujeres, que en algunos intervalos de edad presentan prevalencias de uso superiores a sus homólogos varones (Sánchez, 2008). Es preciso tener en cuenta que el tabaco es una sustancia que registra un alto nivel de continuidad o fidelización en su uso, de modo que el incremento de su consumo entre los grupos juveniles supone una alta probabilidad de que este hábito se mantenga y consolide en el futuro. La equiparación de los hábitos de consumo de tabaco por parte de las mujeres, fenómeno perceptible también en el caso del alcohol y

otras drogas hace previsible, de no mediar cambios sociales importantes o la acción decidida de las administraciones, la continuidad en el repunte de las prevalencias de uso del tabaco observadas desde 1996.

2. *Alcohol*: en los últimos años se ha roto el crecimiento que los consumos de alcohol mantenían desde los años ochenta. Junto a la reducción de las prevalencias generales de consumo observadas en Galicia desde 1988, que se reflejarían en el incremento de los abstemios y en la reducción de los consumidores diarios, se ha producido un fenómeno altamente positivo consistente en la importante disminución de los bebedores abusivos.

No obstante, esta positiva evolución seguida por los consumos de alcohol en los últimos años se ha detenido a partir de 1998, con la reducción de los abstemios y un repunte de los bebedores abusivos. Este repunte del consumo de bebidas alcohólicas es el resultado del notable incremento de las prevalencias de los bebedores abusivos entre las mujeres, que entre 1998 y 2000 habrían pasado del 2.2 al 3.7%, y entre los jóvenes, del 3.7 al 5.4% en el grupo de 12 a 18 años.

La intensificación de la ingesta de alcohol entre los jóvenes ha provocado el rejuvenecimiento del perfil de los bebedores abusivos, convirtiendo al grupo de 19 a 24 años en el que concentra el mayor porcentaje de bebedores abusivos de toda Galicia (13%) y amenaza con provocar el incremento general de los consumos abusivos de alcohol a corto plazo, en línea con lo ocurrido con los fumadores diarios a partir de 1996.

3. *Cannabis*: la evolución de los consumos de cannabis en Galicia, al igual que en el resto de España, se caracteriza por el intenso incremento registrado desde 1988, tanto en sus consumidores experimentales, quienes lo han consumido alguna vez, como habituales, consolidándose como la droga ilícita de mayor consumo. Esta tendencia al alza se ha visto reforzada de manera especial en el período 1998–2000.

La expansión de los consumos de cannabis en Galicia es el resultado del fortísimo incremento que su uso ha tenido entre los grupos más jóvenes, las prevalencias de uso en los últimos seis meses entre los adolescentes de 12-18 años se han multiplicado por 7.5 veces en el período 1992-2000, y las mujeres, cuyas prevalencias, para este mismo indicador y período, se duplicaron. El reforzamiento del consumo de cánnabis entre los adolescentes y jóvenes se ha visto favorecido por la existencia de unos bajos niveles de riesgo percibido asociados al mismo, lo que hace previsible el mantenimiento de la tendencia expansiva de su uso en los próximos años mientras no se modifiquen las opiniones y actitudes hacia el uso de esta sustancia (EDIS, 2001).

4. *Heroína*: los consumos de heroína vienen reduciéndose progresivamente desde comienzos de los noventa, registrando en la actualidad una menor prevalencia de uso, a pesar de lo cual continúan manteniendo una gran importancia desde la perspectiva epidemiológica. La alarma social provocada por los efectos asociados al consumo de heroína contribuyó decisivamente a limitar la incorporación de nuevos consumidores, motivo por el cual el perfil de los consumidores de heroína se corresponde básicamente con el de personas de edades intermedias, que mantienen un patrón de policonsumo muy marcado, donde el uso de heroína se simultánea con el de otros opiáceos, especialmente metadona, cocaína y cánnabis.

Un aspecto relevante en la evolución de los consumos de heroína lo constituye, además de las menores prevalencias de uso ya señaladas, la significativa reducción de ciertas prácticas de riesgo asociadas a su consumo, como por ejemplo, la disminución de la utilización de la vía intravenosa. El progresivo envejecimiento de los consumidores de heroína, unido al intenso retraso observado en las edades medias de inicio al consumo, permitió ser optimistas respecto a la evolución futura de los consumos de esta sustancia, que como se preveía continuaron reduciéndose en los años siguientes.

5. *Psicoestimulantes*: los consumos de psicoestimulantes mostraron en su conjunto una tendencia a la estabilización, con ligeros descensos en las prevalencias generales de uso de la cocaína y la estabilidad en las anfetaminas y drogas de síntesis. Los consumos de cocaína han crecieron entre los más jóvenes (12-18 años), mientras que se mantuvieron estables o con ligeros retrocesos en los restantes grupos etarios.

Señalar que, al igual que ha ocurrido en otras drogas analizadas, mientras su consumo se redujo entre los hombres creció entre las mujeres. Debe destacarse la existencia de un cierto movimiento cíclico en los consumos de los psicoestimulantes, favorecido por el desplazamiento de las preferencias de los consumidores de unas sustancias a otras en función de modas coyunturales y de la propia disponibilidad de las mismas en el mercado. De este modo la evolución de las prevalencias de uso de sustancias como la cocaína o las drogas de síntesis tendría forma de dientes de sierra, con incrementos y reducciones continuadas a lo largo del tiempo.

Por otro lado, los consumos de sustancias como los inhalables o el crack continuaron siendo un fenómeno minoritario de carácter marginal, aunque las previsiones de que las prevalencias se mantuvieran estables o se redujeran en el futuro no se vieron cumplidas. Hoy en día, el consumo de cocaína fumada en base, alcanza un alto porcentaje de los consumidores de dicha sustancia.

4.2.4. Percepción social

A pesar de los progresos realizados en el campo de las opiniones y actitudes ante las drogas, continuaba existiendo una importante tolerancia social frente al consumo de ciertas sustancias, en especial de aquellas que, eran consideradas como drogas blandas o las que estaban ligadas al consumo tradicionalmente instaurado, como el cannabis o el alcohol. Por otro lado, el consumo de algunas drogas, como cocaína, también estaba

relacionado con ciertas clases sociales, ejecutivos, etc., y además de tener que ver con un cierto éxito social y económico, significaba el acceso a la modernidad, a romper con las tradiciones, y a la transgresión de las normas. Estas circunstancias favorecieron la creciente normalización del uso de las drogas y la aceptación social de las mismas, en especial, entre los sectores juveniles, que deseaban parecerse a aquellos modelos de adultos. Resulta especialmente relevante el hecho de que las sustancias más consumidas entre 1988-2000, tabaco, alcohol y cánnabis, vieran reducidos el porcentaje de ciudadanos que las señalaban entre sustancias peligrosas para la salud. Por lo tanto, si se deseaba impedir el inicio de un ciclo expansivo de los consumos de drogas en Galicia, resultaba fundamental el control de los consumos emergentes de estas sustancias entre ciertos grupos, como adolescentes, jóvenes y mujeres, diseñando estrategias selectivas para estos colectivos. Pocos años más tarde, comienza a cambiar esta permisividad social ante el consumo de drogas, y aunque la heroína ya estaba estigmatizada, también comienzan a estarlo sustancias como la cocaína y las drogas de síntesis. Para conseguirlo fue fundamental el apoyo de los medios de comunicación, las campañas publicitarias en medios como la televisión, la información sobre los riesgos para la salud y los programas de prevención que comenzaban a instaurarse de manera generalizada en los centros escolares.

Este cambio en la percepción social ante el consumo, fue paralelo al experimentado hacia el narcotráfico, especialmente en Galicia, donde la figura del narcotraficante, como ocurre hoy en día en otros países del mundo, gozaba de cierta popularidad como generadores de riqueza y de admiración por el reparto que hacían entre las poblaciones de algunas de sus ganancias ilícitas.

4.3. Creación del Plan de Galicia sobre Drogodependencias.

La Xunta de Galicia, con la iniciativa de la entonces denominada Consellería de Sanidade e Seguridade Social, sensible a los problemas generados por el consumo de drogas en Galicia, creó a mediados de 1986 el Plan Autonómico sobre Drogodependencias (PAD) o Plan de Galicia sobre Drogas (PGD), coordinado con el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), que la Administración Central y el Parlamento Español habían puesto en marcha en 1985.

Se funda con la intención explícita de aglutinar, bajo un esfuerzo común, todo cuanto existía o pudiera surgir para atender los problemas derivados del consumo de drogas, ya fueran legales o ilegales, en Galicia. El PGD solo instrumenta medidas tendentes a reducir la demanda del consumo de drogas mientras que la reducción de la oferta, habitualmente denominada represión del narcotráfico, es ejecutada por la Administración Central al no estar transferidas dichas competencias a la Comunidad Autónoma de Galicia.

A partir de entonces comenzó el proceso de organización, planificación, coordinación y gestión de la respuesta frente a esos problemas, tanto en lo que respecta a los programas y servicios de atención a los afectados como en lo que se refiere a la colaboración entre las administraciones y el movimiento social. Mediante el Decreto 254/1997, del 10 de septiembre, se crea el Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, que en su estructura consta de dos servicios: Asistencia, Formación e Investigación y Prevención, Reinserción y Coordinación (Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade, 2008; EDIS, 2006; EDIS, 2008).

El PGD forma parte integrante del PNsD, y la coordinación entre ambos planes se articula a través de diferentes comisiones tanto políticas como técnicas. La Comisión

Interautonómica agrupa a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Directores de los Planes de cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas, más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, siendo el foro donde se acuerdan las orientaciones programáticas que posibilitan mantener líneas de trabajo continuas y coherentes a nivel estatal y las prioridades anuales de actuación para el conjunto del territorio español. Los acuerdos de esta comisión se presentan ante la Conferencia Sectorial, órgano político de coordinación del PNSD que reúne a los ministros de los departamentos de la Administración Central que integran el PNSD, el Delegado del Gobierno para el PNSD y los Consejeros Autonómicos responsables de los respectivos Planes.

Desde su inicio, el PGD busca resituar el papel de la Administración Autónoma en tres direcciones: organización y planificación general de la lucha contra las drogodependencias, integración y normalización de la asistencia a drogodependientes y coordinación de las actuaciones, tanto entre las diferentes Administraciones como con las instituciones sanitarias, sociales y con el movimiento asociativo. El financiamiento del PGD procede de los Presupuestos Generales del Estado y, en su mayor parte, de los fondos propios de la C.A. de Galicia.

En el PGD se integraron tanto entidades públicas como organizaciones no gubernamentales. Hay que señalar, como un elemento muy positivo, la participación en el mismo del conjunto de profesionales que trabajaban en el campo de las drogodependencias desde la Red asistencial de drogodependencias de Galicia (RADG) cuya contribución fue fundamental para el desarrollo del propio PGD.

Para conocer la eficacia y eficiencia del PGD se diseñaron una serie de indicadores, que de ser conseguidos, significará una clara mejora de la asistencia prestada a los pacientes. Estos indicadores de evaluación, denominados de proceso y resultado, del PGD,

son los siguientes: Número de sesiones clínicas del área con participación del personal de las UCA; Número de acciones formativas comunes e integradoras para los profesionales de salud mental y trastornos adictivos; Número de pacientes atendidos: con historia clínica en IANUS, con planes terapéuticos de tratamiento individualizado, con intervención social, con alta terapéutica, con recaídas, con metadona, con diagnóstico de patología dual, orgánica, o infecciosa, o bien derivados desde otros dispositivos; Número de interconsultas; Número de admisiones y readmisiones. También se tienen en cuenta el número de profesionales sanitarios que conocen el funcionamiento de los circuitos asistenciales de las UCA y de las USM (SERGAS, 2012).

Respecto a su funcionamiento, el PGD, desde sus inicios, viene actuando en seis áreas (Sánchez, 2011):

1. Prevención del consumo de drogas
2. Integración y potenciación de la asistencia a los afectados por esta problemática dentro del sistema general de salud, desde un modelo de intervención biopsicosocial y de diversificación terapéutica.
3. Complementariedad de las acciones que se desarrollan desde los dispositivos generales de salud y servicios sociales.
4. Promoción de fórmulas alternativas al aislamiento institucionalizado, favoreciendo la atención ambulatoria, es decir, en el propio entorno socio-familiar y comunitario. En relación a la evolución seguida por el PGD desde 1986 hasta la actualidad hay que resaltar que, durante los primeros años, el esfuerzo se dirigió a aglutinar los recursos y actuaciones existentes o de nueva creación, al mismo tiempo que se fue definiendo una política general en el campo de las drogodependencias para el conjunto de Galicia, contando con criterios de planificación y ordenación de recursos coherentes y contrastables.

5. Los esfuerzos de estos últimos años se centraron en la consolidación y ampliación de los recursos asistenciales, así como en la diversificación de las actividades y de los programas terapéuticos y de prevención-incorporación.

6. A todo lo anterior, hay que sumar la programación realizada en áreas como las de formación e investigación, así como el continuo incremento presupuestario, hasta la crisis económica del año 2000, fundamentalmente soportado por los fondos propios de la Comunidad Autónoma de Galicia (Parlamento de Galicia, 1996).

A partir de la entrada en vigor del Decreto 46/2006, del 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servizo Galego de Saúde (SERGAS), las funciones del Comisionado pasaron a ser desarrolladas por la Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, que además de los dos servicios antes mencionados asume el Programa de Salud Mental.

La Estrategia Sergas 2014 apuesta por una estructura organizativa de gestión integrada con el objetivo de lograr una atención integral de los problemas de salud de los ciudadanos, eliminando las barreras entre los diferentes niveles asistenciales y superando la fragmentación de la asistencia. Así mismo, recoge la necesidad de dar atención a colectivos específicos con necesidades diferenciadas, entre los que se incluyen las personas con trastornos adictivos, para las cuales recomienda el desarrollo de programas de atención.

Con este propósito, se hizo necesario normalizar la asistencia de las personas que acceden a las UAD, definir la cartera de servicios prestados, optimizar y racionalizar los recursos existentes de acuerdo con la Estrategia Sergas 2014, la Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 y el Plan de trastornos adictivos de Galicia 2011-2016 (SERGAS, 2012).

El servicio se deberá prestar con una atención personalizada por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales especializados comprometidos con la mejora de

la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Se llevará a cabo siempre que sea posible con la colaboración de la familia y en coordinación con las instituciones sociales, sanitarias y judiciales, dentro de un marco comunitario que permita la integración social y laboral del paciente en su ámbito.

4.3.1. La asistencia a drogodependientes en Galicia

Según lo establecido por el PGD, se entiende que el proceso asistencial puede comenzar tanto en las propias Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD), mediante la solicitud de consulta por parte del propio interesado o de personas próximas, como a través de la derivación desde atención primaria, centros de salud mental o centros de servicios sociales. El tratamiento en sí mismo comienza en las UADs, que son además los centros notificadores del inicio del tratamiento en el Sistema de Evaluación Asistencial (SEA), o en gallego, Sistema de Avaliación Asistencial (SEA) (Navarro y Sánchez, 2003).

La intervención asistencial se articuló de la siguiente manera:

- a) Modalidades de tratamiento: ambulatoria (UAD, o más recientemente, UCA, Unidad de Conductas Adictivas), semirresidencial (Unidad de Día, UD) y residencial (Comunidad Terapéutica, CT).
- b) Programas asistenciales: Programa de información, orientación y acogida (POA), Programa de tratamiento libre de drogas (PTLD), Programa de tratamiento con antagonistas opiáceos (PTANO), Programa de tratamiento con derivados opiáceos (PTDO), Programa de tratamiento con interdictores de alcohol (PTIA), Programa de tratamiento para dependencia a psicoestimulantes (PTDP).
- c) Subprogramas asistenciales: Subprograma de tratamiento de desintoxicación (STD), Subprograma de tratamiento de disminución del daño (STDD),

Subprograma de tratamiento de prevención de recaídas (STPR), Subprograma de tratamiento de asistencia domiciliaria (STAD)

- d) Protocolos: Protocolo del abordaje de la patología orgánica relacionada con el consumo de drogas: para la prevención y el control de la tuberculosis, para la prevención y el control del VIH/SIDA, para la prevención y el control de la hepatitis C, y para el control de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Protocolo de intervención con colectivos específicos (PICE); Protocolo de tratamiento para gestantes drogodependientes (PTXD); Protocolo de intervención con menores drogodependientes (PIMD) y Protocolo de tratamiento para atención de la patología dual (PTPD).

En cuanto a los dispositivos asistenciales, el sistema los reclasifica en de primera acogida y de segunda acogida. Los de primera acogida son los centros de referencia, y se denominan Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs) o Unidades de Conductas Adictivas (UCAs). Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio en los que se desenvuelven diferentes tipos de programas terapéuticos para el tratamiento de las drogodependencias. Son el recurso central y vertebrador de la planificación asistencial, en el territorio de actuación asignado, y constituyen la puerta de acceso a la red asistencial del PGD.

Los de segunda acogida son las Unidades de Día (UDs) y las Comunidades Terapéuticas (CTs), que reciben a los pacientes derivados desde las UADs. La UDs son unos dispositivos asistenciales que funcionan como una modalidad semirresidencial y ofrece un abanico de actividades terapéuticas y ocupacionales dirigidas a la deshabituación y rehabilitación, quedando fuera de sus funciones los procesos de desintoxicación y su utilidad residencial. Dadas sus características, régimen de internamiento parcial, permite la no desvinculación del paciente de su ambiente,

favoreciendo la colaboración familiar y facilitando su incorporación social. Por último, las CTs son dispositivos que realizan tratamientos de deshabitación y rehabilitación en régimen residencial, es decir, de internamiento. Se conciben como un marco físico que permiten la ruptura temporal con el medio habitual del drogodependiente. Se constituyen como un sistema en el que el individuo tiene la posibilidad de desarrollar nuevas pautas de comportamiento tendentes a facilitar su incorporación social (SXSMD, 2008).

Fruto del esfuerzo institucional durante los primeros diez años del PGD, fue la consolidación de la red asistencial que desde 1996 se ha mantenido, y que está compuesta por 19 UAD, 8 UD, y 3 CT.

Por otra parte, señalar que en Galicia las Unidades de Tratamiento del Alcoholismo (UTA), nunca han volcado sus datos en el SEA, puesto que han permanecido integradas en la órbita de Salud Mental, formando parte del PGD solamente los centros especializados en drogas ilegales.

Los procesos esenciales en este circuito asistencial son los siguientes: acogida e información, evaluación y diagnóstico, tratamiento y seguimiento terapéutico, actividades transversales y otras actividades de coordinación.

Pero no se podría entender la idiosincrasia del PGD sin conocer en profundidad el SEA, que dio a Galicia un importante reconocimiento nacional e internacional, y que fue diseñado sinérgicamente por técnicos de la Consellería de Sanidade y por los profesionales de la RADG.

4.3.2. El Sistema de Evaluación Asistencial (SEA)

Para evaluar la efectividad y eficiencia de los tratamientos realizados en los dispositivos asistenciales de la red de drogodependencias gallega, el PGD desarrolló un catálogo de programas asistenciales y, simultáneamente, un Sistema de Evaluación

Asistencial (SEA) que se implantó el 1 de enero de 1994 en todos los centros ambulatorios de la red tras un proceso de discusión, mejora y elaboración con los profesionales de la RADG y con expertos en evaluación e informática (Carrera, et al. 2005).

Este es un sistema de información multicéntrico que realiza una recogida de datos homogéneos, estableciendo una línea base poblacional y consignando las intervenciones que se realizan con cada paciente hasta el final del proceso asistencial. Su objetivo es recoger información sistemática sobre las características de los pacientes que inician tratamiento en los centros de la red del PGD, así como de las intervenciones que se realizan con ellos.

El instrumento utilizado para la recogida de datos es la aplicación informática GECEAS, que incluye todas las variables de la ficha de admisión y de la ficha mensual. La primera se fundamenta en la historia clínica del paciente y la segunda recoge las actividades realizadas con cada paciente en cada programa durante su permanencia a tratamiento.

La ficha de admisión está basada en el concepto de historia clínica, recoge información sobre la demanda, situación personal y judicial, diagnóstico y área de drogas de cada sujeto. Los bloques en que se estructura esta ficha son: modo de acceso, demanda, diagnóstico (trastornos psiquiátricos, etc.), situación judicial (estancia en prisión, causas pendientes, etc.), estado de salud, conductas de riesgo (uso de jeringuillas, preservativos, etc.), y consumo de drogas. Con estos datos se podrían obtener dos perfiles de sujetos: aquellos que habían realizado algún tratamiento con anterioridad y los que inician tratamiento por primera vez en su vida. (PGD, 1994). La ficha mensual, por otro lado recoge los motivos de salida y el anecdotario de sesiones y actividades que se realizan con cada paciente, así como los cambios de programa y de tratamiento.

Uno de los aspectos más relevantes del SEA sería su capacidad para relacionar las características de la situación personal de los pacientes cuando acceden al tratamiento con las intervenciones que se realizan con ellos. La recogida de datos es individual, se realiza a partir de cada sujeto que es admitido o readmitido a tratamiento, lo que le da gran potencia al análisis y permite describir tanto su situación inicial como su proceso asistencial. La permanencia se analiza no sólo en función del tiempo sino también en función de la intensidad del tratamiento, es decir, frecuentación e intervenciones recibidas.

Desde el punto de vista del proceso y de la explotación de la información acumulada, el sistema está diseñado para proporcionar dos tipos de evaluación: por una parte, una evaluación externa a los centros e interna para la red y por otra, la evaluación interna de los propios centros. Los niveles de análisis de la información son tres:

- Nivel Red: se acumulan los datos globales independientemente de centros y programas. Se obtienen los indicadores para el conjunto de la red gallega.
- Nivel Centro: se acumulan y analizan los datos en función del servicio de cada población de Galicia.
- Nivel Programa: los datos se analizan en función de cada programa.

Como se trata de un sistema flexible, permite la incorporación futura de más centros. Actualmente notifican al sistema 19 centros, con sus programas asistenciales y otras variables evaluativas que se consideren oportunas en función de la evolución del fenómeno de las drogodependencias. Además de estos centros, se recogen datos de las UADs situadas dentro de los cinco establecimientos penitenciarios de Galicia: Teixeiro, Bonxe, Monterroso, Pereiro de Aguiar y A Lama.

Con el fin de homogeneizar los criterios de notificación entre las UAD, se ha concebido un circuito y un proceso asistencial diferenciando, en primer lugar, entre

admisiones a tratamiento cuando se trata del inicio de un tratamiento en una UAD por primera vez, la continuación de un tratamiento iniciado en un centro no notificador, el tratamiento por una situación judicial o de tutela de menores, la admisión a tratamiento de pacientes derivados desde otras CC.AA., o la admisión a tratamiento de pacientes derivados desde otras UAD de la red gallega. Todo ello implica la apertura de una historia clínica en un centro notificador. Y en segundo lugar, las readmisiones a tratamiento, que son los casos de los pacientes que habiendo finalizado su tratamiento por algún motivo de salida, y una vez pasados seis meses sin actividad, solicitan, habitualmente por una recaída, reiniciarlo de nuevo. El circuito asistencial hace que las UCAs se constituyan en las receptoras de las demandas provenientes desde las ONGs, las instituciones penitenciarias, los servicios de urgencia, los juzgados, los servicios sociales y los puntos de atención continuada, de atención especializada y de atención primaria. Igualmente las UCAs, mantendrán una relación de especial coordinación con las Unidades de Salud Mental (USM) y con las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. En cuanto a la derivación, las UCAs serán las encargadas de remitir a los pacientes a los servicios de tercer nivel, como las comunidades terapéuticas, los centros de día y las viviendas de apoyo.

4.3.2.1. Objetivos del SEA

Los objetivos del Sistema de Evaluación Asistencial del Plan de Galicia sobre drogas son los siguientes:

1. Proveer una adecuada retroalimentación para los profesionales, que les ayude en la toma de decisiones sobre la asignación de los programas a los pacientes, en la mejora de la calidad asistencial y en la propia gestión de los centros.

2. Realizar estudios sobre la eficacia y la eficiencia de los distintos centros y programas, así como de RADG en su conjunto.

3. Potenciar la investigación con el fin de mejorar el conocimiento de las drogodependencias.

4. Conocer la historia natural de las drogodependencias en Galicia, sus cambios y sus complicaciones desde el punto de vista epidemiológico.

5. Conocer las características sociodemográficas, de consumo de drogas, de salud y legales, de los pacientes admitidos a tratamiento.

6. Posibilitar la planificación y toma de decisiones en materia de drogodependencias por parte de las autoridades responsables en cada momento del PGD.

7. Facilitar los estudios y contribuir a las investigaciones que se diseñen a nivel estatal en el ámbito de las drogodependencias. Merece especial atención la coordinación existente con el sistema de registro del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD, 1996).

Una de las innovaciones más relevantes de este sistema es que fue pensado para que posibilitara la realización de estudios de seguimiento y efectividad de los tratamientos a partir de las fichas de registro individual de casos. Otra cuestión, sin embargo, es que lo haya conseguido. La recogida de datos sistemática que se hace con los sujetos, establece una línea base sobre el universo de población drogodependiente que acude a los centros. Una vez introducidos los datos en una base de datos centralizada se pueden realizar consultas sobre los itinerarios seguidos por determinadas muestras seleccionadas de esta población, según las cohortes que se establezcan. El sistema garantiza el anonimato ya que a partir de los datos que se recogen resulta totalmente imposible la identificación de los pacientes.

El modelo de evaluación propuesto por el PGD se fundamenta en un sistema de información común a todos los dispositivos de atención a drogodependientes que

reportan a una unidad central, llámese Oficina del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas, Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial, o la que políticamente se decida en cada momento, habiendo sido diseñado específicamente para la RADG.

4.3.2.2. Indicadores de evaluación del SEA

El sistema proporciona los siguientes indicadores principales:

1. *Indicador de admisiones a tratamiento*: consiste en conocer el número anual de casos que inician tratamiento ambulatorio por problemas de dependencia a las distintas sustancias-droga, incluidas alcohol y tabaco, en los diferentes distintos centros de la RADG. Se trata de casos en los que se comienza un proceso asistencial que puede llevarse a cabo en diferentes programas y es compatible con el indicador de tratamientos de SEIT. Permite comprobar el ajuste entre los sujetos y los programas. La proporción de nuevas admisiones sin tratamiento anterior indica la frecuencia de casos nuevos que aparecen en los centros. Es conveniente destacar que este indicador da cuenta de la incidencia de los tratamientos, no de la incidencia real de las drogodependencias.

2. *Indicador de Volumen Asistencial*, importante sin duda, expresa el número anual de todos los distintos sujetos que fueron tratados en los diferentes centros de la red.

3. *Indicador de permanencia*: tiempo en que los sujetos se mantienen en el proceso asistencial. Calcula tanto el número de días que cada sujeto permanece en los distintos programas como a lo largo de todo el tratamiento. Por otra parte, la retención acumulada es la proporción de sujetos que se mantienen en un programa o en tratamiento a lo largo del tiempo. La literatura sobre el tema calcula la retención a través de los modelos de tiempos de supervivencia, que incluyen la función de riesgo y la función de supervivencia.

4. *Indicador de motivo de salida de programa o centro*: define la causa y la fecha de salida, incluyendo: alta terapéutica, abandono, expulsión, fuerza mayor, derivación (total y parcial), continuidad y cambio de programa por reestructuración terapéutica o por cumplimentación de los objetivos inicialmente propuestos.

5. *Indicador de abstinencia*: medida por los urinoanálisis, en número de controles positivos o negativos. Este es un indicador complejo que puede no medir lo que se propone por diversas razones: la frecuencia de solicitud urinoanálisis no está reglada ni intercentros ni intracentros, la pureza la droga cambia los parámetros resultantes, las manifestaciones de consumo que evitan la realización de la prueba y que no siempre se registran, las falsificaciones de orina, etc.

6. *Indicador de asistencia*: se trata de uno de los indicadores principales para la evaluación de procesos. Por asistencia se entiende el número de días en los que el paciente acude a tratamiento durante el tiempo que permanece en proceso asistencial. Este indicador es muy útil en relación con la efectividad de los tratamientos y la organización de los recursos.

7. *Índice de asistencia*: relaciona el indicador de asistencia con el de permanencia, en base al cociente entre el número de días que acude al centro y el número de días en los que el sujeto permanece en programa. Se utiliza para la comparación entre programas y centros.

8. *Indicador de actividad*: este indicador informa sobre el número y el tipo de intervenciones realizadas sobre los pacientes, ya que éste puede recibir más de una actividad cada vez que acude a un centro.

9. *Índice de actividad*: relaciona el indicador actividad con el de permanencia, en base al cociente entre el número de intervenciones recibidas y el número de días que el paciente permanece en tratamiento.

10. *Indicador de carga asistencial - pacientes*: número de pacientes atendidos, en función de la tipología del profesional que le atiende en cada centro asistencial, durante un espacio de tiempo, por ejemplo, cada día.

11. *Indicador de carga asistencial - intervenciones*: número de intervenciones realizadas en función de la tipología del profesional del centro asistencial, durante un espacio de tiempo, por ejemplo, a diario.

En resumen, se podría concluir, que los sistemas de información en drogodependencias son útiles para analizar su evolución, y que los sistemas de evaluación permiten conocer los perfiles de los pacientes que acuden a tratamiento, y relacionarlos tanto con el proceso asistencial dispensado como con los resultados obtenidos (permanencia, motivos de salida del tratamiento, etc.). Los sistemas de evaluación proporcionan retroalimentación tanto para la actividad clínica como para la investigación y la gestión de recursos (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006), (Silva, 1994) (Rootman, 1980).

4.3.2.3. Programas de tratamiento

Los programas que en la actualidad se desarrollan desde el PGD en toda la RADG, y que han sido uno de los pilares para la realización de esta tesis doctoral, son los siete que se detallan a continuación, en los que en todos ellos es común la aplicación y el acompañamiento de otras medidas como: intervenciones breves, orientación familiar, consejo de salud, terapia familiar, psicoterapia individual, terapia de apoyo, intervenciones sociales, terapias farmacológicas, prevención de recaídas, intervenciones de reducción de daños, psicoterapia de grupo, o entrevista motivacional. Es importante que los pacientes reciban servicios que atiendan todas sus necesidades. Por ejemplo, si un paciente está desempleado, resulta muy útil ofrecerle orientación laboral, formación

ocupacional o búsqueda activa de empleo (BAE), a la vez que el tratamiento para la adicción.

- ***Programa de Información, Orientación y Acogida (POA).***

Su finalidad es diagnóstica, y este programa representa la puerta de entrada a la red asistencial especializada de drogodependencias (PAD, 1994). Además, de posibilitar la realización de una historia clínica básica, permite una serie de intervenciones, tanto sobre la familia como sobre el paciente, para dotarles de unas mínimas habilidades para manejar la situación en seno de la unidad familiar con el mínimo nivel de ansiedad y, simultáneamente, estructurar la demanda del paciente (Consellería de Sanidade, 2001).

Sería de elección en los siguientes casos: para la población general que desee información sobre el fenómeno del consumo de drogas, para colectivos como educadores, sanitarios, mediadores, trabajadores sociales, etc. que demanden orientación sobre el manejo de situaciones relacionadas con el tema; también para las instituciones que precisen información o asesoramiento sobre la materia, para los familiares, amigos, etc. que demanden orientación sobre cómo manejar en su medio un problema de consumo de drogas y para los individuos que soliciten orientación sobre su situación de usuarios de drogas.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

a) Con la población general: proporcionar información y asesoramiento sobre el fenómeno de las drogodependencias y ofertar formas de manejar la situación en el medio de la persona que realiza la demanda.

b) Con familiares de drogodependientes: dotarles de pautas de contención de situaciones estresantes en el seno del grupo familiar, proporcionarles pautas concretas de intervención en el medio familiar, e informarles y asesorarles sobre el proceso de

recuperación remarcando la importancia de la familia en el proceso de rehabilitación del drogodependiente.

c) Con los pacientes: asesorarles sobre la oferta terapéutica disponible en el centro para su caso, clarificar y estructurar la demanda formulada inicialmente por el paciente, establecer un diagnóstico multidimensional de su patología y ofertarles un plan individualizado de tratamiento.

- ***Programa de Tratamiento Libre de Drogas (PTLD).***

Su finalidad es la abstinencia, sin el apoyo de una medicación específica. Este programa adopta su denominación libre de drogas, por la no utilización de fármacos específicos para el mantenimiento de la abstinencia dentro de un inventario de posibles intervenciones terapéuticas.

Podría calificarse como de primera elección para el grupo de pacientes cuyas características principales serían: sujetos que no presentan consumo a derivados opiáceos, sujetos que consumiendo opiáceos, aún no han desarrollado una dependencia a los mismos, drogodependientes a opiáceos cuyo tiempo de uso de los mismos no les ha producido deterioro biopsicosocial significativo, y que no han estado con anterioridad a tratamiento de su dependencia y con un grado suficiente de apoyo familiar y social, pacientes que no presentan trastornos psicopatológicos y/u orgánicos graves y pacientes que presentan una alta motivación para la abstinencia.

Sin embargo, dada la alta frecuencia de recaídas en la conducta del drogodependiente a opiáceos, y en Galicia la heroína es la droga que motivó durante años el tratamiento en cerca del 90% de las demandas, que generalmente conllevaban la pérdida del paciente por abandono del tratamiento, es recomendable reservar el PTLD

para la fase de deshabitación inmediatamente anterior al alta terapéutica o para aquellos casos en que existieran contraindicaciones para aplicar un antagonista opiáceo.

Los objetivos a alcanzar con esta tipología de pacientes serían los siguientes: extinción de la conducta de consumo, reducción o resolución de la conflictiva intrapsíquica, familiar, relacional, etc., que presente el caso, restablecimiento del nivel de salud, en sentido amplio del usuario facilitando su proceso de incorporación social.

- ***Programa de Mantenimiento con Antagonistas Opiáceos (PTANO).***

Se trata de un programa de tratamiento para la dependencia a opiáceos, cuya finalidad es la abstinencia, apoyándose en una medicación específica, que es la naltrexona.

Casi desde principios de siglo se buscaba una sustancia capaz de bloquear o inhibir la acción de los opiáceos. Los primeros que se utilizaron en clínica, la nalorfina y la naloxona, tenían una vida media muy corta, por lo cual eran eficaces en el tratamiento de la sobredosis por opiáceos, pero no podían utilizarse en tratamientos de mantenimiento que requieren un bloqueo permanente de los receptores opiáceos. En 1965, Blumberg y su equipo sintetizan la naltrexona, antagonista puro, de vida media larga, administrable por vía oral y, por todo ello, eficaz en tratamientos de mantenimiento. No obstante, hasta 1984 no se comercializa en EE.UU. y hasta 1989 en España (Doce, 1991).

La justificación terapéutica del uso de antagonistas se explica a través su interferencia en los mecanismos de condicionamiento operante involucrados en la aparición y mantenimiento de la dependencia. La naltrexona, al bloquear los receptores opiáceos, impide la aparición de efectos gratificantes después del consumo de opiáceos, disminuyendo así el deseo de consumo y la conducta de búsqueda de la droga; a corto plazo, constituye un freno al consumo y, a largo plazo, produce una extinción de la conducta de búsqueda.

Las características del perfil de los pacientes de PMN serían las siguientes:

a) Usuarios de opiáceos con las siguientes características: corta historia de consumo de opiáceos, suficiente apoyo familiar y social, aceptable adaptación social, laboral, etc., buena motivación para abandonar el consumo, pero que necesiten subjetivamente una medida de contención farmacológica para frenar el deseo de consumo, así como para los sujetos con fracasos anteriores en el PTLD.

b) Pacientes que estén finalizando satisfactoriamente el programa de mantenimiento con metadona y que estén motivados para integrarse en el futuro en un PLD y pacientes de PLD en proceso de recaída que necesiten una terapia farmacológica de contención del deseo de opiáceos.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes: mantener al paciente en contacto con el dispositivo asistencial, posibilitando una serie de intervenciones sobre los factores que condicionan el uso de drogas, detener el uso de opiáceos, principalmente por vía parenteral, modificar los hábitos de salud perjudiciales, restablecer el nivel de salud facilitando su proceso de incorporación social.

- ***Programa de Mantenimiento con Derivados Opiáceos (PTDO).***

Es un tratamiento para la dependencia a opiáceos con un fármaco específico (metadona, en general, o buprenorfina, en otros casos), y para el cual no es imprescindible la abstinencia.

Desde que en 1965, Dole y Nyswander, consiguieron buenos resultados con la utilización de metadona a través de programas de mantenimiento, se ha mantenido hasta la actualidad un debate sobre la utilidad y necesidad de su uso, aunque los resultados de su aplicación han demostrado sobradamente su eficacia y efectividad en el aumento del poder de captación de los dispositivos asistenciales, la elevada la tasa de retención de

estos programas y consecuentemente, una mejoría global del estado del paciente drogodependiente.

Este programa, también conocido como programa de mantenimiento con metadona de alto o bajo umbral de exigencia, se ha sometido a revisión en diferentes ocasiones para actualizar sus indicaciones ante los cambios experimentados, tanto a nivel de reglamentación legal de utilización de opiáceos como por la propia evolución de la praxis del programa, que provocaron la relativización de muchas de sus indicaciones. Actualmente, según lo dispuesto en el Real Decreto 5/1996 del 5.01, que modifica al Real Decreto 75/1990 del 19.01, a efectos de inclusión de un paciente en este programa terapéutico se exigirá la existencia previa de un diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos.

Con el PTDO se persiguen los siguientes objetivos: favorecer la captación y retención del paciente en el dispositivo asistencial facilitando así, la continuidad del proceso terapéutico e incidir sobre los factores que están condicionando el problema, disminuir el consumo ilegal de opiáceos y otras drogas así como la automedicación, disminuir los comportamientos de riesgo, tanto para la salud individual como la pública, relacionados con la transmisión de la patología infecciosa asociada al consumo de VIH, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual (ETS), tuberculosis, etc., eliminar o reducir las conductas antisociales, promocionar un cambio actitudinal e conductual hacia estilos de vida más saludables o menos perjudiciales para la salud individual y de la comunidad facilitando el proceso de incorporación social del sujeto.

- ***Programa de Tratamiento con Interdictores de Alcohol (PTIA).***

Tiene como finalidad abstinencia de alcohol, apoyándose en una medicación interdictora. La población receptora es todo paciente que presente una dependencia del alcohol, y que pueda beneficiarse de una medida de contención farmacológica en relación con el deseo de consumo. También facilita el control de recaídas en otras drogas en dependientes a opiáceos o cocaína y el abordaje terapéutico sobre los factores relacionados con el uso de alcohol y otras drogas para el cual es imprescindible el mantenimiento de la abstinencia.

Son fármacos que bloquean el metabolismo del alcohol mediante la inhibición de la enzima aldehído-deshidrogenasa (ALDH), lo cual favorece la acumulación de acetaldehído, lo que provoca aparición de síntomas tales como náuseas, taquicardia, mareo-vértigo, sudoración profusa, rubefacción facial, visión borrosa, cefalea, hipotensión ortostática y sensación de dificultad respiratoria. Los síntomas pueden aparecer a los 10-20 minutos de haber consumido alcohol. Su intensidad es proporcional a la dosis del fármaco y a la cantidad de alcohol ingerido.

No actúan directamente sobre el deseo de beber, sino a modo de efecto disuasorio por el hecho de estar advertido el paciente de los efectos que se le producirán por la interacción con el alcohol. Por tanto, no actúa en sustitución de la fuerza de voluntad, sino que el paciente está ejerciendo la voluntad de no beber realizando voluntariamente una conducta de evitación que cierra el camino a posibles impulsos. Los interdictores facilitan el pronóstico favorable a largo plazo del paciente cuando solicita su inclusión en este programa terapéutico, que por otra parte, siempre debe ir acompañado de otras medidas terapéuticas de carácter psicosocial.

- ***Programa de Tratamiento de la Dependencia a Psicoestimulantes (PTDP).***

A pesar de que recibe esa denominación, en realidad, en Galicia, es un tratamiento pensado casi en exclusiva para la dependencia a cocaína, siendo su finalidad última la abstinencia. El abuso de la cocaína se ha expandido de tal manera que ha suscitado grandes esfuerzos para desarrollar programas de tratamiento para los cocainómanos. Como ocurre con cualquier drogadicción, la adicción a la cocaína es una enfermedad compleja que involucra cambios biológicos en el cerebro así como innumerables problemas sociales, familiares y del entorno del adicto. Por lo tanto, el tratamiento de la adicción a la cocaína debe ser integral y las estrategias deben evaluar los aspectos neurobiológicos, sociales, psicológicos, y médicos del uso indebido de la droga por parte del paciente. Además, los pacientes que tienen numerosas adicciones a menudo también tienen otros trastornos mentales concurrentes que requieren intervenciones conductuales o farmacológicas adicionales.

Desde la RADG y del PGD se llevan a cabo diversos abordajes de la problemática. En cuanto al enfoque farmacológico, en la actualidad no hay ningún medicamento asociado claramente por sus propiedades agonistas o antagonistas al tratamiento por el abuso de cocaína. Existen varios medicamentos comercializados para el tratamiento de otras enfermedades, por ejemplo, baclofeno, modafinilo, tiagabina, disulfiram y topiramato, que muestran potencial terapéutico y, en estudios clínicos controlados, se ha reportado que disminuyen el consumo de cocaína. Entre estos medicamentos, el disulfiram, utilizado para tratar el alcoholismo, ha sido el que más consistentemente ha disminuido el abuso de cocaína. Por otra parte, los nuevos conocimientos sobre cómo cambia el cerebro cuando se consume cocaína están dirigiendo la atención hacia nuevos objetivos para el desarrollo de medicamentos. Los compuestos que actualmente se están probando para el tratamiento de la drogadicción se aprovechan de los cambios que la

cocaína provoca en el cerebro, los cuales trastornan el balance entre la neurotransmisión excitatoria, el glutamato, y la inhibitoria, el ácido gamma-aminobutírico, GABA. Además, los receptores D3 de dopamina, un subtipo de receptor de dopamina, constituyen un novedoso objetivo farmacológico de gran interés. Actualmente se están investigando medicamentos que actúan sobre estos receptores para ver si son seguros para el uso en seres humanos. Por último, una vacuna contra la cocaína que impida la entrada de la cocaína al cerebro tiene también un enorme potencial para reducir el riesgo de las recaídas.

Además de los tratamientos para la adicción, también se están desarrollando tratamientos médicos para hacer frente a las situaciones de emergencia agudas que resultan de las sobredosis de cocaína. Otro abordaje es el de tipo conductual: se ha encontrado que muchos tratamientos de modificación de la conducta son eficaces para tratar la adicción a la cocaína, tanto en ambientes residenciales como ambulatorios. De hecho, las terapias conductuales a menudo son el único tratamiento eficaz disponible para muchos de los problemas relacionados con las drogas, incluyendo las adicciones a estimulantes. Sin embargo, el enfoque más eficaz para tratar la adicción parece ser la integración del tratamiento conductual con el farmacológico. Una forma de terapia conductual que está dando resultados positivos en la población de cocainómanos es el manejo de contingencias o incentivos para realzar la motivación. La terapia cognitiva-conductual es un enfoque eficaz para prevenir las recaídas. Esta terapia se centra en ayudar a las personas adictas a la cocaína a abstenerse y a mantenerse abstinente del consumo de cocaína y otras sustancias. La hipótesis subyacente es que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel importante en el desarrollo y la continuación del abuso y la adicción a la cocaína. Se pueden aprovechar estos mismos procesos de aprendizaje para ayudar a reducir el consumo de drogas y prevenir las recaídas, mediante la

superación del *craving*, o intenso deseo de consumo. Este enfoque trata de ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar el consumo de drogas, es decir, se les enseña a reconocer las situaciones en las que tienen más probabilidad de consumir cocaína, a evitarlas cuando sea posible y a enfrentar de manera más eficaz una serie de problemas y comportamientos asociados con el abuso de drogas. Las comunidades terapéuticas o programas residenciales ofrecen otra alternativa a los que necesitan de tratamiento para la adicción a la cocaína. Estas CTs requieren por lo general una estadía de seis a doce meses y usan a la comunidad entera como un componente activo e imprescindible del tratamiento.

- ***Subprograma de Urinoanálisis.***

La determinación de sustancias droga en orina se realiza para complementar, con datos analíticos, la historia y evolución en cuanto al consumo de drogas de los casos a tratamiento en los diferentes programas. Su finalidad general es ofrecer una evaluación objetiva del consumo o de la abstinencia, actuando como reforzador positivo del proceso terapéutico, debiéndose utilizar como elemento complementario que contribuye a mantener una relación terapéutica clara y franca entre el paciente y el equipo profesional que le trata (PAD, 1987).

Estaría indicado en todos los pacientes a tratamiento en cualquier programa desarrollado en la UAD, UDA o CT. La finalidad del SU es ofrecer una evaluación objetiva sobre una posible situación de recaída en la conducta de consumo, permitiendo su abordaje dentro del proceso terapéutico, como un elemento complementario del mismo. Por este motivo se debe evitar su utilización con el objetivo de control, desconfianza, o castigo por parte del equipo terapéutico, ya que podría comprometer todo el proceso de recuperación.

4.3.3. El proceso asistencial

El proceso asistencial tal y como se concibe desde la RADG, y que ha servido igualmente de base para la realización de esta tesis doctoral, se compone de una serie de fases:

1. *Comienzo*: el proceso asistencial comienza con la entrada del paciente en el SEA, bien por inicio o reinicio de tratamiento, desde el POA y a cada paciente se le asigna un programa (PTLD, PTDO, PTANO, PTIA, PTDP) dentro de una modalidad de tratamiento ambulatoria, semirresidencial, o residencial.

2. *Transición*: a partir del inicio de un tratamiento, y a lo largo de la vida del paciente, se suceden una serie de situaciones que le hacen cambiar de un programa a otro y de una modalidad a otra, por ejemplo ante el frecuente caso de recaída. Esta transición en general se notifica bien por cumplimentación de objetivos, o bien por reestructuración de objetivos.

3. *Intervención*: son las actividades realizadas con un paciente durante el proceso asistencial. Para asignar una intervención a un paciente, debe estar incluido en un programa y una modalidad de una UAD. Los diferentes programas y modalidades son excluyentes en la estructura del actual SEA, por lo que un paciente sólo puede tener un programa en una modalidad determinada. Esto ha sugerido una serie de controversias que se analizarán en las conclusiones finales.

4. *Tratamiento*: la actual estructura del SEA, se centra en la administración de un fármaco durante un período determinado, por ejemplo, de metadona, de codificación obligatoria, o de buprenorfina en el PTDO, de interdictores de alcohol en el PTIA y de naltrexona en el PTANO. La utilización de otros fármacos asociados a los anteriores se realiza actualmente a través de los campos de notas del GECEAS. No se recogen otros tipos

de tratamientos, como por ejemplo, los psicoterapéuticos, lo cual ha suscitado también críticas derivadas del carácter *farmacocentrista* del SEA. También se puede incluir al sujeto en cualquiera de los subprogramas mencionados anteriormente.

5. *Tipos de intervenciones*: son las realizadas con el paciente, y pueden ser de tipo individual (I), sanitaria (IS), con familia o pareja (IF), solo con familia (ISF), grupal (G), grupos de padres (GP), informes (INF), urinoanálisis, recetas, talleres, visitas fuera del centro, actividades fuera del centro, y otras. También se deben tener en cuenta los diferentes tipos de informes que habitualmente se realizan con los usuarios.

4.3.4. Los programas de tratamiento con derivados opiáceos en Galicia

Por su relevancia desde los orígenes de PGD, los programas de metadona merecen que se les consigne un apartado especial. Los PTDO han sido, sin duda, los programas responsables del actual despliegue y desarrollo de la RADG, hasta el punto de que ya Simpson et al. (1982) habían mostrado que al cumplirse dos años de la incorporación de los pacientes a los PTDO, el 67.4% continuaba en tratamiento, porcentaje que no incluía los casos que fueron derivados a otros centros de tratamiento, que cambiaron de programa o que fueron dados de alta terapéutica, que suman otro 10.3%.

Por lo que se refiere a Galicia, el estudio de referencia es el encargado por la Consellería de Sanidade, y coordinado por Sánchez Pardo (2009), titulado "*Efectividade dos Programas de Tratamento con derivados opiáceos impulsados polo Plan de Galicia Sobre Drogas*", en el que el autor de esta tesis participó activamente, junto con otros muchos profesionales de la RADG. Básicamente consistió en un estudio multicéntrico, donde a cada servicio se le encargó el seguimiento de una cohorte de pacientes de su propio servicio, durante un tiempo determinado, con el fin de conocer su evolución: permanencia, abstinencia, problemática judicial, etc. Del mencionado estudio se

desprenden algunas de las razones de la eficacia y eficiencia del PTDO, que se comentarán a continuación.

En primer lugar, los PTDO que impulsa el PGD han demostrado ser una alternativa terapéutica eficaz para asegurar el control asistencial de un elevado porcentaje de los adictos a opiáceos que accedían a tratamiento. Por otro lado, después de transcurridos 24 meses de la incorporación de los pacientes al PTDO, el 78.2% mantenía una evolución positiva en el tratamiento, bien porque continuaban vinculados a éste el 67.4% de los pacientes, bien porque fueron incluidos en un programa de mayor exigencia, como el PTLD o el PTANO (7.8%), bien porque fueron derivados a otros centros de tratamiento fuera de la red del PGD (0.3%) o bien porque una vez conseguidos los objetivos propuestos recibieron el alta terapéutica (2.7%).

Pero los PTDO no solo se muestran eficaces para asegurar el control asistencial de los pacientes que se incorporan a ellos, permitiendo la reducción de los riesgos y daños asociados al consumo de heroína, sino que constituyen una alternativa terapéutica que permite el logro de la abstinencia, según algún estudio para, aproximadamente, uno de cada diez pacientes (Fernández, 2005), aunque para otras investigaciones, confirmado con la experiencia clínica del autor de esta tesis doctoral, este porcentaje de éxito sea considerablemente mayor. Con respecto a los pacientes que continuaron en tratamiento en PTDO después de dos años, registraron cambios, estadísticamente significativos, en las áreas de calidad de vida, de salud y de consumo de drogas.

Por lo que se refiere a la calidad de vida, ésta mejora en los niveles de actividad laboral y por tanto en su autonomía económica aumentando el porcentaje de pacientes cuya fuente principal de ingresos es el trabajo, en la intensa reducción de los niveles de soledad, en el incremento de las relaciones sociales ajenas a núcleo familiar, no

consumidoras de drogas, y por tanto, en la reducción de los contactos con consumidores de drogas.

En cuanto a la salud, se observa una disminución de las urgencias hospitalarias por enfermedad o accidente sin relación directa con las drogas o por sobredosis, de las hospitalizaciones por enfermedades o accidentes con o sin relación directa con las drogas o el sida y una amplia mejora de la percepción de su estado de salud. Habría, sin embargo, que realizar un seguimiento más exhaustivo de los pacientes, especialmente entre las mujeres, para evitar algunos efectos secundarios de los PTDO, como es la ganancia de peso o el incremento del IMC (Índice de masa corporal). La obesidad puede ser un problema sanitario de primer orden, además de un factor de predisposición hacia la recaída (Fenn, Laurent y Sigmon, 2015). También se constata una disminución de las dificultades para trabajar, realizar actividades cotidianas, mantener actividades sociales, de las prácticas de riesgo relacionadas con los hábitos sexuales y de consumo de drogas. Por último, la continuidad de los pacientes en PTDO favorece el tratamiento de la patología dual.

Y, para finalizar, respecto al consumo de drogas, también se percibe una reducción de los consumos de heroína y cocaína durante el tratamiento así como de los consumos abusivos o de riesgo de alcohol. No obstante, no todos los cambios tienen la misma intensidad. Así después de 24 meses en tratamiento, los pacientes experimentan una evolución más positiva en su estado de salud orgánica y en sus relaciones sociales que en lo relacionado con el consumo de drogas y la salud mental.

Además, a pesar de los notables progresos registrados hay que prestar atención a los siguientes fenómenos: cuando se cumplían 24 meses de tratamiento, el porcentaje de pacientes que consumió heroína, cocaína o benzodiacepinas en los últimos seis meses era, respectivamente, del 53.2%, 45.6% y 26.4%, a pesar de que los pacientes que consumieron estas mismas sustancias de forma continuada, dos o más veces al mes, se

reducía hasta el 22.4%, 18.0% y 17.6% respectivamente. En segundo lugar, aunque el porcentaje de pacientes implicados en actos delictivos cometidos después de iniciado el tratamiento, relacionados o no con las drogas, se fue reduciendo a medida que avanzaba el tratamiento, la actividad delictiva continuaba siendo aún elevada.

Por otro lado, el porcentaje de pacientes detenidos, procesados judicialmente o internados en prisión por delitos cometidos en los últimos seis meses, cuando se cumplían dos años desde el inicio del tratamiento, se situaba en el 7.2%, 7.2% y 3.2%, respectivamente. Por otra parte, el 3.3% de los pacientes incluidos en el estudio seguía tratamiento en PTDO a los 24 meses en una Unidad Asistencial Intrapenitenciaria. En tercer lugar, aunque se redujeron de forma importante las prácticas sexuales de riesgo cuando se cumplían dos años de inicio del tratamiento, el 11.2% de los pacientes reconocía haber mantenido contactos sexuales con parejas ocasionales durante los últimos seis meses sin protección. El 4% mantuvo estas prácticas de forma sistemática, no utilizando nunca preservativos o haciéndolo en menos de la mitad de los contactos sexuales. Y por último, a pesar de que el uso compartido de jeringuillas u otros materiales de consumo se redujo de forma intensa, el 4.4% de los pacientes señalaban mantener esta conducta en los últimos seis meses, al cumplirse dos años en el PTDO.

En otro orden de cosas, los pacientes mostraron un elevado nivel de satisfacción con el tratamiento, a pesar de que demandan un mayor apoyo en el ámbito de los autocuidados para preservar, proteger o mejorar la salud, así como en el terreno de las habilidades sociales.

También la investigación puso de relieve la presencia de unos inusualmente elevados niveles de mortalidad entre los pacientes vinculados al tratamiento, y por tanto, de manifiesto, la necesidad de averiguar las causas de los once fallecimientos que se

registraron después de dos años del inicio del tratamiento y que representaron el 3.3% de los pacientes objeto del estudio.

Finalmente, la probabilidad de éxito de los pacientes en PTDO parece depender una serie de factores como la disponibilidad de un ámbito social adecuado, ausencia de relaciones de pareja drogodependiente, disponer de un núcleo de convivencia estable y un lugar de residencia normalizado, etc. También dependía de su compromiso para cambiar, alta motivación, aceptación de un elevado nivel de exigencia en el tratamiento, y de que se le ofreciera atención en las áreas médica, psiquiátrica y psicológica individual desde las etapas iniciales del tratamiento, y la existencia de un reducido número de experiencias previas en el tratamiento de las adicciones, es decir, haber realizado uno o dos tratamientos previos. Esta variable podría estar vinculada indirectamente con una mayor motivación frente el mismo, para reintentar superar la adicción, y con la incorporación de ciertos aprendizajes por parte de algunos pacientes que todavía mantienen expectativas o deseos de superar su problema con las drogas.

En resumen, los aspectos de la intervención que resultan susceptibles de una mejora son la reducción de las prácticas de riesgo, de la mortalidad, de los actos delictivos y de los consumos de drogas. Pero, además, es necesario que también se exploren otras vías de intervención terapéutica, para adaptar las respuestas asistenciales a las necesidades de ciertos sectores de la población heroínómana que no inician tratamiento, que lo mantienen de forma inadecuada, con interrupciones, consumos de opiáceos ilícitos o manteniendo conductas de riesgo, o que incluso lo abandonan (Sánchez, 2009).

4.4. Drogodependencias y SIDA en Galicia y en España

El 5 de junio de 1981 se describieron los primeros casos de SIDA en el mundo. A lo largo de este tiempo, la infección por el VIH ha transformado la sociedad en diferentes

campos: ha hecho avanzar de manera espectacular la investigación básica; ha cambiado radicalmente los comportamientos y las actitudes respecto al sexo y ha hecho ser más conscientes de la vulnerabilidad de la mujer en el ámbito de la sexualidad. El sida ha ayudado a entender mejor la drogadicción y a considerar que un consumidor de heroína no es un delincuente, sino un enfermo.

Se ha aprendido que los problemas de salud pública no se resuelven marginando o ignorando una realidad, y se ha constatado que el sida no es una sola epidemia, sino que está formado por múltiples epidemias, lo que hace aún más complejo su abordaje. Evolutivamente, la epidemia de SIDA en Galicia y en España, consta de dos fases bien diferenciadas: la estrechamente ligada a las jeringuillas y la transmitida por las relaciones sexuales.

El cambio de una a la otra se fue produciendo de forma imperceptible al comienzo, pero al final el giro ha sido total. En todo este recorrido hay un momento clave, que marca un antes y un después: el año 1996, con la incorporación de la terapia antirretroviral combinada. Éste ha sido uno de los avances más espectaculares de la medicina de los últimos años. Sin embargo, la disminución de la mortalidad de los pacientes de SIDA ha tenido como contrapartida una consecuencia inesperada, pues ha contribuido a bajar la guardia en la prevención de la infección.

Pero, además, como en tantas otras situaciones, la aparición de la terapia antirretroviral combinada abrió una profunda brecha entre los países ricos y los pobres que se ha ido agrandando desde entonces. Podemos afirmar que en la actualidad, hay dos epidemias de SIDA, la de los países ricos y la de los pobres. En la primera, el SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, habiéndose reducido la mortalidad de forma espectacular y frenado la diseminación del VIH. Por el contrario, en los países en desarrollo los medicamentos no llegan, los infectados se mueren y el VIH sigue

extendiéndose. Se están realizando múltiples esfuerzos para ayudar a estos países pero existen dificultades insalvables en muchos casos. En resumen, después de más de treinta años de que fuera detectada la existencia del SIDA, la lucha contra el VIH continúa siendo, a pesar de los logros que pueden llegar a garantizar la supervivencia de los enfermos, una tarea inacabada a la que todavía no se ha podido aportar una solución definitiva, como el descubrimiento y la comercialización de una vacuna con una respuesta inmunológica realmente eficaz (Cancelo, et al. 1996-2009).

Las muertes por SIDA entre consumidores de drogas por vía parenteral se están reduciendo de forma notable en los últimos años. No obstante, el SIDA sigue siendo, después de los accidentes de circulación, la segunda causa de mortalidad entre la población gallega de 25 a 34 años.

Una parte importante de la reducción de la incidencia por VIH, se debe a las políticas preventivas y de detección precoz. Desde la perspectiva del beneficio individual está aceptado por la comunidad científica que el diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Las personas con infección por VIH que desconocen su situación no pueden beneficiarse del tratamiento antirretroviral (TAR), por ello tienen mayor riesgo de desarrollar sida y su mortalidad se ve aumentada de forma muy importante respecto a las personas que acceden al diagnóstico y al tratamiento eficaz temprano. Además, el coste del tratamiento y cuidado de los enfermos con diagnóstico tardío es superior a los que se diagnostican precozmente. En la Cohorte de la Red de Investigación en SIDA (CoRIS) los pacientes con CD4 inferiores a 200 células/ μ l o una enfermedad definitoria de SIDA en el momento del diagnóstico presentaban un riesgo de muerte 5.22 veces superior al de los que no se presentaban con retraso, sin que se encontraran diferencias en las respuestas inmunológicas y virológicas al TAR. Desde la perspectiva de la prevención poblacional, se sabe que las personas con

infección por VIH que desconocen su estado serológico tienen más prácticas sexuales de riesgo que las que han sido diagnosticadas, siendo la tasa de transmisión del VIH 3.5 veces mayor entre los que desconocen su estado serológico que entre los ya diagnosticados. Algunos estudios indican que entre un 25% y un 30% de las personas con VIH desconocen su estatus serológico y que éstos son responsables del 54% de las nuevas infecciones. Igualmente, el TAR reduce drásticamente los casos de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes. En enero de 2014 han sido actualizadas las recomendaciones del uso del TAR en adultos infectados por VIH dentro de un Documento de Consenso de GeSIDA y del Plan Nacional sobre el Sida (Castillo y Rivero, 2014).

En Galicia, O Rexistro Galego de SIDA, se reguló en la Orden del 4 de diciembre de 1998, y ha resultado insuficiente para realizar una vigilancia eficaz de la infección, ya que los datos de SIDA representan lo que pasó años atrás sobre las condiciones en que se originaba la infección. Es necesario disponer de información en tiempo real, por lo que los datos sobre las nuevas infecciones por VIH pueden ser más valiosos que los de la progresión a la enfermedad por SIDA. Esto eso ha resuelto hoy en día con la puesta en marcha del nuevo Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) (Cancelo, 1996).

En cuanto a la notificación de nuevos diagnósticos, en España, hasta el 30 de junio de 2014 se han recibido desde las 17 comunidades autónomas, más Ceuta y Melilla, la notificación de 3278 casos en el año 2013, lo que representa una tasa de 7 casos por 100000 habitantes sin ajustar por retraso en la notificación (Tabla 4.2). Tras corregir por este retraso, se estima que la tasa para 2013 será de 10.3 por 100000 habitantes cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año. Los hombres suponen el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron respectivamente 12.1 y 2.1/100000. La mediana de edad

al momento del diagnóstico de VIH fue de 35 años, sin diferencias por sexo, y las tasas más altas se produjeron en los grupos de edad de 30 a 34 y de 25 a 29 años.

Tabla 4.2

Número de nuevos diagnósticos de VIH 2003-2013, por comunidad autónoma de notificación y año de diagnóstico

CCAA	Año de diagnóstico											Total
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	
Baleares	131	134	145	184	146	203	185	182	154	171	167	1802
Canarias	183	215	240	290	306	345	262	264	228	177	129	2639
Cataluña	732	768	719	755	759	759	722	784	762	780	738	8278
Ceuta	1	2	2	3	1	2	0	1	1	1	3	17
Extremadura	39	34	25	38	45	52	43	43	57	67	46	489
Navarra	35	37	32	34	33	27	39	36	28	32	44	377
País Vasco	183	148	157	153	177	200	207	194	175	162	142	1898
La Rioja	41	29	33	29	28	20	22	28	19	13	20	282
Asturias	96	112	87	80	82	122	99	107	87	78	57	1007
Galicia		208	208	213	215	213	216	170	188	220	182	2033
Madrid					955	1159	1114	1321	1189	1031	641	7410
Aragón						106	112	119	98	105	104	644
Melilla						3	2	1	4	5	6	21
Castilla L.M.						99	96	107	81	77	63	523
Castilla y León							148	133	159	125	121	686
Cantabria							51	55	43	38	41	228
Murcia							112	121	117	96	87	533
Com. Valenciana										433	348	7781
Andalucía											339	339

Fuente: Plan Nacional sobre el Sida

Categoría de transmisión: la transmisión en hombres que practican sexo con hombres (HSH) fue la más frecuente, 51.2%, seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 28.5%, y la de usuarios de drogas inyectadas (UDI), que sumó un 4.4%. Por tanto, hay que resaltar, que el 80% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2013 tienen su origen en la transmisión sexual.

Abundando en las tasas por categoría de transmisión en la Tabla 4.3, se aprecia cómo la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en HSH es muy superior a la de los otros grupos. Desglosadas las categorías de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión HSH supone el 60.2% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2013 y la

transmisión heterosexual el 19.4%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual supone la gran mayoría, con un 80.3% de los nuevos diagnósticos.

Tabla 4.3

Casos de SIDA en España 1981-2014, por año de diagnóstico, categoría de transmisión y sexo

Año de diagnóstico	HSH		UDI		HD		Transfus.		Madre-hijo		Hetero.		Otros/NC		Total		Total
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	
1981	1		0												1		1
1982	1			1	2										3	1	4
1983	4		4		4		1	1							13	1	14
1984	12		20	2	12			1	1				4		49	3	52
1985	37		95	14	19		1		3	3	2	2			159	19	178
1986	88		252	63	40	3	7	1	10	13	5	11	6	1	408	92	500
1987	211		582	133	45	2	10	10	17	17	23	24	16	5	904	191	1095
1988	340		1278	303	74	3	19	13	50	38	55	46	53	2	1859	405	2274
1989	526		1815	360	76	8	17	14	36	52	109	84	66	7	2645	525	3170
1990	585		2248	496	66	1	22	19	33	36	196	127	95	17	3245	696	3941
1991	710		2486	575	75	3	24	20	42	44	253	170	152	24	3742	836	4578
1992	795		2702	630	50	8	25	18	43	40	314	245	196	27	4125	968	5093
1993	819		2910	685	48	5	17	13	49	37	416	284	195	45	4454	1069	5523
1994	925		4164	937	63	6	13	10	47	37	607	430	195	63	6014	1483	7497
1995	961		3850	897	51	8	10	13	36	48	649	443	184	46	5741	1455	7196
1996	793		3543	863	46	8	9	8	23	32	711	469	201	48	5326	1428	6754
1997	543		2580	595	17	7	12	6	13	29	586	348	177	56	3928	1041	4969
1998	452		1783	456	10		3	3	11	13	511	294	156	41	2926	807	3733
1999	387		1482	349	4	4	4	6	7	10	432	240	187	51	2503	660	3163
2000	379		1275	333	7	1	3	1	4	9	395	265	201	51	2264	660	2924
2001	333		1074	254	10	2	8	5	7	6	402	208	177	34	2011	509	2520
2002	327		974	226	5	1	1	1	4	5	402	241	144	39	1857	513	2370
2003	358		938	208	5	2	2	2	4	6	396	228	136	24	1839	470	2309
2004	345		777	193	5	1	1	1	2	4	349	246	121	38	1600	483	2083
2005	291		690	156	3		2	2	3	6	350	228	103	34	1442	426	1868
2006	302		608	139	3		1		3	4	316	217	118	36	1351	396	1747
2007	298		538	130	4	2	1	1	5	5	299	189	130	30	1275	357	1632
2008	320		431	104	2		3	4	4	4	301	231	107	25	1168	368	1436
2009	321		357	92	3	1	1	1	6	2	288	201	113	34	1080	331	1411
2010	333		255	76	1		2		1	2	225	167	108	23	925	268	1193
2011	309		234	53	2	1			2	1	188	150	80	27	815	232	1047
2012	288		178	41			2			3	158	153	75	18	701	215	916
2013	195		100	36				1**	1		118	84	54	15	468	136	604*
01-06/14	40		18	5							19	15	9	5	86	25	111
No consta	2		21	5	1		1				3	2	2		30	7	37
Total	12622		40262	9410	753	77	222	175	467	506	9078	6042	3563	866	66967	17076	84043

Fuente: Plan Nacional sobre el Sida.

Nota: HSH= Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; UDI= Usuarios de drogas inyectadas; HD= Receptores de hemoderivados; Transfus.= Receptores de transfusiones sanguíneas; Hetero.= Relaciones heterosexuales de riesgo; V= Varón; M=Mujer; N.C.= No consta el año de diagnóstico

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a) Actualmente la tasa global de nuevos diagnósticos de VIH en España está en niveles similares a los de otros países de Europa occidental, sin embargo, a pesar de esta

mejora respecto a décadas pasadas, la tasa sigue siendo superior a la de la media de la Unión Europea.

b) Con la adhesión de nuevas CCAA en la notificación de los nuevos diagnósticos de VIH se ha alcanzado por primera vez, en 2013, la cobertura nacional para el SINIVIH, lo cual era imprescindible para realizar un correcto seguimiento de la evolución de la enfermedad.

c) La infección por VIH es una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias.

c) Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres ocupan el primer lugar en cuanto al mecanismo probable de infección en el conjunto global de datos. También son mayoría entre las personas nacidas en España y entre los varones, sean españoles o extranjeros. Por ello, el colectivo de HSH es prioritario para los programas de prevención, especialmente el grupo entre 20 y 35 años.

d) En consonancia con el aumento de población inmigrante que ocurrió en España, las personas no españolas suponen casi un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH, aunque parece que su repercusión en las cifras totales, desciende desde 2010. Por tanto, es necesario diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable.

e) En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Sin embargo, casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2013 presentaba indicios de diagnóstico tardío. Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible.

f) Durante el periodo 2008-2013 el diagnóstico tardío no ha disminuido en ninguna categoría de transmisión, aunque las cifras en HSH son mucho menores que en el resto.

g) La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2008-2013 varía según mecanismo de transmisión. La tendencia es descendente en UDI y también en la transmisión heterosexual, aunque menos marcada en este caso; y por el contrario es creciente en los HSH. Como resultado de todo ello las tasas globales están bastante estables.

h) Respecto a los nuevos casos de SIDA, la información aportada por el Registro Nacional indica que, tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz la reducción de la incidencia de SIDA en España ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

En lo referente a Galicia, si en el total de España se han contabilizado desde 1981 en que existen registros, un total de 84043 casos de SIDA, en Galicia serían 4049 casos (Tabla 4.2). En cuanto a las nuevas infecciones por VIH desde 2003, en España se han contabilizado 29.997 casos, mientras que en Galicia han sido 2033. Se estima en España viven entre 120000 y 150000 con esta infección, de los cuales entre 7000 y 8000 son gallegos o residen en Galicia. Estos datos muestran que Galicia tiene unas tasas inferiores a la media del resto de CCAA, pero por encima de la media de la UE. El nuevo sistema de vigilando, permite acercarse más al momento de la infección, como se puede constatar los datos del período 2004-2010, en el que se observa un 134% más de registros de infección por VIH, que de enfermedad por SIDA.

La evolución en Galicia de la incidencia por VIH/SIDA es similar al resto del Estado, donde la paulatina disminución desde 131 casos por millón de habitantes, hasta hoy en

día, con 17 casos/1000000 de habitantes. Por provincias, Pontevedra y Coruña son las más afectadas, seguidas de Ourense y Lugo. La razón por sexos está alrededor de 3:1, donde el 77.2% son varones. En cuanto a la tasa de mortalidad en Galicia por 100000 habitantes, ha descendido de 10.7 en 1995 a 2.3 en 2008. (Taboada, Cereijo, Lema y Márquez, 2012).

Las categorías de transmisión, en Galicia, han ido cambiando desde 1984, pasando de prevalecer la vía asociada al consumo de drogas, a un aumento, a partir de 2004, de la transmisión por prácticas heterosexuales y homosexuales. El riesgo se mantiene ya que sigue habiendo más de un 30% de consumidores que se inyectan drogas, ya que todavía existe un 35% de las relaciones heterosexuales sin protección, y porque un 23% de las relaciones sexuales entre hombres que practican sexo con hombres se practican sin protección.

En conclusión, los datos obtenidos en 2014 al analizar los casos de nuevos diagnósticos por VIH en Galicia son los siguientes: la transmisión sexual representa el 82% de los casos (45% HSH y heterosexual 37%), los UDIs representan en la actualidad el 9% de la infección y la tasa de reclusos infectados ha descendido del 23% en 1997 a menos del 7% en la actualidad.

4.5. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

La monitorización de la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, es uno de los parámetros más fiables para valorar la gravedad de los problemas ocasionados por el consumo de drogas en cualquier área geográfica. Además, como indicador indirecto, permite realizar estimaciones sobre la magnitud del consumo y su distribución social y territorial.

Con esta finalidad, se implantó en España el Indicador de Mortalidad, que se integró junto con el Indicador de Tratamiento y el Indicador de Urgencias en el SEIT. Actualmente, el SEIT se denomina Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD), y, a su vez, desde 1998 forma parte del OED.

Los tres indicadores se concibieron como un sistema consensuado en el que todas las CCAA se comprometen a recoger un conjunto mínimo de datos de acuerdo a un protocolo común. Fuera de este mínimo cada CA puede ampliar su propio sistema de información de acuerdo a sus necesidades y recursos. En el año 1992, se implantó este indicador en la Comunidad Autónoma Gallega, tras la firma de un convenio entre la Universidad de Santiago y la Consellería de Sanidade, contando, con la colaboración imprescindible de los Médicos Forenses de Galicia (Bermejo,1994). En él se recogen datos obtenidos de los Institutos de Medicina Legal recientemente inaugurados y de los Laboratorios de Toxicología, los cuales permiten conocer la verdadera tasa de mortalidad atribuida al consumo de drogas, así como su evolución a lo largo del tiempo. Además, estos datos pueden ser relacionados con otras fuentes de información referentes a la investigación en drogodependencias. Por tanto, el conocimiento de la composición y pureza de las sustancias consumidas en cada momento, es un pilar fundamental para interpretar las fluctuaciones que las tasas de mortalidad pueden sufrir, a lo largo de un determinado período (PAD, 1991).

El principal objetivo de este indicador es el análisis de la mortalidad real producida en Galicia tras reacción aguda por consumo de drogas y avanzar en el conocimiento de las características de esa muerte: circunstancias en que se produjo, características de las personas fallecidas, sustancias que causaron la muerte, intervención de otros factores además del consumo de drogas ilegales, presencia de adulterantes tóxicos, pureza de las sustancias consumidas, etc. (Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, 2005).

Las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas se estabilizaron en Galicia a partir de 1996, habiendo comenzado a descender en los dos últimos años, de forma especialmente intensa en el año 2001, donde se registraron un total de 40 muertes, un 34.4% menos que en el año anterior (Tabla 4.4).

Tabla 4.4

Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, años 2001-2011

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Total SCT	40	62	44	59	62	53	64	69	72	82	45
	Total CCT	35	56	38	45	54	46	57	54	60	68	
Sexo	V	32 (91%)	50 (89%)	35 (92%)	42 (93%)	47 (87%)	43 (93%)	54 (95%)	48 (89%)	52 (87%)	62 (91%)	41 (91%)
	M	3 (8%)	6 (11%)	3 (8%)	3 (7%)	7 (13%)	3 (6%)	3 (5%)	6 (11%)	8 (13%)	6 (9%)	4 (10%)
Razón	V:M	10,6	8,3	11,7	14	67	14,3	18	8	6,5	10,3	10,3
Edad	Media	32,7	34,1	33,2	35,1	35,9	36,1	35,2	36,7	37,3	37,8	34,3
	Mínima	3	21	21	18	19	21	20	19	20	23	18
	Máxima	49	49	50	52	53	54	46	55	52	56	54
Procede	Domicilio	23 (66%)	31 (55%)	19 (50%)	28 (62%)	30 (56%)	25 (54%)	35 (61%)	31 (54%)	35 (58%)	42 (61%)	
	Hotel	0	0	4 (10%)	1 (2%)	1 (2%)	3 (6%)	2 (3%)	4 (7%)	6 (10%)	3 (4%)	
	Calle	7 (20%)	19 (33%)	8 (21%)	14 (31%)	13 (20%)	9 (20%)	9 (16%)	13 (24%)	12 (20%)	8 (12%)	
		0	3 (5%)	0	0	2 (4%)	0	0	1 (2%)	2 (3%)	0	
	Hospital	0	0	4 (10%)	1 (2%)	2 (4%)	1 (2%)	2 (3%)	0	1 (2%)	4 (6%)	
	Cárcel	1 (3%)	2 (4%)	1 (3%)	1 (2%)	5 (9%)	6 (13%)	5 (9%)	4 (7%)	4 (7%)	8 (12%)	
	Otros	4 (11%)	1 (2%)	2 (5%)	0	1 (2%)	2 (4%)	4 (7%)	1 (2%)	0	3 (4%)	
	Desc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vía adm.	Inyectada	29%	39%	26%	31%	35%	35%	37%	35%	38%	35%	
VIH	VIH +	34%	36%	29%	37%	37%	35%	37%	33%	30%	28%	
Procedencia	Pontevedra	12 (34%)	22 (39%)	18 (47%)	19 (42%)	15 (28%)	21 (45%)	26 (46%)	22 (41%)	20 (33%)	20 (49%)	17 (38%)
	A Coruña	15 (42%)	24 (43%)	15 (39%)	22 (49%)	28 (55%)	20 (43%)	20 (31%)	25 (46%)	28 (47%)	29 (43%)	18 (40%)
	Lugo	2 (6%)	4 (7%)	0	2 (4%)	7 (13%)	4 (9%)	4 (7%)	4 (7%)	7 (12%)	12 (18%)	6 (13%)
	Ourense	6 (17%)	6 (11%)	5 (13%)	2 (4%)	4 (7%)	1 (2%)	7 (12%)	3 (6%)	5 (8%)	7 (10%)	4 (9%)

Fuente: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

Nota: SCT= Sin confirmación toxicológica; CCT= Con confirmación toxicológica; V= Varón; M= Mujer; Vía adm.= Vía de administración; Razón V:M= Razón Varón:Mujer

Estos datos están públicamente disponibles hasta 2011, y en resumen, se puede constatar que la mayor parte de las muertes por reacción aguda corresponden a varones.

Se puede afirmar que las muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en Galicia

han descendido, destacando tres datos: el descenso, por primera vez en la historia del indicador, de los fallecimientos achacados a la heroína quedando en cifras muy inferiores a los casos provocados por el consumo de cocaína; la vuelta a la disminución en la tendencia del uso de la vía parenteral que se constataba en los últimos años y la presencia de la metadona en el 47.4% de los casos estudiados. También es frecuente la presencia de alcohol, benzodiacepinas y cocaína entre los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Por otra parte, el lugar donde se ha encontrado a la persona fallecida suele ser en su domicilio o en la calle.

En un estudio italiano de similares características, se analizaron las causas de la muerte de 2708 individuos que fueron divididas en siete categorías: sobredosis, SIDA, accidentes de tráfico, suicidio, hepatopatías (cirrosis y hepatocarcinoma), otras (causas fortuitas, homicidio, neoplasias malignas, patologías cerebrovasculares, cardiopatías, enfermedades infecciosas y otras enfermedades) y causas desconocidas. La primera causa de muerte es la sobredosis (37%), seguida del SIDA (32.5%) y de los accidentes de tráfico (9.4%). El porcentaje de muertes causadas por el SIDA aumentó progresivamente, pasando de un 2.7% en 1985 a un 42.2% en 1996, reduciéndose después al 16.9% en 1998. El porcentaje de fallecimientos por sobredosis se mantuvo prácticamente constante durante todo el tiempo.

En resumen, los datos obtenidos son extrapolables a otros países del entorno, como España o a CCAA como Galicia, habiéndose comprobado que la tasa de mortalidad era trece veces superior a la de la población general. Se demostró la importancia del sexo femenino y el *drop out* de los tratamientos, independientemente del tratamiento seguido, como factores de riesgo de sobredosis. Se comprobó la paulatina disminución de muertes por SIDA gracias a la importancia de los tratamientos preventivos y terapéuticos adecuados contra la infección del VIH, VHC, etc., recomendando que las medidas que se

adopten en el campo de las drogodependencias, tanto en el ámbito de la política como en la investigación y la formación, deben tener presente el elevado porcentaje de individuos que mueren por consumo de heroína (Quaglio, Talamini, Fabio, Lechi, Venturini y Mezzelani, 2002).

Otros estudios también concluyen que la influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la dependencia de opiáceos no está clara, que el trastorno por consumo de alcohol comórbido aumenta el riesgo de muerte por sobredosis y muertes hepáticas, que el trastorno de la personalidad comórbido aumenta el riesgo de muertes relacionadas con el hígado y que la evaluación de los trastornos de la personalidad y de alcoholismo en pacientes con dependencia de opiáceos es fundamental (Bogdanowicz, Stewart, Broadbent, Hatch, Hotopf, Strang y Hayes, 2015).

Otro análisis que se puede realizar no es tanto en relación a la muerte por reacción aguda sino a la mortalidad prematura, y para ello, con el fin de valorar la magnitud de la mortalidad derivada del consumo de drogas ilegales se calcularon los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Los APVP ofrecen una información suplementaria a las simples tasas de mortalidad, ya que éstas pueden infravalorar la importancia de la mortalidad por una causa determinada.

El OEDT define las muertes relacionadas con las drogas como aquellas causadas directamente por el consumo de drogas de abuso, señalando que estas muertes ocurren generalmente poco después del consumo de la sustancia. Un estudio sobre el tema (Brugal, Barrio, Royuela, Bravo, de la Fuente y Regidor, 2004) señalaba que las estadísticas infraestimaban en buena medida la mortalidad real debido a estas sustancias. Según los autores, esta discrepancia es debida a problemas de registro y codificación de las defunciones directamente relacionadas con drogas en el Registro General de Mortalidad. Con el fin de reducir la discrepancia entre fallecimientos reales y

fallecimientos registrados el OED ha desarrollado un *índice corrector de subestimación* que permite reducir la discrepancia. El método consiste en multiplicar las muertes registradas por el índice corrector, el cual oscila entre un valor de 1.35 y 1.88 (Informe del Observatorio sobre Drogas, 2003). En total, los fallecimientos relacionados con el consumo de drogas ilegales, en Galicia, por las causas citadas oscilan entre 98 y 131 personas anuales.

4.6. Drogodependencias y exclusión social en Galicia

Evitar la marginalidad, potenciar la normalización, y facilitar la inclusión social, han sido siempre objetivos compartidos por todos los estamentos y profesionales que se dedican a las drogodependencias. Por ello, resulta fundamental analizar las dificultades que experimenta el colectivo de drogodependientes en situación de emergencia social, para el acceso o para el mantenimiento de su tratamiento en la red asistencial del PGD. Las dificultades (Pedreira, 2006) con las que se encontraría esta población son las siguientes:

a. *Dificultades de acceso a la documentación básica*: excesivas trabas burocráticas para conseguir la documentación imprescindible para acceder a las prestaciones sociales; ingresos económicos insuficientes para hacer frente a los gastos ocasionados por la gestión de estos documentos; ciudadanos extranjeros carentes de documentación que se ven limitados para formalizar su empadronamiento.

La falta de documentación en regla (DNI, permiso de residencia, empadronamiento municipal, etc.), dificulta la tramitación de la cobertura sanitaria, aunque no impide que se les preste asistencia de urgencia y que puedan acceder o beneficiarse de las prestaciones sociales.

b. Dificultades para la cobertura de necesidades primarias: las necesidades vitales básicas de esta población no siempre están cubiertas por la cobertura asistencial pública, lo cual obliga a recurrir a entidades de carácter benéfico. Las características de la mayoría de los centros de estas entidades benéficas tienden a cronificar la situación de marginación social por criterios de inclusión-exclusión, falta de profesionales que aborden la problemática con un plan de intervención terapéutico y además no cubren toda la demanda, por lo que se convierten en recursos de uso por tiempo limitado.

c. Dificultades de acceso a la vivienda: facilitar el acceso a una vivienda es un factor clave en el proceso de normalización e integración social de la persona. En muchos casos, los propios usuarios, si son beneficiarios de algún tipo de renta mínima, destinan gran parte de estos ingresos a sufragar el alojamiento en pensiones, manteniéndose así en la espiral de exclusión y marginación (Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, 2003).

d. Dificultades para acceder a las prestaciones sociales: primordialmente, en lo que respecta al tiempo de espera de su resolución. Estas prestaciones, consideradas de *emergencia* tardan varios meses en ser concedidas, por tanto, estas personas se mantienen durante este período de tiempo en condiciones de precariedad y dentro del circuito de exclusión social.

e. Subsidio de excarcelación: un alto porcentaje de las personas que estuvieron recluidas en centros penales, tras su salida en libertad, se encuentran inadaptadas, con una pobre o nula red social de apoyo, y con desconocimiento de los recursos que les pueden prestar asistencia. Así mismo, la percepción económica del subsidio de excarcelación no se hace efectiva hasta haber transcurrido un tiempo de espera para presentar la solicitud, lo que comporta, lógicamente, la carencia absoluta de ingresos durante los dos primeros meses. Esta situación arrastra a estas personas a entrar en el circuito de exclusión social, lo cual favorece la recaída o la comisión de nuevos delitos.

f. Red social de apoyo: finalmente, los procesos de desestructuración social e familiar que se fueron gestando durante la historia de vida del sujeto, sitúan a la persona en una pobre o nula red social de apoyo abocándola a situaciones de soledad, las cuales intenta paliar integrándose en el circuito de exclusión social donde, a pesar de las circunstancias, se siente acompañado. Todas estas dificultades provocan frecuentes situaciones de exclusión social que ensombrecen el pronóstico de los pacientes y dificultan un abordaje terapéutico regular y continuado (Villanueva, 2006).

En función del análisis de los datos obtenidos en un estudio de la Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias, de acuerdo con un n= 92 sujetos drogodependientes con perfil de exclusión social, se constata la existencia de un porcentaje considerable de drogodependientes con perfil de exclusión social que no se encuentran incluidos a tratamiento actualmente (42.4%) Galicia y, por lo tanto, fuera de la RADG del PGD (Pedreira, 2006).

Este dato permite varias lecturas: el éxito de la diversidad de programas terapéuticos, que consiguió incorporar a más de la mitad de la población drogodependiente de más difícil abordaje; esta incorporación a tratamiento no logró resolver la situación de exclusión social de estas personas, es decir, siguen viviendo en condiciones de precariedad, lo cual es un factor importante que hay que considerar como precursor de recaída; sigue habiendo un porcentaje alrededor del 40% que conformarían las llamadas poblaciones ocultas, a las cuales no logra acceder e incorporar a la red asistencial de tratamiento.

Otro aspecto que dificulta la inclusión social, es la extrema dificultad que experimentan los pacientes para encontrar un empleo. Existen numerosas investigaciones que demuestran que el desempeño de un puesto de trabajo, especialmente si está tutelado o protegido, facilita la rehabilitación, y la abstinencia del

consumo de drogas, comprobada, por ejemplo, mediante analíticas de orina (Aklin, Wong, Hampton, Svikis, Stitzer, Bigelow y Silverman, 2014).

Este problema, ha sido bien estudiado, y las investigaciones han concluido que existe una relación directa entre desempleo y mortalidad, a la vez que los efectos negativos pueden ser tanto transitorios como permanentes. Los efectos perjudiciales de las altas tasas de desempleo, aunque tardan en hacerse visibles entre la población general, son abrumadores, pero en los drogodependientes con una vida multiproblemática, resulta más evidente.

En una especie de círculo vicioso, el consumo de drogas conduce a una mala salud y por tanto a una menor capacidad para encontrar un trabajo, y el desempleo, provoca a su vez un estado de ansiedad, depresión, baja autoestima, etc., que lleva al consumo de drogas, y así hasta la provocación muy probable de una muerte prematura (Bender y Ioannis, 2015).

4.7. Aspectos transversales al consumo de drogas en Galicia

4.7.1. Drogodependencias y seguridad vial en Galicia

El consumo de alcohol y de otras drogas tiene un impacto muy negativo sobre la conducción, constituyendo junto con el exceso de velocidad, la fatiga y las distracciones uno de los principales factores de riesgo relacionados con los accidentes de circulación, especialmente las muertes por accidentes de tráfico en relación con el consumo de alcohol (González, Isorna y Platas, 2008).

Galicia es, después de Canarias, la que registra las mayores tasas por 10000 habitantes de sanciones por conducción de vehículos superando las tasas máximas de

alcoholemia permitidas, concentra el 11.6% del total de sanciones impuestas en España, observándose en los últimos un incremento de las mismas, superior a la media nacional.

Los accidentes con vehículos a motor constituyen la primera causa de muerte entre los hombres y mujeres menores de 34 años en España, atribuyéndose al consumo de alcohol el 45% de los fallecimientos producidos por esta causa. La enorme importancia que la ingesta de alcohol y otras drogas tiene sobre la accidentalidad y mortalidad relacionada con los accidentes de tráfico, queda de manifiesto si se observan los resultados de los análisis que el Instituto Nacional de Toxicología realiza a cerca de uno de cada cuatro conductores fallecidos en accidentes de circulación en España.

Las principales características en estudios sobre 100 cadáveres de conductores fallecidos en Galicia en accidentes de circulación, se encuentra que el 82% eran varones y el 18% mujeres, el 38% menores de 31 años, y en el 53% de los casos el día del accidente era laborable y el 47% en fin de semana. Se constata la presencia de alcohol en el 45% de los cadáveres de los conductores gallegos fallecidos en accidentes de circulación mientras que otras drogas y los psicofármacos estaban presentes en el 10%.

El negativo impacto del consumo de alcohol en la conducción queda patente al comprobar que el 36% de los conductores fallecidos presentaba concentraciones de alcohol en sangre superiores a la tasa máxima de alcoholemia permitida (0.5 g/l) y que en un 24% de los casos estas concentraciones superaban los 1.5 g/l. Destacar el hecho de que en el 45.5% de los conductores fallecidos menores de 20 años se identificó la presencia de alcohol en diferentes concentraciones.

4.7.2. Clima organizacional y asistencia al drogodependiente en el PGD

No se puede entender una asistencia eficaz y eficiente, si no hay unos criterios de calidad y un clima organizacional y laboral adecuado dentro de las entidades que

componen la RADG. La realización de un análisis de componentes principales, mediante la colaboración entre la USC y el SERGAS, posibilitó la identificación de nueve dimensiones necesarias para conseguir un clima organizacional adecuado: (1) Gestión participativa y comunicación, (2) Ambiente de trabajo e interacción con los compañeros, (3) Instalaciones, infraestructuras y recursos, (4) Demandas del puesto de trabajo, (5) Responsabilidades y desarrollo de capacidades, (6) Condiciones laborales, (7) Motivación y desarrollo personal, (8) Incentivos y reconocimiento y, (9) Carga de trabajo.

Un análisis de la fiabilidad, permite también concluir que la escala posee una elevada consistencia interna (0.94) y que todos los ítems contribuyen a medir un mismo constructo, por lo que no es recomendable la eliminación de ninguno de ellos (Rial et al. 2009).

Los principios básicos que sustentan la gestión por procesos implica para la organización, la aplicación de una serie de principios básicos de calidad, como son: satisfacción del cliente, seguimiento y control, mejora continua, dirección basada en los resultados y satisfacción del personal.

Otras experiencias en Galicia, como la de ACLAD Alborada, en Vigo, mediante la evaluación de las dimensiones: puesto de trabajo, gestión del centro, ambiente de trabajo, comunicación y coordinación, condiciones ambientales, infraestructuras y recursos, implicación en la mejora y motivación y reconocimiento, ha concluido que los diez criterios o circunstancias más importantes para mejorar la calidad asistencial y el clima laboral son los siguientes: elaborar de un catálogo de funciones, potenciar la formación e investigación, refuerzo verbal y *feedback*, delegar funciones, elaborar un manual de procedimientos (protocolos, etc.), ofrecer información institucional personalizada, valorar la profesionalidad de todos, equidad, reparto de la carga de trabajo, evaluación periódica, clínica, de cada paciente, contar con el equipo para la toma de decisiones, y

mejorar las condiciones laborales: horarios, salario, instalaciones, promoción interna, equipamientos, etc. (Cancelo, 2010).

Han sido muchas las organizaciones de atención a las drogodependencias que a lo largo de estos años han seguido el modelo de certificación de calidad que venían siguiendo solamente las empresas de producción o con un claro sentido de beneficio económico. Las ONGs de Galicia y de España, se han acreditado con diversos sellos de calidad, pero en general han seguido una serie de principios basados en la satisfacción del cliente y de los profesionales. Para ello hay que implicar a toda la organización y a su dirección, hay que buscar el proceso adecuado y las herramientas necesarias para cada cliente, hay que analizar los indicadores de resultados y hay que aplicar las medidas correctoras y de mejora. Las dimensiones sobre las que hay que intervenir son: fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comprensión y comunicación (UNAD, 2007).

4.7.3. Cuantificación de los costes sociales del consumo de drogas ilegales en Galicia

El consumo de drogas ilegales se encuentra directamente relacionado con una serie de problemas sociosanitarios que generan importantes costes económicos para el individuo y para el conjunto de la sociedad. Laurie (1980) propone que si un toxicómano no es curado, puede asegurarse que tarde o temprano morirá o abandonará las drogas. Pero el daño físico producido por las drogas no es fácil de determinar; las estadísticas son demasiado escasas para calcular el número de muertes y suicidios aun cuando se conociera el número de ciudadanos que están en peligro. Remontándose a las primeras investigaciones sobre drogas, observamos que para Winick (1962) las dos terceras partes de los toxicómanos el uso de opiáceos es un proceso que abarca una parte de sus vidas

comparativamente breve, descubriendo que la duración media de una toxicomanía era de 8,6 años. Los análisis mostraron que la toxicomanía se extiende en general desde los veinte hasta los treinta y cinco años. En este sentido, se podrían establecer consecuentemente, las siguientes categorías:

1. Una gran mayoría de los consumidores abandonan la droga durante un período muy corto de tiempo.

2. Existe una relación entre la duración de la toxicomanía y la edad de comienzo del consumo. Cuanto más pronto se empieza, más tarde se termina.

3. Sugiere que existen dos grandes grupos de toxicómanos: el adolescente y el de mediana edad, que corresponderían al modelo moderno y antiguo de toxicomanía. A los 18 años el joven se enfrentaría con el problema de decidir qué clase de persona es; a los 37 años, el hombre debería aceptar lo que ha llegado a ser.

4. El hecho de que no se tengan noticias de un paciente durante un tiempo puede significar que ha muerto, que oculta con éxito el uso clandestino de drogas, que está en prisión o que se ha rehabilitado. Esta afirmación, pone de manifiesto las dificultades que entraña el ofrecer estadísticas sobre altas terapéuticas, abandonos de tratamiento, etc.

Otra cuestión importante es la cuantificación de los costes que suponen las drogodependencias para un país o para un territorio dado, más allá de los puramente económicos. Contemplar los efectos de las enfermedades sin tener en cuenta aspectos como la mortalidad prematura, pérdidas de productividad, probabilidad de cometer actos delictivos, etc. supone una grave infravaloración de su impacto. Por lo tanto, al analizar este aspecto de las adicciones hay que considerar tanto los costes directos, sanitarios como no sanitarios, como los costes indirectos (Rivera y Oliva, 2007).

En base a la clasificación económica más utilizada en los estudios de costes de enfermedad, el consumo de drogas genera costes de tipo directo (en asistencia sanitaria,

en programas de investigación, prevención y rehabilitación, costes judiciales,...), costes indirectos, derivados de pérdidas de productividad laboral, y costes intangibles, de los que casi nunca se habla, como son el dolor y el sufrimiento del consumidor y de su entorno social más cercano. En cuanto a los costes indirectos, el consumo de drogas ilegales genera problemas de salud que repercuten en una reducción en la disponibilidad, la calidad, y la efectividad de la fuerza de trabajo remunerada y no remunerada, sector doméstico (Rivera, Casal, Currais y Rungo, 2012).

La economía se ha aproximado al consumo de sustancias nocivas para la salud a través de dos vías (Rodríguez, 1990). Primero, el análisis institucional, mediante el cual se realiza un análisis de los mercados, sean drogas legales, como en la mayoría de los países industrializados son el tabaco y el alcohol, o bien sean drogas ilegales. En esta aproximación se estudiarían los determinantes de la demanda, así como los condicionantes de la oferta, incluyendo la intervención de los poderes públicos.

En segundo lugar, la evaluación microeconómica de los costes generados por el consumo de estas sustancias y la evaluación de la efectividad, en primer término, y la eficiencia, en último término, propondrían medidas concretas y políticas y programas dirigidos a reducir el impacto del consumo de las drogas: análisis coste-beneficio y análisis coste-efectividad (Oliva y Rivera, 2006).

En cuanto a la producción laboral perdida, los resultados confirman, a pesar de las dificultades metodológicas que este tipo de estudios presentan, una menor probabilidad de estar trabajando en aquellos individuos que son consumidores problemáticos o dependientes de drogas. El objetivo es tratar de asignar un valor económico a la producción que se pierde como resultado de los efectos que causa el consumo de drogas de dependencia sobre la capacidad productiva de las personas admitidas a tratamiento, es decir, el coste de oportunidad.

La identificación y medida del tiempo de trabajo remunerado perdido debe tener en cuenta, tres tipos de pérdidas: el tiempo de trabajo perdido por ausencia del trabajo, el tiempo perdido por la productividad reducida durante el tiempo de trabajo bajo los efectos de la enfermedad y el tiempo del paciente empleado para utilizar los servicios sanitarios (desplazamiento, espera y tratamiento).

Este enfoque utiliza los salarios como medida de la pérdida potencial de producción para la sociedad debida a la reducción del tiempo de trabajo remunerado que causa la enfermedad. La hipótesis central del método del capital humano es la asunción de que las variaciones en las rentas salariales se deben principalmente a la acumulación de capital humano a través de la formación y la experiencia acumulada (Puig y Pinto, 2001; Casal, 2013).

Se confirma reiteradamente que el consumo frecuente de drogas está determinado de manera endógena con la participación laboral, y por tanto se confirma la existencia de una relación negativa entre consumir drogas y participar activa y eficientemente en el desempeño de un puesto de trabajo. Tomando las tasas de empleo y las ganancias estimadas para Galicia en las encuestas de población activa y de estructura salarial, las pérdidas de producción de la muestra de individuos se estiman en aproximadamente en Galicia, en 15 millones de euros (Rivera, Casal, Rungo y Currais, 2010).

Lo que importa no es el coste total de la enfermedad, sino lo que se puede hacer para mitigarla o evitarla y los recursos necesarios para ello. A este respecto se suele distinguir entre costes directos e indirectos.

Así, los costes directos comprenden los costes sanitarios (enfermedades relacionadas con el consumo de drogas ilegales, las derivados de accidentes de circulación y laborales, y las derivados de delitos violentos), relacionados con delitos (por encarcelamiento por tráfico o por consumo de drogas ilegales, costos judiciales,

relacionados con delitos contra la propiedad, costes policiales y accidentes de tráfico), costes de cuidados informales, otros costes directos (programas de rehabilitación y reinserción laboral, costes administrativos de transferencias e investigación). También hay que tener en cuenta los costes sanitarios hospitalarios de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas ilegales.

A modo de ejemplo, que sería extrapolable al resto de costes, entre tuberculosis, VIH/SIDA, hepatitis y enfermedades directas, se contabilizaron 2070 episodios hospitalarios y 23998 días de estancia hospitalaria. Otros coste son los derivados de la asistencia no hospitalarios del VIH/SIDA, los recursos específicos para la atención a los drogodependientes y los costes directos no sanitarios en programas de prevención, reinserción, formación, investigación, evaluación y coordinación.

Lo costes indirectos, por su parte, son los derivados de la mortalidad prematura (muertes producidas directamente por el consumo de drogas ilegales, muertes por enfermedades relacionadas con el consumo de drogas ilegales, VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis...), enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de drogas ilegales, víctimas mortales de delitos relacionados con el consumo de drogas, costes derivados de la pérdida de productividad laboral, de la pérdida de productividad doméstica, derivados de la pérdida de actividades de ocio, etc.

En la distribución porcentual del coste se observa que el 33% corresponde a los costes directos, representando los costes indirectos, el 66.85%, una gran parte del coste total. Dentro de los costes directos destacan los costes sanitarios y dentro de estos los costes originados por el VIH/SIDA (55.18%), atención primaria (0.76%), asistencia hospitalaria (6.93%) y los recursos específicos asistenciales (37.13%).

De acuerdo con la estimación más conservadora el coste social del consumo de drogas ilegales en Galicia se acercaría a 129 millones de euros, mientras que si se

considera el límite superior alcanzaría la cifra de 133 millones de Euros (Rivera y Oliva, 2007).

CAPÍTULO 5

INVESTIGACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA EN DROGODEPENDENCIAS

Quando en un sistema de terror y acusaciones se lleva a la imaginación constantemente hasta el borde del vicio, la gente se despeña a causa tan sólo del miedo a caer.

William Hazlitt

La importancia de la investigación en epidemiología de las drogas de abuso, o de las drogodependencias en general, radica en que permite dimensionar la magnitud del problema del consumo de las drogas entre la población, contribuir al estudio de sus consecuencias y calcular el grado de adecuación, eficacia y eficiencia, de las soluciones o de los tratamientos empleados.

Sin embargo el rasgo que más diferencia a la epidemiología de otras disciplinas biológicas, es el estudio de la frecuencia de fenómenos en grupos de sujetos, es decir, en poblaciones. Mientras que las ciencias experimentales en el laboratorio estudian, sobre todo, relaciones deterministas o no estocásticas, la epidemiología se centra en relaciones probabilísticas o estocásticas. En esta disciplina, los potenciales factores etiológicos de las enfermedades, como las drogodependencias, no siempre la causan. Así, una persona que consume drogas puede o no desarrollar una enfermedad mental, contraer una enfermedad infecciosa, morir por sobredosis, delinquir o ingresar, aunque la primera posibilidad sea bastante más frecuente que la segunda. Los factores causales aumentan la frecuencia o probabilidad de desarrollar una enfermedad, son factores de riesgo, pero no

aseguran su desarrollo. La epidemiología proporciona información para responder a las tres preguntas hipocráticas de la prevención:

1. Ha demostrado que muchas enfermedades son prevenibles o controlables, ha identificado los determinantes de los problemas de salud y ha comprobado que la intervención es posible y además eficaz. Por todo ello, es considerada una ciencia básica de la medicina preventiva y de la salud pública.

2. Si la enfermedad es prevenible, la epidemiología permite averiguar cuáles son las estrategias de prevención y de control más adecuadas, mediante los tipos de estudios observacionales, que en general producen grandes avances en la identificación de los factores de riesgo más importantes de las enfermedades.

3. Por último, posibilita saber cuál es la magnitud del beneficio de las estrategias de prevención. Esta información es quizás la más importante para conseguir que una estrategia de prevención pueda llevarse a la práctica una vez formulada. Por último, otra parte importante de información es la distribución de los beneficios de prevención a lo largo del tiempo. Así, se podría simular cuál es la reducción de la mortalidad por consumo de drogas, que se podría obtener año a año, mediante las políticas desarrolladas en materia preventiva y asistencial (Rodríguez y Banegas, 2009).

Respecto a la etiología de las enfermedades, el triángulo epidemiológico causal de las enfermedades está formado por el medio ambiente, los agentes y el huésped. Un cambio en cualquiera de estos tres componentes alterará el equilibrio existente para aumentar o disminuir la frecuencia de la enfermedad, por lo tanto se pueden llamar factores causales o determinantes de la enfermedad. En el caso de las drogodependencias, esa tríada de factores, se podría resumir en: la sustancia, la personalidad del sujeto y el momento sociocultural (Olievenstein, 1983).

5.1. Bases de la epidemiología

Las bases de la epidemiología moderna fueron sentadas por Girolamo Fracastoro (Verona, 1487-1573) en sus obras *De sympathia et antipathia rerum* ("Sobre la simpatía y la antipatía de las cosas") y *De contagione et contagiosis morbis, et eorum curatione* ("Sobre el contagio y las enfermedades contagiosas y su curación"), ambas publicadas en Venecia en 1546, donde Fracastoro expone sucintamente sus ideas sobre el contagio y las enfermedades transmisibles.

Se considera al inglés John Graunt (1620-1674), quien publicó en 1662 el libro *Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality*, sobre Londres, uno de los precursores de la epidemiología y de la demografía.

Un progreso muy importante en el siglo XX, publicado en 1956 con los resultados del estudio realizado por médicos británicos, fue la demostración de la relación causal entre fumar tabaco y el cáncer de pulmón.

La epidemiología surgió del estudio de las epidemias de enfermedades infecciosas, de ahí su nombre y en el siglo XX los estudios epidemiológicos se extendieron a las enfermedades y problemas de salud en general, analizados mediante diversos métodos, entre los cuales los de la demografía y la estadística son especialmente relevantes. La epidemiología, que, en sentido estricto podría denominarse epidemiología humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, e integra los métodos y principios de estas ciencias para estudiar la salud y controlar las enfermedades en grupos humanos bien definidos.

La epidemiología es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas

específicas. Es una parte esencial de la Salud Pública y por tanto, dentro de una concepción básicamente colectiva, debe utilizarse obligatoriamente ejercida para la vigilancia y los riesgos de las enfermedades, tanto en el ámbito internacional, nacional, regional como en el local.

Es por tanto una disciplina que se ocupa del estudio de los problemas de salud, las enfermedades incidentes y prevalentes y del riesgo de contraerlas tanto a nivel de unidades territoriales y de grupos poblacionales, como en relación con las condiciones de vida que se traducen en la elaboración de un inventario de los perfiles del daño, y de las respuestas sociales y sanitarias para afrontarlos. Tradicionalmente, la epidemiología ha sido definida como aquella disciplina que versa sobre el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en diversas poblaciones (Lilienfeld y Lilienfeld, 1980). En una etapa posterior, el término de epidemiología se amplió al incorporar entre sus objetivos la investigación de los factores implicados en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad (Gálvez, 1993). En concreto, según este autor, la epidemiología aplicada al campo de la salud mental, las drogodependencias y las adicciones deben ser enmarcadas en el campo de la salud mental, puede definirse como el método científico aplicado a estudiar los fenómenos de salud y enfermedad mental en las poblaciones, así como las condiciones, causas y circunstancias por las que se distribuyen en los distintos grupos sociales.

Por otra parte, el artículo 6 de la Ley 41/2002, básica, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y deberes en materia de información y documentación clínica, dice: "Derecho a la información epidemiológica: los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, así como el derecho a que esta información se

difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la ley” (SERGAS, 2012).

Resulta interesante matizar que, mientras la investigación procedente del análogo experimental y del nivel clínico, considera al individuo como parte de un grupo, o como sujeto particular, el foco de atención en la epidemiología se desplaza hacia la población. Tal y como puede desprenderse de la propia definición que conlleva la epidemiología, una investigación de este tipo implicaría un proceso amplio y complejo que, en términos amplios, exigiría delimitar la enfermedad objeto de estudio, definir la población con la que se va a trabajar, determinar los factores que podrían subyacer supuestamente en la aparición del trastorno, y establecer el período de tiempo transcurrido entre la exposición a la causa y la observación del efecto (Arévalo y Vizcarro, 1990).

Por otra parte, la denominada epidemiología comunitaria pretende que los ciudadanos se hagan cada vez más responsables del cuidado de su propia salud, aspecto que en el consumo de drogas es absolutamente relevante, superando los modelos tradicionales como el médico asistencialista o ecológico puro y proponiendo modelos integrales entre la gestión social y la investigación epidemiológica.

En esta disciplina se estudian y describen la salud y las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona. El tiempo que tarda en surgir, el momento del año en la que aparece, el lugar en donde se han presentado los casos (la ciudad, la población, el país, el tipo de zona, etc.), y las personas más propensas a padecerla (niños, jóvenes, ancianos, etc., según el caso).

5.1.1. Metodología de la epidemiología

La epidemiología, cuyos primeros antecedentes datan de la época de Hipócrates (siglo IV a.C.), ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Entre los siglos XVII y XX ya se habían realizado de forma aislada algunos estudios de investigación de enfermedades siguiendo un método científico que sentaría las bases del moderno método epidemiológico (Royo y Damián, 2009).

La epidemiología se basa en el método científico para la obtención de conocimientos, a través de los estudios epidemiológicos. Ante un problema de salud, y en función de los datos disponibles, se formula una hipótesis, que debe traducirse en una serie de consecuencias contrastables mediante experimentación, se realiza entonces un proyecto de investigación que comienza con la recogida de datos y su posterior análisis estadístico para obtener medidas de asociación (odds ratio, riesgo relativo, razón de tasas), medidas de efecto (riesgo atribuible) y medidas de impacto (fracción etiológica o riesgo atribuible proporcional), tanto a nivel de los expuestos como a nivel poblacional.

Es decir, el método de investigación epidemiológica, como variante del método científico experimental, consta de las siguientes etapas: observación y descripción de la realidad, elaboración de hipótesis, verificación de la hipótesis, y resolución e inferencia causal (Castilla, 2009).

De los resultados de esta investigación es posible obtener conocimientos que servirán para realizar recomendaciones de salud pública, pero también para generar nuevas hipótesis de investigación. En resumen, las fases del método epidemiológico son: recolección de antecedentes, elaboración de hipótesis causales, comprobación sistemática, evaluación final, vigilancia e intervención. En oposición, las fases del método clínico son anamnesis y examen clínico del enfermo, hipótesis diagnóstica, comprobación

diagnóstica con laboratorio y otros medios auxiliares, pronóstico, tratamiento y evaluación final en términos de curación, secuelas o muerte.

5.1.2. Objetivos de la epidemiología

Para Jeniceck, (1996), la epidemiología pretende dar respuestas a una serie de interrogantes sobre la salud de las poblaciones, que una vez resueltos, contribuirán a mejorar la calidad de vida de los individuos y de las colectividades. Esta disciplina, en el caso de las drogodependencias, ayuda a:

- a) Distinguir entre enfermedad grupal y patologías individuales sobre la base de grupos comparativos y de control. En este sentido las adicciones se caracterizan justamente por su gran prevalencia entre las sociedades, y para su estudio, en especial para conocer el impacto de los factores de riesgo que precipitan el problema, no es fácil contar con la metodología basada en el seguimiento de grupos comparativos y de grupos control.
- b) Diferenciar la noción de fenómeno de grupo, que no es exclusiva para las enfermedades contagiosas, aunque en algún momento las drogodependencias lo parecieran.
- c) Verificar las redes de causalidad y determinación epidemiológicas, a pesar de las dificultades que ello entraña.
- d) Estas relaciones etiológicas, no pueden determinar sin recurrir de forma especializada a la estadística, a la epistemología, así como a otras herramientas como la informática.
- e) Buscar la determinación de la causalidad a través de mecanismos biosociales integrados, utilizando modelos epidemiológicos que se aproximen a intervenciones realizadas en contextos naturales.

- f) Evaluar permanentemente mediante estudios epidemiológicos, los métodos diagnósticos utilizados, así como los problemas de salud, dentro de su propio contexto y de su relación con otros problemas sanitarios.
- g) Relacionar los fenómenos de salud, o del consumo de drogas, con factores socio-económicos que puedan favorecer la aparición del trastorno entre los usuarios de drogas.
- h) Buscar poblaciones diana o centinela adecuadas para realizar o aplicar los resultados de los estudios de intervención epidemiológica, tanto en el ámbito de la asistencia, como en el de la prevención de las drogodependencias.

La epidemiología, en resumen, es parte importante de la Salud Pública y contribuye a determinar si la enfermedad o problema de salud es prevenible o controlable, cual es la estrategia de intervención, de prevención o de control más adecuada y poder cuantificar su beneficio. En este sentido, la medicina y la psicología modernas, basadas en la evidencia, para acercarse mejor a los trastornos, se fundamentan igualmente en los métodos de la epidemiología.

La cuestión de la población, como punto crucial en cualquier estudio epidemiológico, ha sido abordada en diferentes ocasiones (Del Rey Calero, 1980; Vázquez-Barquero, 1993). Según señala este último autor, “este fenómeno conlleva un elevado coste de los proyectos, ya que se invierten una gran cantidad de recursos con la inclusión de individuos sanos, de ahí que esta aparente dificultad pueda ser subsanada mediante el desarrollo de diseños de investigación de doble fase”, procediendo de la siguiente forma:

- a) En la primera etapa, se utiliza un procedimiento de selección, denominado screening, para identificar la probabilidad que tienen los sujetos de ser casos y diferenciarlos de los no casos. Dicho en otros términos, en esta primera fase se intenta

categorizar la población en probable sano y probable enfermo. Diferentes entrevistas, estructuradas o semiestructuradas, tales como las denominadas *Clinical Interview Schedule* (Goldberg, Cooper, Eastwood y cols., 1970), *Diagnostic Interview Schedule* (Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981) o *Present State Examination* (Wing, Cooper y Sartorius, 1974), así como diversos cuestionarios de aplicación general, siendo los más comúnmente utilizados el *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972) y el *Symptom Check List 90 (SCL-90)* (Derogatis, 1975), conforman el amplio abanico de los instrumentos de medida característicos del screening. Estas pruebas no sirven para efectuar diagnósticos, sino únicamente para clarificar casos de sospecha (Rodríguez-Pulido y Montes de Oca, 1993), (Vázquez-Barquero, 1993).

b) A continuación, durante la segunda fase, se pretende establecer un criterio definitivo de morbilidad. Sobre una muestra de sujetos más reducida, el objetivo consiste en establecer un diagnóstico y una catalogación más precisa de la entidad nosológica basada en la evaluación clínica de un equipo de expertos o en otro tipo de pruebas complementarias.

Uno de los estudios epidemiológicos más ampliamente reconocidos en el contexto psicopatológico ha sido llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental (EE. UU.) a lo largo del período de 1980 a 1984. Dicho proyecto, denominado *Programa de Áreas de Captación Epidemiológica (Epidemiologic Catchment Area, ECA)* (Regier, Meyer, Kramer y cols., 1984), fue diseñado con finalidad de establecer la prevalencia de los trastornos mentales en la población general e identificar los factores etiológicos de riesgo. En cada una de las seis ciudades de Estados Unidos (New Haven, St. Louis, Baltimore, Durham, North Carolina y Los Ángeles) se recogieron, mediante la aplicación de la *Diagnostic Interview Schedule*, datos correspondientes a 3000 sujetos de la población general y a 500 pacientes hospitalizados en varias instituciones. Los resultados en función de las

diferentes categorías de los desórdenes psicopatológicos, por ejemplo, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, problemas de adicción, etc., han sido recopilados en su mayor parte por el grupo de Regier (Regier, Narrow y Rae 1990; Regier, Farmer, Rae y cols., 1990).

Finalmente, tal y como se ha venido especificando en repetidas ocasiones (Bromet, 1984; Von Korff y Eaton, 1989; Weissman, 1985), los estudios epidemiológicos también se centran en: establecer las dimensiones de mortalidad y morbilidad como una función de la persona, el lugar y el tiempo, estudiar la distribución y magnitud de los problemas de salud mediante la estimación de las tasas de incidencia y prevalencia e identificar y definir síndromes. Salta a la vista, que estos criterios afectan de plano al estudio de las drogodependencias.

Otro concepto también importante es el de transición epidemiológica, que constituye un proceso de cambio dinámico, a largo plazo, en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar, que aportan un interés capital para el estudio de las drogodependencias:

1. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.

2. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.

3. Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante en aras de la morbilidad, de sus secuelas y de sus invalideces.

4. Polarización epidemiológica, que se produce cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.

5.1.3. Medidas de frecuencia y de efecto

Las medidas de frecuencia se reflejan en los estudios aplicando varias metodologías estadísticas que sirven para estimar, entre otras, la incidencia, las personas que han iniciado el consumo de drogas en un periodo concreto, y la prevalencia, cantidad de personas que consumen sustancias en un periodo determinado en Galicia, España o Europa, por ejemplo. Las más importantes son:

a) *Incidencia*: existen dos tipos importantes de medidas de incidencia: la incidencia acumulada o proporción de incidencia y la tasa de incidencia.

En primer lugar, la incidencia acumulada (IA) relaciona el número de casos con el tamaño poblacional al comienzo de un periodo de tiempo (Δt). Esta medida por tanto supone la proporción de personas, por ejemplo jóvenes drogodependientes, que han enfermado en ese periodo, en Galicia. Como toda proporción no tiene unidades y sus posibles valores están entre 0 y 1. Otra característica de las proporciones es que pueden interpretarse en términos de probabilidad: la probabilidad de desarrollar una enfermedad en un periodo de tiempo. También puede usarse el término riesgo, pero para que pueda estimarse el riesgo es necesario que las personas del grupo al inicio de seguimiento puedan desarrollar la enfermedad, es decir, que sean susceptibles de padecerla.

En segundo lugar, la tasa de incidencia, I , basada en denominadores de persona-tiempo permite analizar datos obtenidos del seguimiento de poblaciones dinámicas, es decir, permiten entradas y salidas. La tasa de incidencia se define como el número de casos nuevos por cada unidad persona-tiempo de observación, en este caso, las admisiones a tratamiento por consumo de drogas, que se producen en un tiempo y en un territorio dado. El número de personas-tiempo se obtiene sumando los tiempos en

observación que cada sujeto de estudio está en riesgo de ocurrencia del suceso que se trata de medir. Hay que señalar que el denominador de la tasa de incidencia es bidimensional, compuesto no sólo por el tamaño poblacional sino también por la cantidad de tiempo de observación. La inclusión de la dimensión temporal ofrece una medida de la velocidad con la que se produce una enfermedad en una población (Damián Moreno, J., 2009).

b) *Prevalencia*: la prevalencia se define como la proporción de sujetos con una determinada característica, normalmente una enfermedad como la drogodependencia en un momento o período establecido y es el cociente resultante del número de personas enfermas, dividido entre el total de la población. Se trata de una medida con un carácter estático. Es como una fotografía dónde se refleja la magnitud de un problema en una población en un momento dado. Normalmente se utiliza la prevalencia puntual, cuando se hace referencia a un momento concreto. La prevalencia de período hace referencia a las personas que en algún momento del periodo correspondiente estuvieron enfermas. Como proporción, puede expresarse en términos de probabilidad, en este caso, la probabilidad de estar enfermo en un momento determinado (Rial y Varela, 2008).

c) *Relación entre prevalencia e incidencia*: como se veía hace un momento, la prevalencia puede considerarse como un subconjunto compuesto por personas afectadas por una enfermedad; al subconjunto se entra enfermando y se sale por muerte o curación. En el caso de esta tesis, el SEA contempla algunos más supuestos de salida, como el abandono, las derivaciones, etc., que se analizarán en profundidad en el capítulo 7. Por tanto, el flujo de entradas está determinado por la tasa de incidencia de enfermedad (I) mientras que el flujo de salida está determinado por la tasa de incidencia de terminaciones de enfermedad (I'). En una situación estable, sin migraciones, el número de entradas al subconjunto de prevalencia es igual al número de salidas.

d) *Otras medidas utilizadas con frecuencia son:*

- Odds: es la razón entre una proporción y su complementaria. Expresa cuánto más probable es la ocurrencia de un fenómeno en relación con la no ocurrencia. Su rango está entre cero e infinito. Cuanto menor es el valor de la probabilidad más se acerca al valor de la odds. Son muy utilizadas cuando se comparan entre sí mediante razón ('odds ratio').

- Tasa de letalidad: es la proporción de muertes entre los enfermos. Es la incidencia acumulada de muerte en un grupo de enfermos y es frecuentemente utilizada en drogodependencias, por razones evidentes.

- Tasa de ataque: es la proporción de casos que se producen en una población cerrada y en un tiempo muy determinado. Es una incidencia acumulada. Normalmente se utiliza esta terminología en el estudio de brotes epidémicos.

e) *Medidas de efecto:* para poder estimar el efecto que tiene la exposición a un factor de riesgo en la ocurrencia de una enfermedad es necesario conocer la parte de la tasa de incidencia en población expuesta que no se debe a la exposición, es decir, se debe restar la tasa de incidencia que hubiera tenido esta misma población expuesta en el caso de no haber estado expuesta. En otras palabras, si se pudiera asumir que dos poblaciones son iguales en todo excepto en una variable, exposición o no exposición, las diferencias que se encontraran en sus tasas de incidencia se atribuirían necesariamente a la exposición (Damián, 2009).

Otros estudios analizan los problemas derivados del consumo de drogas, como es, por ejemplo, la comorbilidad, que consiste en padecer algún otro trastorno además del que se estudia, en este caso, los trastornos por uso de sustancias, de tipo psiquiátrico o de otra naturaleza.

En cuanto al análisis de los datos epidemiológicos, señalar que consiste básicamente en la obtención de medidas que ayuden a realizar inferencias. Normalmente

el interés reside en la estimación de parámetros, puntual y por intervalos de confianza, y en el contraste de hipótesis.

El objetivo de los procedimientos estadísticos aplicados al análisis de datos de estudios epidemiológicos es evaluar la asociación entre un determinante (característica, exposición, hábito, etc.) y la ocurrencia de una enfermedad, por ejemplo, la relación entre factores de riesgo, factores de protección y padecer una drogodependencia. Los cálculos dependen del modelo estadístico que se utilice. En general, y debido a su facilidad, se utilizarán modelos basados en la distribución normal. Estos métodos, también denominados aproximados o asintóticos, son apropiados en el caso de muestras grandes (Damián y Aragonés, 2009).

5.2. La investigación epidemiológica. Ramas de la epidemiología

Se han referido al menos tres niveles de análisis distintos y complementarios en la aproximación epidemiológica: nivel descriptivo, nivel analítico, y nivel experimental. Los estudios epidemiológicos se clasifican según su finalidad en descriptivos y analíticos. Los estudios descriptivos son los que estudian la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y enfermedad, mientras que los analíticos se dirigen a evaluar presuntas relaciones de causa-efecto. En otras palabras, los estudios descriptivos tratan de dar respuesta a preguntas sobre el ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿quiénes? y ¿cómo?; mientras que los estudios analíticos tienen por objeto responder al ¿por qué? de los fenómenos de salud y enfermedad (Castilla, 2009).

5.2.1. Epidemiología descriptiva

El nivel descriptivo, que se identifica con el término de epidemiología descriptiva, tiene como objetivo examinar la distribución de los trastornos, por ejemplo por el uso de

sustancias, dentro de la comunidad. La epidemiología descriptiva se centra en tres aspectos esenciales: las personas, el lugar, y el tiempo (Del Rey, 1980). Con respecto a las personas, identifica factores como la edad, sexo, heredabilidad, raza, clase social, ocupación, etc., y en relación con el tiempo, son factores relevantes la época del año, la evolución temporal del trastorno, etc. Un ejemplo de variables de lugar, serán el barrio, la disponibilidad de drogas, etc.

El elemento básico de medida en la epidemiología descriptiva es la tasa, es decir, la proporción de casos durante un período de tiempo específico en una población determinada. Las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad constituyen dos índices centrales de la epidemiología descriptiva. La primera se refiere al número de casos nuevos de enfermedad que ocurren en una población definida durante un período de tiempo determinado, siendo usualmente de un año. A su vez, la tasa de prevalencia señala el número del total de casos de un trastorno existentes en una población que se han acumulado a lo largo de un intervalo de tiempo concreto.

En torno a este concepto se han diferenciado tres tipos, las cuales varían en función del intervalo de tiempo empleado: la prevalencia puntual, que corresponde al momento en el que se ejecuta el estudio, la prevalencia de período, referida a un intervalo de un año o de seis meses, y la prevalencia vital, que incluye el número de individuos de una población que han tenido un episodio del trastorno en algún momento de su vida.

Las tasas de incidencia y prevalencia suelen ser importantes para examinar las hipótesis etiológicas sobre el origen de la enfermedad, que pueden poseer o no significación causal; los datos de la epidemiología descriptiva son importantes para establecer hipótesis que son posteriormente probadas a través de otros procedimientos metodológicos (Bromet, 1984). La presente tesis doctoral, dadas las características de los

datos, del método, del procedimiento, etc., se identifica plenamente con esta rama de la epidemiología.

La metodología de esta tesis encaja en los denominados estudios observacionales, que no son otra cosa que estudios de carácter estadístico y demográfico, ya sean de tipo sociológico o biológico -estudios epidemiológicos- en los que no hay intervención por parte del investigador, y donde éste se limita a medir las variables que se definen en el estudio. Los estudios observacionales, presentan una serie de ventajas, puesto que son más prácticos y factibles de llevar a cabo puesto que la cooperación de los sujetos es menos necesaria y sus resultados son más generalizables a poblaciones geográfica o demográficamente definidas, como la de Galicia, lo que les faculta para establecer metas de salud pública orientadas a una determinada acción, por ejemplo a la eficacia y a la eficiencia en el tratamiento de las drogodependencias. Pero también presentan inconvenientes como el escaso control de las influencias de los factores de confusión sobre los resultados del estudio y que debido a la falta de control por parte del investigador, cada estudio observacional tiende a ser único, siendo más difícil la replicabilidad de sus resultados por parte de otro investigador. Esos factores de confusión distorsionan la medida de la asociación entre dos variables, y el resultado de la presencia de una variable de confusión puede ser positiva, cuando el surge un efecto donde en realidad no existe o la exageración de una asociación real o, por el contrario, negativa, cuando lo que produce es una atenuación de una asociación real e incluso una inversión del sentido de una asociación real.

Gran parte de la investigación biomédica es de tipo observacional y los trabajos basados en estudios observacionales a menudo poseen una calidad insuficiente, lo que dificulta la evaluación de sus fortalezas y debilidades para generalizar los resultados. Teniendo en cuenta la evidencia empírica y las consideraciones teóricas, un grupo de

expertos en metodología, investigadores y editores de revistas científicas, desarrollaron una lista de recomendaciones para aumentar la calidad de las publicaciones de los estudios observacionales, denominada *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

La Declaración STROBE consiste en una lista de verificación de 22 puntos que guardan relación con las diferentes secciones de un artículo: título, resumen, introducción (contexto, fundamentos, objetivos), metodología (diseño del estudio, contexto, participantes, variables, fuentes de datos y medidas, sesgos, tamaño muestral, variables cuantitativas, métodos estadísticos), resultados (participantes, datos descriptivos, datos de las variables de resultado, resultados principales, otros análisis) y discusión (resultados clave, limitaciones, interpretación, y generabilidad). De ellos, 18 puntos son comunes a los tres diseños de estudio: cohorte, casos y controles, y transversales y los otros cuatro son específicos para cada una de estas tres modalidades. La Declaración STROBE también proporciona a los autores información sobre cómo mejorar la calidad de los artículos e investigaciones basados en estudios observacionales, facilitando a los revisores, editores de revistas y lectores su apreciación crítica y su interpretación. Para la realización de esta tesis se ha tenido el propósito de utilizar estas recomendaciones con el fin de mejorar la validez científica de las conclusiones a las que se ha podido llegar (Vandenbroucke et al., 2009).

En este estudio observacional de cohortes, se sigue a las personas durante un periodo de tiempo. Se trata de una cohorte abierta, y en éstas a diferencia de las cohortes cerradas, la población en estudio es dinámica ya que los sujetos entran y salen del estudio en diferentes momentos en el tiempo, por ejemplo, con un abandono o con una recaída. Las cohortes abiertas en drogodependencias cambian por diversas causas, especialmente debido a los fallecimientos, a los diversos motivos de salida de los programas, a los

cambios de centros de tratamiento y a las entradas en prisión, pero la composición de la población respecto a variables como edad y sexo puede permanecer constante, en especial durante en un periodo de tiempo corto. Otra rasgo del diseño de esta investigación es su carácter transversal, puesto que se estudia a todos los individuos de una muestra en el mismo momento en el tiempo, es decir en cada año desde 1995 a 2013, y con el fin de investigar la incidencia o la prevalencia, entre otros factores, de la una enfermedad o trastorno como la drogodependencia.

En resumen, podríamos concluir que los sistemas de información en drogodependencias son útiles para analizar su evolución, y que los sistemas de evaluación permiten conocer los perfiles de los pacientes que acuden a tratamiento, y relacionarlos tanto con el proceso asistencial dispensado como con los resultados obtenidos (permanencia, motivos de salida del tratamiento, etc.). Los sistemas de evaluación proporcionan retroalimentación tanto para la actividad clínica como para la investigación y la gestión de recursos. (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006), (Silva, 1994) (Rootman, 1980).

5.2.2. Epidemiología analítica

La epidemiología analítica identifica causas asociadas a las tasas que nos aporta la epidemiología descriptiva: ¿por qué una tasa de incidencia de drogodependencia es elevada en un grupo determinado de población y no en otro?, ¿por qué ocurre esto con respecto a un trastorno y no con respecto a otro?, etc., son preguntas características que se hace la epidemiología analítica. Estas causas son lo que en términos epidemiológicos se denomina factores de riesgo, o condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado. Se han señalado tres tipos fundamentales

de factores de riesgo, es decir, los concomitantes sociales, los factores predisponentes y los factores precipitantes.

Los concomitantes sociales o demográficos constituyen el nivel más bajo de investigación etiológica (Cooper y Shepherd, 1983). Pertenecen, en gran medida, al nivel de la epidemiología descriptiva, siendo definidos como aquellos elementos que coexisten con algún tipo de trastorno. Serían concomitantes sociales aspectos como la clase social, el aislamiento social, los grupos de riesgo, etc.

Los factores predisponentes están ligados al concepto de vulnerabilidad, entendido como vulnerabilidad individual, es decir, del organismo. Actúan durante períodos prolongados, o bien en etapas precoces de la vida. En la investigación psicopatológica ha sido frecuente estudiar en niños factores de riesgo predisponentes como las complicaciones del embarazo, problemas del nacimiento, la patología familiar, etc., como posibles causas de posteriores trastornos psicológicos. Cooper y Shepherd (1983) han identificado al menos tres modalidades diferentes de factores de predisposición: factores genéticos, factores prenatales y perinatales, y factores psicosociales, que ocurren durante las edades tempranas de vida posnatal como privación materna, experiencias de pérdida durante la infancia, maltrato, abuso sexual, etc. Estos últimos son especialmente relevantes entre los pacientes drogodependientes.

Por último, los factores precipitantes se han entendido como aquellos que concurren momentos antes de desencadenarse el trastorno en cuestión. Un criterio básico establecido por los autores referidos arriba es que se produzca una asociación significativa entre el inicio del trastorno y la presencia de un cambio ambiental claramente definido. Aunque se asume la distinción de los factores de riesgo en términos de concomitantes sociales, predisponentes y precipitantes, a veces resulta difícil asignar a un factor de riesgo, de forma exclusiva, una de estas categorías.

El conocimiento de los factores de riesgo permite establecer nuevos índices, además de los de incidencia y prevalencia, como son, la expectativa de riesgo y el índice de morbilidad (Ibáñez y Belloch, 1982).

Primeramente, la expectativa de riesgo es la probabilidad de un individuo de presentar un trastorno determinado siempre que esté expuesto al mismo durante el período de riesgo en que suelen aparecer dichas alteraciones. En segundo lugar, la combinación de los diferentes índices (incidencia, prevalencia, expectativa de riesgo, frecuencia proporcional, etc.) pueden ser utilizados para medir la morbilidad de las poblaciones, es decir, su capacidad de presentar una determinada alteración o trastorno.

Lo dicho anteriormente, permite establecer tasas de aparición de nuevos casos o de nuevas formas patológicas y relacionarlas con las condiciones en que viven las poblaciones, ecología, así como determinar la influencia que tienen los cambios sociales sobre los trastornos psicológicos (Ibáñez y Belloch, 1982).

Los factores de riesgo, cuyo resultado es una probabilidad, pueden ser de dos tipos: el riesgo absoluto, que mide la incidencia del daño en la población total, dicho de otra manera, la probabilidad que tiene un sujeto de sufrir un evento a lo largo de cierto tiempo, y el riesgo relativo, que compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen.

Por lo tanto, para concluir, de lo anterior se desprende que la incidencia de una enfermedad en una población se denomina riesgo absoluto, que el riesgo absoluto puede indicar la magnitud del riesgo en un grupo de personas con una cierta exposición, pero puesto que no tiene en cuenta el riesgo de enfermedad en sujetos no expuestos, no indica si la exposición se asocia a un mayor riesgo de la enfermedad.

5.2.3. Epidemiología clínica

La epidemiología clínica es una disciplina que estudia los determinantes de la enfermedad en ámbitos clínicos, formula predicciones sobre pacientes concretos partiendo del método científico y de la evidencia existente, utiliza métodos científicos sólidos que garanticen que dichas predicciones sean exactas, representa una base sólida para la toma de decisiones clínicas, y permite dejar de lado prácticas basadas únicamente en la experiencia o que puedan resultar dañinas para los pacientes.

La práctica clínica es el origen, fuente de preguntas y destino final de la epidemiología clínica. Se trata de una disciplina básica y reciente en la formación de los profesionales sanitarios, y en las disciplinas afines al campo de la salud humana. Se trata de aplicar el método científico a la resolución de problemas clínicos, y se ha definido de varias formas: como el estudio de los determinantes y consecuencias de las decisiones médicas (diagnósticas, pronósticas y terapéuticas) que se toman con respecto a los enfermos, y como el estudio de las variaciones en los desenlaces de la enfermedad y de las razones que conducen a ello (Imaz y González, 2009).

Se basa en el conocimiento y aplicación correcta de los instrumentos metodológicos de la epidemiología, bioestadística, bases bibliográficas y probabilidad para reducir la variabilidad y la incertidumbre en el ejercicio de las ciencias de la salud. Apoya a la medicina basada en pruebas, para orientar al médico, al psicólogo y al resto de profesionales sanitarios en la asistencia y en el cuidado de los pacientes, mediante la aplicación del conocimiento científico disponible.

El ámbito de estudio, investigación y desarrollo de la epidemiología clínica lo constituye: lo normal y lo patológico, los estudios observacionales y las inferencias causales, la pregunta de investigación y la pregunta clínica, la validez interna y externa,

los elementos de confiabilidad y validez de las mediciones, el traslado de los resultados de los estudios a la práctica clínica, el diseño de preguntas e instrumentos de medición clínica, la lectura crítica de la literatura médica, el diagnóstico médico y las pruebas tamiz o screening, el pronóstico, el tratamiento, las revisiones sistemáticas, el análisis de decisiones, el análisis económico en salud y las guías de práctica clínica.

5.2.4. Epidemiología experimental

El tercer tipo de investigación epidemiológica es la denominada epidemiología experimental. Aunque algunos autores (Del Rey, 1980), ven la epidemiología experimental únicamente como una modalidad de la analítica, generalmente se entiende que aquella implica la manipulación de la muestra de sujetos asignando al azar grupos de tratamiento, o sea, a la exposición de un agente ambiental (Bromet, 1984). Busca, mediante el control de las condiciones del grupo a estudiar, extraer conclusiones complejas que con la mera observación no son deducibles y se basa en el control de los sujetos a estudiar y en la aleatorización de la distribución de los individuos en dos grupos, un grupo experimental y un grupo control. Se ocupa de realizar estudios en animales de laboratorio y estudios experimentales con poblaciones humanas.

Normalmente, la epidemiología experimental se vale en sus procedimientos metodológicos del denominado experimento natural, donde muestras de sujetos expuestas a un agente ambiental determinado, por ejemplo la disponibilidad o no de drogas en un barrio de una ciudad, se comparan con sujetos no expuestos a dicho agente. Por tanto, no se trataría de métodos experimentales propiamente dichos, ya que muy rara vez se emplean en la verificación de hipótesis causales. Una nueva aplicación de la epidemiología experimental ha sido referida por Garrido (1993), cuyo principal objetivo se focaliza en averiguar las causas de las enfermedades, investigación etiológica, y en

evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas y de los programas de salud, investigación evaluativa. Debido a razones éticas y legales, la aplicación de la variante etiológica de la epidemiología experimental resulta limitada en gran medida, siendo más factible su uso en la evaluación de las acciones sanitarias.

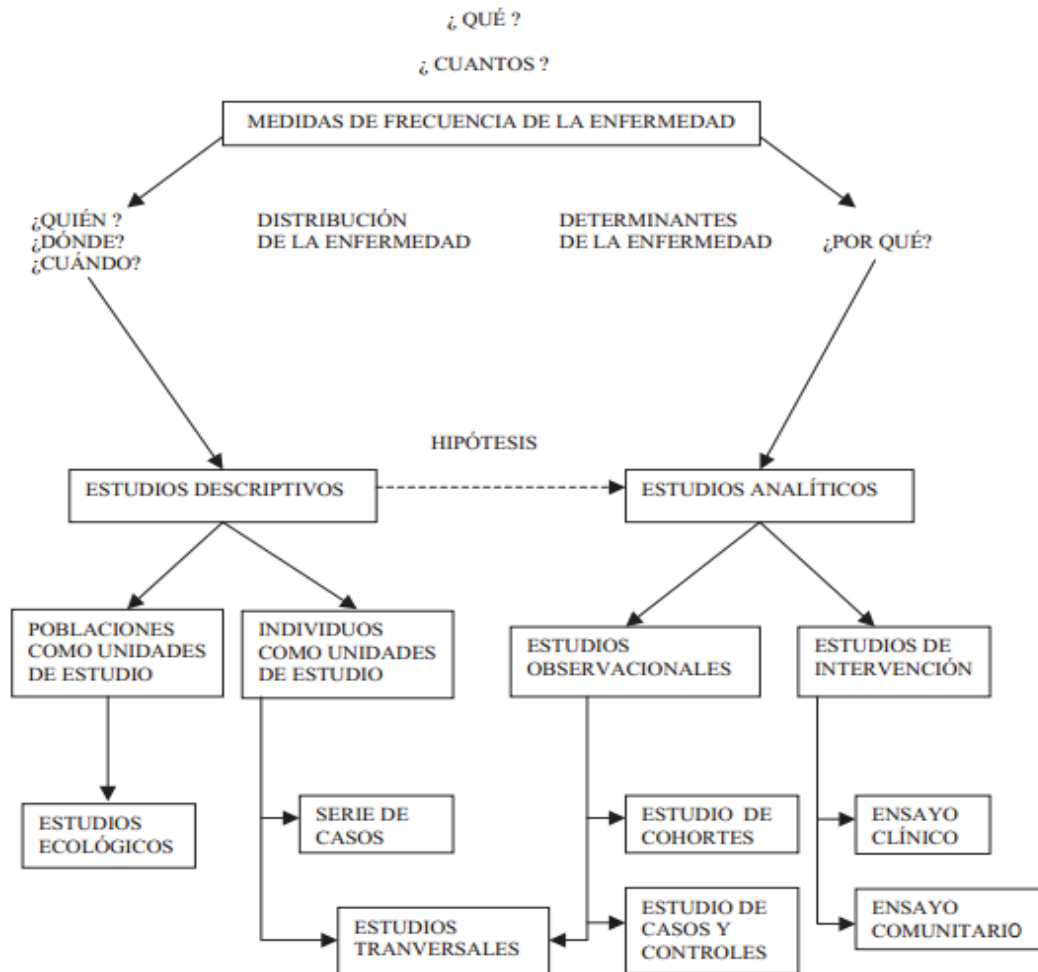
Desde este punto de vista, dicha orientación epidemiológica se extiende tanto al campo de las investigaciones clínicas, para probar la eficacia de un nuevo tratamiento o una medida preventiva, ensayos clínicos, como a los contextos comunitarios en orden a constatar la efectividad de un programa de intervención concreto, ensayos comunitarios (Garrido, 1993). Este autor clasifica la epidemiología experimental según tres tipos generales de diseños: ensayos clínicos aleatorizados, ensayos comunitarios aleatorizados y ensayos comunitarios no aleatorizados.

5.2.5. Ecoepidemiología

Esta rama de la epidemiología, busca, mediante herramientas ecológicas, estudiar integralmente cómo interaccionan los factores ambientales con las personas y poblaciones en los medios que los rodean y cómo ello puede influir en la evolución de enfermedades que se producen como consecuencia de dicha interacción. La unidad típica de análisis estadístico es un área geográfica, como puede ser una sección censal, una provincia o un país. Para cada grupo o área, es posible estimar la distribución de exposiciones o al menos el nivel promedio de exposición, y se podría estimar la tasa de enfermedad general, pero se carece de la información conjunta de medidas de niveles de exposición y estatus de enfermedad a nivel individual.

Por ello, es imposible obtener la tasa de incidencia en los grupos expuestos y no expuestos a partir de datos ecológicos, debiendo recurrir a estimaciones indirectas. La estimación indirecta de efectos en los estudios ecológicos y temas claves como el control

de variables de confusión, contienen complicaciones metodológicas que hacen de los mismos un área de la epidemiología con una alta especialización. Se define como ecológico, todo estudio en el que las unidades de análisis son poblaciones o grupos de personas más que individuos (Figura, 5.1).



Esquema adaptado a partir de materiales docentes de J. M. Martín-Moreno.

Figura 5.1. Clasificación de los estudios epidemiológicos

Profundizando en la ecoepidemiología, señalar que las mediciones ecológicas pueden clasificarse en tres tipos:

1. Medidas agregadas. Se trata de resumir las observaciones sobre individuos en cada grupo expresándolas como medias o proporciones. Por ejemplo la proporción de consumidores de heroína, de drogodependientes en paro o de seropositivos al VIH.

2. Mediciones ambientales. Son características generalmente del lugar en el que los miembros del grupo viven o trabajan, por ejemplo, drogodependientes en situación de emergencia social, viviendo en la calle, etc. Cada medición ambiental tiene su análogo a nivel individual y la exposición individual puede variar dentro del grupo.

3. Mediciones globales. Son características de grupos, organizaciones o áreas para las que no existe una analogía con el nivel individual, al contrario que las mediciones ambientales, por ejemplo densidad de población, tipo de sistema de salud, orientación del partido gobernante, etc. (López-Abente, 2009).

5.3. Métodos básicos de investigación epidemiológica

La investigación epidemiológica básicamente emplea procedimientos retrospectivos, la obtención de datos se orienta hacia el pasado, transversales, centrados en un momento dado más o menos puntual, y prospectivos, cuando la investigación se efectúa longitudinalmente conforme avanza el tiempo.

Cada uno de estos métodos posee sus propias ventajas e inconvenientes. Parece indudable, no obstante, que los métodos longitudinales son más apropiados para investigar relaciones causales. Por tanto, mientras que la epidemiología descriptiva suele utilizar en gran medida métodos transversales y retrospectivos, la epidemiología analítica y experimental se vale en mayor grado de la metodología longitudinal. Los métodos retrospectivos y transversales, no obstante, pueden ser muy útiles en la epidemiología analítica para establecer hipótesis que posteriormente son contrastadas mediante

métodos prospectivos. También se pueden emplear conjuntamente las estrategias retrospectivas, transversales y longitudinales dando lugar a diseños mixtos.

La investigación epidemiológica constituye el principal campo de aplicación de la estadística correlacional en psicopatología y posiblemente, como han sugerido algunos autores (Carson, Butcher y Coleman, 1988), constituye el área más prometedora de los estudios correlacionales.

Partiendo de que estas orientaciones metodológicas pueden emplearse, de forma aislada o conjunta, en la investigación psicopatológica, se pueden señalar los tipos de diseños correlacionales más representativos para investigar la conducta anormal. Aunque se utilizan fundamentalmente en el campo de la epidemiología, esto no quiere decir que no puedan emplearse con otras finalidades dentro de la investigación psicopatológica. Por ejemplo, también se pueden incluir los métodos consanguíneos, igualmente denominados genéticos, ya que, sean entendidos o no como procedimientos de investigación epidemiológica, son métodos correlacionales y participan de las características generales señaladas anteriormente para estos métodos. Así pues, se pueden estudiar en primer lugar, los diseños de muestreo de caso-control, que incluyen sujetos clínicos, en segundo lugar, los diseños de cohortes, que parten de la inclusión de sujetos no clínicos, y finalmente, los diseños consanguíneos o genéticos (Pogue-Geile y Harrow, 1984).

Los principales problemas metodológicos básicos asociados a la investigación epidemiológica (Ibáñez y Belloch, 1982) son, por un lado, la existencia de dificultades para identificar la aparición de un caso, de forma que pueda ser identificado como distinto de los no casos. En segundo lugar, la presencia de una problemática relacionada con el papel que juega la teoría en la investigación, que en el caso de las drogodependencias, es particularmente importante, ya que intervienen factores de tipo social que hacen que las

definiciones sean más ambiguas. Por último, la concurrencia de dificultades para determinar las variables independientes.

Aparte de estos problemas generales, las autoras previamente mencionadas hacen referencia a problemas más específicos, destacando entre ellos los relacionados con las fuentes de datos, con los índices estadísticos utilizados y con la interpretación de los resultados obtenidos.

Por lo que respecta a los primeros, el problema central se relaciona con la fiabilidad y validez de los datos demográficos. En relación con los índices estadísticos, los problemas pueden derivarse de fenómenos como las variaciones de la población, por ejemplo, los índices de prevalencia pueden depender del crecimiento y disminución de la población, la interacción entre variables de la población (edad, sexo, ocupación, etc.) y diagnóstico, y la existencia de casos clínicos no detectados. Por último, existen problemas asociados a la interpretación de los resultados obtenidos. En este sentido, además de la problemática que conlleva la multiplicidad de factores psicosociales y demográficos implicados, está presente el problema que representa la tendencia de interpretar los datos en términos de causalidad (Pérez y Veira, 1991).

5.3.1. Diseños de muestreo de caso-control

La característica definitoria de estos diseños consiste en que el grupo de casos, constituido por sujetos que comparten algún tipo de diagnóstico psicopatológico, por ejemplo, una drogodependencia, se compara con un grupo de control, ya sea un grupo de sujetos clínicos o normales, respecto a alguna variable de interés. La designación de caso y de control respectivamente se decide según tengan o no la enfermedad objeto de estudio, aunque en principio los controles podrían ser personas sanas o enfermos de cualquier otra patología.

En consecuencia, un aspecto sumamente importante que surge en relación con este tipo de diseños tiene que ver con el proceso de selección de ambos grupos, casos y controles, cuyas directrices son las siguientes: en primer lugar deberá utilizarse la totalidad de la población de casos o en su defecto una muestra representativa de los mismos, que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del estudio sea el más breve posible. Como regla general es preferible seleccionar sólo casos incidentes, esto es, individuos diagnosticados una vez comenzado el estudio, en vista de que los sujetos con historias largas de tratamiento no pueden ser representativos de los casos tratados en general (Pogue-Geile y Harrow, 1984). Un tercer factor de selección se refiere al fenómeno institucional en el que los sujetos se encuentran inmersos. En este sentido, deberá primar un criterio multicéntrico, según el cual el investigador deberá obtener información sobre pacientes atendidos en diversos centros hospitalarios y asistenciales (Doreste, 1993; Pogue-Geile y Harrow, 1984).

Otro conjunto de normas generales a tener en cuenta para seleccionar las muestras de control incluye las siguientes (Doreste, 1993): los controles deberán tener las mismas posibilidades de estar expuestos a los factores de riesgo que los casos, por lo tanto, conviene excluir como controles aquellos sujetos cuya asociación con el factor de riesgo sea elevada, por ejemplo, los depresivos no podrían ser controles en un estudio diseñado para valorar la influencia del alcohol como factor en el suicidio. Finalmente, el grupo de controles deberá ser comparable con el de casos y la probabilidad de exposición de los controles al factor de riesgo debería ser similar a la de la población general.

Incluidos en esta categoría metodológica pueden diferenciarse los cuatro diseños siguientes:

a) Diseños de evaluación transversal o transeccional: suelen utilizarse para identificar características clínicas o antecedentes de un trastorno. Se caracteriza porque

la evaluación se efectúa de forma transeccional, en el grupo de interés y en el grupo control y resulta ser el diseño más común en la investigación psicopatológica.

b) Diseños de evaluación retrospectiva: se emplean para identificar antecedentes de algún trastorno psicopatológico, por ejemplo, acontecimientos o sucesos psicosociales.

c) Diseños de seguimiento retrospectivo: una característica definitoria de este diseño es que los sujetos han sido identificados con anterioridad al comienzo de la investigación, por ejemplo, los sujetos se diagnostican retrospectivamente a partir de historias originales disponibles en algún hospital o en alguna Unidad Asistencial de Drogodependencias. Posteriormente, los sujetos son localizados y evaluados en base a las características que se deseen investigar. Estos procedimientos se suelen llevar a cabo para describir y predecir el curso del trastorno. Uno de los más serios problemas metodológicos asociados a este diseño es el determinado por el sesgo de selección de las muestras, por ejemplo, ¿qué pacientes son los que pueden ser localizados? Seguramente los localizables comparten alguna características sociodemográficas distintivas, de los no localizables.

d) Diseños de seguimiento prospectivo: los sujetos se establecen y evalúan al principio de la investigación, siendo posteriormente estudiados en períodos de tiempo previamente establecidos.

5.3.1.1. Los estudios longitudinales

Un estudio longitudinal es un tipo de estudio observacional que investiga al mismo grupo de gente de manera repetida a lo largo de un período de tiempo, años, en ocasiones décadas o incluso siglos, en investigaciones científicas que requieren el manejo de datos estadísticos sobre varias generaciones consecutivas de progenitores y descendientes. Por ejemplo, en drogodependencias se utilizan para seguir a los pacientes, durante un período

de tiempo, incluso toda la vida, para conocer su evolución: alta terapéutica, abandono, fallecimiento, cambios vitales, etc. En relación a este tipo de estudios se pueden realizar las siguientes acotaciones:

1. *Estudio longitudinal frente a estudio transversal*: el estudio longitudinal, a diferencia del estudio transversal, permite el seguimiento de los mismos individuos a través del tiempo y de sus generaciones precedentes y siguientes eliminando los denominados efectos de cohorte. Por lo tanto las diferencias observadas en las personas tienen menos probabilidades de ser el resultado de las diferencias culturales entre las generaciones y mostrar por tanto diferencias cualitativas o cuantitativas realmente significativas. Debido a este gran beneficio frente a los estudios transversales, los estudios longitudinales ofrecen indicadores más precisos de los cambios en las sociedades estudiadas y además, su gran potencial permite que sus conclusiones puedan aplicarse en otros campos de las ciencias sociales.

En ciencias sociales los estudios longitudinales permiten distinguir fenómenos de corto, medio y largo plazo, su distribución y su continuidad específica. Así, por ejemplo permite saber cómo afectan a una sociedad las drogodependencias. Si la tasa de drogodependencia es del 3% en un punto en el tiempo, esto puede significar que el 3% de la población son siempre adictos, es decir, siempre los mismos, o que de toda la población un 3% experimenta la drogodependencia, alternándose por tanto los individuos. Los estudios longitudinales nos permiten diferenciar esas situaciones y determinar con claridad cuál es la situación. Con los estudios transversales, ésta y otras muchas situaciones no pueden conocerse.

2. *Estudios longitudinales en demografía sociológica*: en los estudios longitudinales se utiliza la demografía sociológica para la investigación de acontecimientos de la vida de los individuos y varias generaciones de individuos, y para el tratamiento de los datos

demográficos se utilizan técnicas estadísticas de análisis longitudinal. Es necesaria una metodología específica para obtener resultados satisfactorios y por la complejidad de los datos existen varios tipos de software estadístico. En el análisis demográfico histórico han sido fundamental el método de reconstitución de familias inventado por Fleury y Henry (1976), que muestra la gran ventaja del análisis longitudinal, estudios de intervalos que separan dos acontecimientos demográficos, que son más productivos que los análisis transversales.

3. *Estudios longitudinales en demografía biológica*: la demografía biológica comprende estudios de aspectos médicos de los fenómenos demográficos; incluye la epidemiología, la ecología general y humana, la biometría de la fecundidad y la mortalidad y también la genética de las poblaciones. Se utilizan para descubrir predicciones de ciertas enfermedades o trastornos como las drogodependencias.

5.3.2. Diseños de cohorte

Los diseños de cohorte se componen de un grupo cohorte definido en base a alguna característica común diferente al diagnóstico, más un grupo de control. Normalmente, la cohorte se selecciona en relación a su exposición o no a algún factor de riesgo, en este caso de padecer una adicción. De forma más precisa, es posible apuntar que los diseños de cohortes se basan en el estudio de dos grupos de sujetos, todos ellos carentes de la patología que intentamos analizar, que difieren en el grado de exposición, expuestos o cohortes versus no expuestos o controles, a un factor de riesgo determinado, que son seguidos en el tiempo para comparar la incidencia en ellos de ciertas conductas psicopatológicas. Es por esto que la finalidad general de estos diseños consiste en asociar el factor de riesgo con la aparición y desarrollo de la enfermedad (Bromet, 1984),

pudiéndose distinguir dos tipos de estudios de cohortes, dependiendo de si están basados en diseños de cohortes prospectivos o diseños de cohortes retrospectivos.

En el diseño de cohortes prospectivo se identifican las cohortes libres de enfermedad, en un momento dado, en función de la exposición diferencial a algún factor de riesgo, y se siguen longitudinalmente en el tiempo, hacia el futuro, para estudiar los efectos de tales factores; las variables psicopatológicas, por ejemplo, se evaluarían a posteriori, con el tiempo.

En el diseño de cohortes retrospectivo, por otra parte, se seleccionan las cohortes en un momento dado en base a unas características de exposición concretas de los sujetos, ocurridas en un tiempo delimitado del pasado, mediante registros preexistentes. Posteriormente se estudia retrospectivamente el estatus psicopatológico ocurrido entre aquel momento del pasado y el momento en que se realiza la investigación.

En investigaciones epidemiológicas de alto riesgo suele preferirse la dimensión prospectiva a la transversal y retrospectiva, puesto que a través del procedimiento longitudinal puede estudiarse más apropiadamente la implicación de los factores de riesgo en el desarrollo del trastorno (Matthews, 1988). No obstante, estos diseños poseen los problemas derivados de las dificultades para llevar a cabo el seguimiento de los sujetos, a veces bastante prolongado, el coste económico, la pérdida de la muestra, la mortalidad asociada al consumo de drogas, la posible influencia de los exámenes periódicos en la exposición de los sujetos a los factores de riesgo que podría llegar a provocar la consecuente aparición de los trastornos, y por último, en la difícil reproducción en diferentes contextos de población (Doreste y Rodríguez-Pulido, 1993).

5.3.3. Diseños consanguíneos

Los diseños consanguíneos, también denominados diseños genéticos, además de poseer el grupo de casos y el de controles, incluyen una cohorte de familiares de los casos, la cohorte consanguínea. Estos diseños se han utilizado para investigar la transmisión o la influencia de la genética en la aparición de algún trastorno, como alcoholismo, otro tipo de adicción, TDAH, etc.

Aunque por el hecho de emplear muestras de cohortes estos métodos posean cierta semejanza con los diseños de cohorte, normalmente tienen su propia idiosincrasia, tanto en lo que respecta a la finalidad de las investigaciones, como en relación con la estructura de los propios diseños. Los diseños consanguíneos tratan de investigar la influencia genética, peso de la herencia, modos de transmisión, etc., sobre trastornos psicopatológicos específicos. Además, estos diseños ofrecen igualmente información acerca del efecto que ejerce el ambiente sobre los trastornos mentales. En el quehacer asistencial, es frecuente observar familias en las que muchos de sus miembros sufren o han sufrido una drogodependencia, por ejemplo varios hermanos permanecen a tratamiento con metadona. El objetivo sería, dilucidar el papel de la herencia genética versus el papel del ambiente, en la génesis de esa adicción. Desgraciadamente, es difícil encontrar, en Galicia o en España, una muestra de hermanos que hayan sido criados en contextos sociales diferentes.

En estos métodos se observa que se pueden emplear estrategias longitudinales, transversales y retrospectivas, o generalmente combinaciones de ambas. Son tres los principales tipos de métodos consanguíneos: estudios de familiares, con gemelos y de adopción (Chorot, Pérez-Llantada y Sandín, 2008).

Los estudios de familiares parten de la identificación de la muestra de casos y de controles; posteriormente, se asigna la cohorte de los casos, familiares de los casos, y la de los controles, familiares de los controles. La evaluación se orienta dependiendo de los objetivos concretos de la investigación, aunque lo más común es diagnosticar a los familiares, incluso abuelos, para estudiar modos de transmisión genética. También se han enfocado desde un punto de vista ambientalistas haciendo más énfasis en el estudio de los patrones de interacción y de comunicación familiar.

Los estudios de gemelos se han llevado a cabo empleando tanto gemelos monocigóticos como dicigóticos. La lógica de estos diseños consiste en identificar un grupo de casos diagnosticados con algún trastorno específico, siendo estos casos gemelos. A continuación se establecen los co-gemelos y los controles. Los porcentajes de concordancia entre gemelos se han entendido como indicadores de la heredabilidad de los trastornos psicopatológicos. Se ha asumido, por ejemplo, que si la concordancia con respecto al trastorno es superior entre los monocigóticos que entre los dicigóticos, esto sería una prueba en favor de la heredabilidad del trastorno, debido lógicamente a la mayor similitud genética de los monocigóticos.

Estos estudios pueden utilizarse también para probar hipótesis opuestas, esto es, la influencia de las variables ambientales. Un análisis crítico sobre la importancia de las investigaciones con gemelos, así como de las implicaciones de los resultados obtenidos desde este campo metodológico sobre la conducta anormal, ha sido efectuado por Segal (1990). En su publicación, esta autora incluye y describe, además, diez tipos de diseños utilizados en la investigación con gemelos. Adicionalmente, menciona un nuevo tipo de estudios denominados cronogenéticos, que se conceptualizan como estudios longitudinales, en los cuales se muestrea la conducta en períodos seleccionados durante el desarrollo del individuo en orden a identificar posibles influencias genéticas y

ambientales asociadas a los cambios de conducta del individuo. La combinación entre el procedimiento longitudinal con muestras de gemelos ofrece la importante posibilidad de examinar el peso de la genética sobre la consistencia de la conducta y sobre la temporización y la expresión de las características conductuales y físicas.

Por último, en los estudios de adopción, el muestreo de casos se efectúa en base a que los padres biológicos posean algún trastorno específico. Por otra parte, los casos han de ser sujetos adoptivos y generalmente se aconseja que se seleccionen aquellos casos que fueron separados de sus padres biológicos muy tempranamente y que fueron adoptados en hogares sin relación de parentesco con los padres. Un aspecto interesante de este tipo de diseños consiste en que, en comparación con los estudios familiares, aquí es más factible separar las influencias genéticas y las ambientales, ya que los familiares, además de compartir sus genes, comparten también el ambiente.

5.4. Métodos de investigación epidemiológica en drogodependencias

La prevalencia proporciona una visión global del impacto del consumo de drogas en la población en un momento dado en el tiempo y permite estimar la proporción de individuos que permanecen en tratamiento. En cambio, la incidencia de consumo muestra la tendencia de su propagación, lo que permite tomar medidas más adecuadas al predecir futuros costes, sanitarios, sociales y económicos, y saber qué medidas hay que tomar para hacer más eficaz y eficiente la prevención universal, indicada o selectiva (Gordis, 2005).

Dentro de los indicadores del SEIT, el más estable en el tiempo es el de admisión a tratamiento. De los registros de los individuos incluidos en este indicador se puede obtener una incidencia parcial a partir de sus fechas de inicio de consumo. Estos datos están incompletos porque no observamos a los individuos que no llegan a someterse a tratamiento en centros públicos, ya sea porque el tratamiento se realiza en instituciones

privadas a las que no se tiene acceso, porque finalizaron el consumo sin requerir tratamiento, o porque fallecieron. Por otro lado, a partir de la información proveniente de un período determinado, algunos tratamientos todavía no se han producido (truncamiento derecho) y otros, previos al período, aún no se han podido observar (truncamiento izquierdo) (Sánchez-Niubò, Domingo-Salvany, Gómez, Brugal y Scalia-Tomba, 2007).

El problema de la estimación de la incidencia se ha abordado inicialmente en los estudios sobre sida, en los que se desarrollaron métodos para tener en cuenta el retraso producido en las notificaciones de la enfermedad. El primero de ellos es el *Reporting Delay Adjustment (RDA)* y el segundo, el *Análisis con Modelos Logarítmicos Lineales (MLL)* (Brookmeyer y Damiano, 1989).

1. Reporting Delay Adjustment (RDA):

La estimación de la incidencia del consumo de drogas presenta un problema parecido al haber un período de tiempo entre el inicio del consumo y el inicio de un tratamiento. El método RDA se utilizó para estimar la incidencia de consumo de heroína en el sudeste de Inglaterra. Este método resuelve el problema del truncamiento derecho y permite la estimación desde el inicio del registro, mientras que los MLL resuelven además el truncamiento izquierdo, lo que permite estimar también las incidencias ocurridas con antelación al registro (Hickman, Seaman y De Angelis, 2001).

Las dos variables necesarias para estimar la incidencia son el año de inicio de consumo y el año de inicio del primer tratamiento para la droga principal. A partir de ellas, se construyó el período de latencia (PL), que informa sobre el tiempo en que tarda un individuo en realizar su primer consumo hasta iniciar su primer tratamiento para la droga en estudio. Un individuo podría haber iniciado varios tratamientos a lo largo de su vida

sobre la misma adicción, y para los estudios de investigación se selecciona fundamentalmente la información proveniente del primer inicio de tratamiento.

El método RDA calcula una incidencia estimada (IE) de consumo en el año i a partir de los inicios de consumo observados y de la distribución del PL, que se expresa como la función F . La incidencia de consumo se estima a través de una fórmula, con su respectiva aproximación del error estándar (Bishop, Fienberg y Holland, 1991), de donde se puede calcular el intervalo de confianza (IC) del 95%. La función de distribución $F(m-i)$ indica la probabilidad de que un individuo que hubiese iniciado el consumo el año i , iniciase tratamiento en los siguientes $m-i$ años. Esta distribución se estima de manera similar al método de Kaplan-Meier para la función de supervivencia.

2. Análisis con Modelos Logarítmicos Lineales (MLL):

Si se clasifica a cada individuo según su año de inicio de consumo (i) y el PL respectivo (j), obtenemos una tabla de contingencia, incompleta a causa de los truncamientos, cuyas celdas (Z_{ij}) se modelizan como una función lineal de parámetros (μ , α , y β), es decir: $E(Z_{ij}) = \exp(\mu + \alpha_i + \beta_j)$. En esta función las celdas Z_{ij} se pueden ajustar mediante una distribución de Poisson. Pero en drogodependencias, cuando se encuentra una sobredispersión, se utiliza una binomial negativa y los parámetros del modelo se estiman con el método Iteratively Reweighted Least Squares (IRLS). Finalmente, la IE se calculó a partir de otra fórmula, que representa la marginal de la tabla de contingencia estimada. El IC del 95% se calculó mediante una aplicación del método delta (Bishop, Fienberg y Holland, 1991).

Los resultados del estudio de Sánchez-Niubò, Domingo-Salvany, Gómez, Brugal y Scalia-Tomba (2007), confirman que según la distribución del PL, los consumidores de heroína tardan menos tiempo en iniciar su primer tratamiento que los de cocaína, indistintamente del método empleado. En general, la incidencia estimada de consumo de

heroína en disminuyó progresivamente desde 1990, mientras que para la cocaína aumentó rápidamente hasta 2000, siendo irregular posteriormente. Se comprueba que a principios de los noventa la incidencia de consumo de cocaína empezó a ser importante, años antes de manifestarse como problemática.

Como conclusión, el RDA subestima la incidencia respecto al MLL, pero la incidencia de heroína con MLL puede estar sesgada antes de 1991 por cambios en la oferta de tratamiento, véase la universalización de la metadona. Aunque la incidencia estimada se refiere a los sujetos que son admitidos a tratamiento alguna vez en su vida, el estudio de su evolución ayuda a planificar futuras acciones.

Otros métodos que se han utilizado para calcular la incidencia del consumo de drogas son los siguientes: *General Inclusion Function (GIF)* (Nordt y Stohler, 2008), *Retrospective Estimation from Periodic Population Surveys* (Gfroerer y Brodsky, 1992; Sánchez-Niubó, Sordo, Fortiana, Brugal y Domingo-Salvany, 2013), *Lag Correction Method* (Hunt y Chambers, 1976; Hickman, Seaman y De Angelis, 2001; Scalia-Tomba, Rossi, Taylor, Klemová y Wiessing, 2008), *Log-linear model of quasi-independence* (Brookmeyer y Liao, 1990), *Back-calculation* (De Angelis, Hickman y Yang, 2004), *Multistate model with immigration* (Sánchez-Niubó, Aalen, Domingo-Salvany, Amundsen, Fortiana y Reysland, 2013), *Parametric models* (Ravá, Calvani, Wiessing, Heisterkamp y Rossi, 2001), *Incidence from prevalence* (Hallett, Zaba y Todd, 2008), y el *Snapshot samples* (Kaplan, 1997).

5.4.1. La inferencia causal en epidemiología de las drogodependencias

En el siglo V a.C. Hipócrates de Cos sugirió que el desarrollo de la enfermedad humana podría estar relacionado con factores de estilos de vida y con el medio ambiente externo. Es decir, enunció que las enfermedades tenían causas. Desde Sexto Empírico (200

d.C.) a Hume, en 1740, muchos filósofos han reducido la cuestión de la causalidad a la de regularidad o legalidad; observamos que a un acontecimiento específico suele seguir regularmente otro, pero no observamos un nexo necesario entre ambos.

Para el filósofo Popper (1980) si hay vínculo causal, necesario o probable, entre dos sucesos A y B, la hipótesis general postula que la relación debe darse, o darse con mayor probabilidad, en toda circunstancia, lugar y tiempo. Lo postula la hipótesis, pero no se dice que ésta deba coincidir con la realidad, por eso hay que investigar desafiando la hipótesis aunque manteniendo la esperanza de que pueda confirmarse. Así, en términos epidemiológicos, la hipótesis de que fumar cannabis (A) es causa del consumo posterior de drogas como la heroína o la cocaína (B) no podemos justificarla racionalmente, ni lógica ni empíricamente, pues no podemos observar a todos los sujetos, poblaciones o circunstancias en que podrían aparecer contraejemplos. A pesar de ello, formulamos la hipótesis, general, de relación entre A y B, que es tanto más satisfactoria, verosímil, cuanto más y mejor se vea corroborada en sucesivos y diferentes estudios.

El interés por la inferencia causal en epidemiología es claro. El propósito más importante de la epidemiología es adquirir conocimiento de las causas de las enfermedades que no son prevenibles actualmente o que cuya prevención es compleja. Para ello hay que desarrollar hipótesis que expliquen la distribución de los patrones de enfermedad, y contrastar dichas hipótesis a través de estudios específicamente diseñados. De ese modo podremos clasificar a las personas enfermas en grupos que parezcan tener factores etiológicos en común (MacMahon y Trichopoulos, 1996; MacMahon y Pugh, 1970).

Para el Modelo determinista modificado, causa se define como el suceso, condición o característica, que inicia o permite, sola o en conjunto con otras causas, una secuencia de sucesos que resulta en un efecto. Es determinista porque supone que una enfermedad

puede tener una o más causas suficientes (CS), cada una de las cuales, por sí mismas, determina inexorablemente la enfermedad en un individuo. Cada CS, o mecanismo causal teórico, está compuesta de una constelación mínima de causas componentes (CC) que interactúan para producir un efecto. Mínima, significa que cada una de las CC es necesaria para producir la enfermedad. El problema es que en el estado actual del conocimiento, para la mayoría de las enfermedades conocemos solo algunos de sus componentes. Por eso el modelo atempera el determinismo modificándolo, dando cabida al azar en forma de factores o CC todavía no identificados. No se conoce una CS ni siquiera del cáncer de pulmón, por tanto, que un individuo fumador, o expuesto a radón o asbestos, desarrolle o no cáncer de pulmón, podría deberse a que actúen o no otros factores causales todavía desconocidos, necesarios para completar una CS. Por último, se denomina causa necesaria a aquella CC que está presente en todas las CS de una enfermedad, y sin la cual, por tanto, no se produce ningún caso de enfermedad.

Por el contrario, el Modelo indeterminista, aseguraría que no solo hay azar por ignorancia, debido a factores desconocidos, sino que el azar es intrínseco a la situación, y que está abierto a múltiples y no predeterminadas circunstancias. Dado que para cada enfermedad hay múltiples factores implicados, con múltiples interacciones posibles, no podemos predecir qué ocurrirá en un caso concreto. El futuro está indeterminado, abierto, y no es debido a un problema de desconocimiento de los factores implicados (Banegas y Rodríguez, 2009).

El modelo es útil para orientar la investigación epidemiológica y la toma de decisiones. Según este modelo, un factor es una causa de un evento si su alteración conlleva una variación de la frecuencia de la enfermedad, pues desde un punto de vista pragmático la epidemiología persigue descubrir relaciones que ofrezcan posibilidades para la prevención. La causación necesaria y suficiente son simplemente extremos de esta

definición y actualmente, la mayor parte de los factores causales conocidos no son necesarios ni suficientes para producir la enfermedad. La actuación del factor causal incrementa la frecuencia del resultado, pero el resultado no siempre ocurre, y puede ocurrir sin la actuación del factor. Por eso muchos se inclinan a hablar solo de factores de riesgo causales.

De este Modelo indeterminista, también se pueden extraer algunos principios epidemiológicos:

Primeramente, no es necesario conocer todas las CC para prevenir la enfermedad, ya que eliminando uno de los elementos de la CS se previenen todos los casos de enfermedad, o fracción etiológica, (FE) que esta CS origina. Así, si una CS de una enfermedad tiene cinco CC, a saber, A, B, C, D, E, y la FE de la CC "D" es 20%, la FE de la/las CS de la que forma parte es también 20% pues sin "D" la CS no se completa y, por tanto, la enfermedad no se produce. Eliminando "D" se eliminan el 20% de los casos de esa enfermedad. De forma similar, la eliminación del uso de jeringuillas contaminadas, que es solo una causa componente, prevendría la aparición de un gran número de casos de Sida, hepatitis vírica, etc.

Secundariamente, la suma de las FE de todas las CS de una enfermedad es siempre el 100%. Sin embargo, la FE correspondiente a cada CC equivale a la suma de las FE de la/las CS de las que forma parte. Así, si una enfermedad tiene tres CS, siendo la FE de la CS primera FE (I) = 20%, y la de la tercera FE (III) = 50%, entonces la FE (II) = 30%. Y si la CS (I) la forman las CC A, B, C, D, E; la II las A, B, F, G, H; y la III, las A, C, F, I, J, entonces:

$$\begin{aligned} FE (D) &= FE (E) = FE (I) = 20\% \\ FE (B) &= FE (I) + FE (II) = 50\% \\ FE (A) &= FE (I) + FE (II) + FE (III) = 100\% \\ FE (A) + FE (B) + FE (C) + \dots + FE (J) &= 500\% \end{aligned}$$

Parece deducirse, por tanto, que en salud pública deberían priorizarse aquellas CC que por estar implicadas en varias CS responderían de una mayor proporción de enfermedad. Que la suma de las FE de todas las CC pueda superar el 100% no significa obviamente que pueda prevenirse más del 100% de una enfermedad. No hay límite superior a la suma de las FE. Solo la FE atribuible a una causa aislada no puede exceder el 100%. Y solo una causa necesaria contribuirá al 100%. Por tanto, para cualquier enfermedad, la suma de las FE de las CC es al menos del 100%. Así, los porcentajes de casos de cáncer atribuibles a factores de riesgo son: a la alimentación insana el 10-70%, al tabaco el 25-35%, a los tóxicos laborales el 10-40%, a los tóxicos ambientales el 5-10% y al alcohol el 10-20%, o en el caso de las cardiopatías, el porcentaje atribuible a factores de riesgo es, para el colesterol sérico el 30-40%, para el tabaco el 20-25%, para la hipertensión el 20-25%, y para la inactividad física el 10-20%.

En tercer lugar, la medida en que una CC afecta a la frecuencia de la enfermedad depende de la frecuencia relativa de las restantes CC pertenecientes a la misma CS en la población. Así, si en la CS I de una enfermedad, la CC "E" está presente en el 50% de la población, y el resto de CC (A, B, C, D) están presentes de forma combinada en la población en un 20%, entonces "E" contribuirá con $0.50 \times 0.20 = 10\%$ de casos de enfermedad en la población. Si, por el contrario, "E" sigue presente en el 50% de la población, y el resto de CC de forma combinada en el 2% de ella, entonces la presencia de "E" conduciría a la enfermedad en un 1% de los individuos. Del mismo modo, la fuerza o riesgo relativo (RR) de una CC depende de la frecuencia relativa de las restantes CC pertenecientes a la misma CS en la población.

En cuarto lugar, se sabe que existe interacción entre las CC de una CS, que depende de la prevalencia relativa de dichas CC en la población. Se habla de sinergismo si el efecto conjunto es superior a la suma de los efectos por separado, y de antagonismo si es al revés.

Es decir, hay interacción, bajo un modelo aditivo, si el riesgo atribuible (RA) a la exposición conjunta de dos CC (A y B) es superior a la suma de sus RA por separado: $RA(A+B) > RA(A) + RA(B)$, y antagonismo, si es al revés.

En quinto lugar, los periodos de inducción no son constantes para las enfermedades, sino específicos de cada CC. Las CC actuando al inicio de la secuencia causal tienen un periodo de inducción largo, mientras que el de las CC finales, es breve. Además, no hay tiempos de inducción constantes para una enfermedad en relación con sus CC. Dosis pequeñas requieren un conjunto de CC para completar una CS mayor que las dosis grandes. Éstas tienen un periodo de inducción más corto al precisar menos CC para completar una CS.

Aunque la investigación sobre este modelo de inferencia causal en drogodependencias escapa del objeto de esta tesis doctoral, no por ello deja de resultar imprescindible conocer el peso y la influencia, de los denominados factores de riesgo y factores de protección a la hora explicar o predecir la aparición o no de una drogadicción. Estos factores podrían utilizarse en sus posibles combinaciones como causas componentes (CC) o causas suficientes (CS) para conceder a cada uno de ellos un valor determinado en la génesis de un trastorno adictivo.

Aceptando que existen numerosos autores y abundantes clasificaciones sobre el tema, para ejemplificar la inferencial causal, se han elegido los factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas, que propone Hawkins et al. (1992). Este autor señala, que pueden ser: genéticos (hijos de consumidores de sustancias psicoactivas), constitucionales (uso temprano de drogas, antes de los 15 años, dolor o enfermedad crónica, factores fisiológicos), psicológicos (problemas de salud mental, abuso físico, sexual o emocional), sociocultural-familia (uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, divorcio o separación de los padres, problemas

de manejo de la familia, bajas expectativas para los niños o para el éxito), iguales (amigos que usan drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, conducta antisocial o delincuente temprana), escuela (carencia de cumplimiento de la política escolar, poca dedicación a la escuela fracaso escolar o abandono de la escuela, dificultades en el paso de uno a otro curso), comunidad (leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas, carencia de una adecuada vinculación social, deprivación económica y social, disponibilidad de drogas, incluyendo alcohol y tabaco).

En cuanto a los factores de protección, que por contra, son los que previenen del uso, abuso o dependencia de drogas, se expone la que Webster-Stratton y Taylor (2001), proponen: individuo (oportunidades para la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, sentido positivo de uno mismo, actitudes negativas hacia las drogas, relaciones positivas con los adultos), iguales (cooperación con iguales en actividades escolares, recreativas, voluntariado, etc., resistencia a la presión de grupo), familia (apego, altas expectativas familiares, sentimiento de confianza mutuo, dinámica familiar positiva), escuela (oportunidades, refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial, creencias saludables y claros estándares de conducta, cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro, clima educacional positivo), comunidad (oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad, dificultades para la accesibilidad a la sustancia, normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes, redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad), sociedad (mensaje de los media de resistencia al uso de drogas, dificultades para la accesibilidad, incremento del precio mediante impuestos, aumento de la edad para el acceso y la compra de drogas, leyes estrictas para la conducción).

Para finalizar, significar que también existen otros modelos causales, que reciben el nombre de Modelo de “maraña” o red. A pesar de las virtudes del modelo anterior,

actualmente se dispone de escasa información sobre las causas de muchas enfermedades, de ahí radica el interés de otros modelos causales más clásicos. En epidemiología, muchos de los factores causales que se estudian no son mecanismos bioquímicos o moleculares de las enfermedades, aunque éstos brinden plausibilidad a las relaciones epidemiológicas. Sin embargo, dichos mecanismos son también causas. El modelo ENS de la “maraña” o red, acomoda de forma secuencial las causas distales y proximales de la enfermedad en un solo esquema. Por lo general una enfermedad tiene varias causas que, conjunta o independientemente, dan lugar a la aparición de la misma. De igual manera una sola causa puede contribuir a la aparición de varias enfermedades diferentes. Las causas de las enfermedades pueden dar origen a éstas de forma indirecta, es decir, a través de la producción de otras causas de enfermedad, o directamente. De hecho, el que una asociación causal sea directa o no depende del estado actual del conocimiento de los mecanismos de una asociación particular, por lo que no tiene implicaciones necesarias para la prevención.

La llamada red causal es un modelo que ilustra de forma secuencial las relaciones entre causas y enfermedad. Las causas que ocupan en la red los niveles jerárquicos más altos, a menudo características sociales, determinantes a su vez de estilos de vida o factores relacionados, son del máximo interés desde el punto de vista epidemiológico y preventivo. El modelo teórico es un modelo reduccionista, es decir, pueden existir varias redes causales para una enfermedad dada, que ayuda sobre todo a identificar los elementos implicados (principales, confusores, modificadores de efecto, etc.) en estudios concretos, y ayuda a comprender que la prevención o la reducción de la enfermedad depende de la eliminación de un elemento troncal de la red. Este modelo está relacionado con el modelo determinista modificado. Cada uno de los eslabones en la cadena causal pueden ser componentes de causas suficientes. Pero cada una de las causas componentes

tiene sus propias redes causales, y una enfermedad determinada puede resultar de varias redes de causas suficientes, que pueden tener o no componentes en común.

Un aspecto importante es la definición de los criterios de causalidad, y aunque han sido diferentes los autores y estudios que se han referido a ello (Hume, 1739; Henle-Koch, 1882; MacMahon y Pugh 1970; Surgeon General de EE.UU., 1964; Pooling Project Research Group, 1978; Kleinbaum, Kupper y Morgenstern, 1982), se elegirán por su claridad los criterios de causalidad de Hill (1965), (Tabla 5.1), los cuales están encaminados a la evaluación de la evidencia disponible sobre la relación entre dos factores: la exposición a un agente y una enfermedad.

Tabla 5.1

Criterios de causalidad (Hill, 1965)

Criterio	Descripción
1. Fuerza:	Riesgo relativo grande
2. Consistencia:	Asociación observada repetidamente por varias personas, en sitios, circunstancias y épocas diferentes
3. Especificidad:	Una causa lleva a un solo efecto
4. Temporalidad:	La causa precede al efecto
5. Gradiente biológico:	La magnitud de la enfermedad aumenta con la magnitud de la exposición a la causa
6. Plausibilidad:	La asociación tiene sentido de acuerdo al conocimiento biológico del momento
7. Coherencia:	Ausencia de conflicto con la historia natural y biológica de la enfermedad
8. Experimento:	La reducción de la exposición a la causa se asocia a una disminución de la enfermedad
9. Analogía:	Relación causa-efecto ya establecida para un agente-enfermedad similares

Por otra parte, las cuestiones teóricas son independientes de si el epidemiólogo, como científico, debe aconsejar acometer o no un tipo de acción basándose en las evidencias científicas de causalidad. Su decisión puede quedar limitada a la evaluación metodológica de la hipótesis causal, basada en la evidencia científica, puesto que no faltarán otros, científicos o políticos, que con evidencias científicas o con otras consideraciones, tomarán la decisión práctica en nombre de todos.

5.5. Epidemiología de la patología dual

Por su entidad, la epidemiología de la patología dual debe ocupar un lugar importante a la hora de hablar de las drogodependencias. Su identificación es uno de los principales retos con los que se enfrenta el clínico, en gran medida porque agrava la evolución y el pronóstico y complica el tratamiento de ambos trastornos comórbidos. De hecho, la comorbilidad se asocia con mayor cronicidad tanto del trastorno por uso de sustancias como del otro trastorno psiquiátrico. Se han realizado diversos estudios, tanto con muestras comunitarias como con muestras de pacientes en tratamiento, para estimar la prevalencia de la patología dual. Las principales fuentes de datos al respecto provienen de dos grandes estudios realizados en población general en los Estados Unidos, el estudio del Epidemiologic Catchment Area (ECA) y el National Comorbidity Survey (NCS). Sin embargo, también se han llevado a cabo estudios similares en países europeos, así como en grupos de pacientes en tratamiento en dispositivos de salud mental o de adicciones, o en atención primaria. Como era de esperar, en función de la naturaleza de la muestra, de las características sociales, culturales y geográficas de la población de origen, y de los patrones de consumo en ese entorno, pueden variar tanto la presentación clínica de los trastornos duales, como la prevalencia específica (Martínez, Haro y Cervera, 2004).

Las principales formas de asociaciones entre el trastorno por uso de sustancias y otros síntomas o trastornos psiquiátricos son los siguientes: los síntomas psiquiátricos pueden aparecer de forma secundaria al trastorno por uso de sustancias; la abstinencia de alcohol u otras drogas pueden precipitar la aparición de otras patologías; los trastornos psicopatológicos pueden propiciar el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias; ambos trastornos pueden coexistir como fenómenos totalmente independientes, y por

último, se ha planteado la posibilidad de que la patología dual se haya desencadenado por la existencia de un factor común de vulnerabilidad, bien genético, ambiental o de otro tipo.

Entre algunos datos constatables, se sabe que entre el 70% y el 90% de los esquizofrénicos son dependientes a la nicotina, al cannabis el 19%, a estimulantes el 9% y a opiáceos el 5%. En sentido contrario, algunos estudios obtienen que el 47% de los pacientes drogodependientes presentan algún trastorno comórbido, siendo los diagnósticos más prevalentes el de trastorno antisocial de personalidad (25%), depresión mayor (16%), trastornos afectivos (30%), trastorno de ansiedad (19%), trastornos psicóticos (12%), y trastornos de la personalidad, siendo los más frecuentes el límite y el antisocial. Otros trastornos que han sido objeto de estudio han sido el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Verheul, 2001).

5.6. Problemas metodológicos asociados a la investigación epidemiológica en drogodependencias

El problema principal radica en que los consumidores de estas sustancias ilegales pertenecen a una población que está escondida en la sociedad y, por tanto, resulta difícil de cuantificar (Rossi, 1999). Por otra parte, la estimación de la incidencia se basa en la distribución del PL de los episodios de tratamiento analizados, supuestamente como primeros tratamientos de individuos únicos. En la estimación de la distribución del período de latencia (PL) inciden diferentes hechos que pueden ocasionar un sesgo en la información, limitando los resultados. Por una parte, el año de inicio de consumo se sustenta en la memoria del paciente, con las inexactitudes que ello conlleva. Por otra, la variable primer tratamiento para la droga principal puede estar sujeta a posibles errores

de interpretación, por ejemplo, entender que es el primer tratamiento en un mismo centro y no de su vida.

Para obtener individuos únicos, se seleccionaron los episodios que tenían código de identificación, desestimándose por ello algunos que, sin código, eran realmente un primer tratamiento. Aun así, tener código no implica que la variable primer tratamiento esté bien cumplimentada. El hecho de considerar como primer tratamiento uno subsiguiente produce un alargamiento del PL, que modifica la forma de la curva de incidencia, tanto la observada a partir de los casos como la estimada, pues la longitud del PL está sobrevalorada. Desde el punto de vista del método, se requiere que la distribución del PL sea estable en todos los años de estudio, pero en realidad no siempre es fácil que esto se cumpla, debido a los posibles cambios en las dinámicas del entorno de tratamiento, es decir, a cambios significativos en la oferta de tratamientos en un determinado territorio.

En cuanto a la magnitud de la estimación entre sustancias, como heroína y cocaína, no puede compararse de forma directa. Por una parte, estaría el hecho de considerar sólo los inicios de tratamiento en los centros públicos, pues probablemente haya una mayor proporción de consultas a centros privados entre los consumidores de cocaína, con lo que la incidencia relativa de la cocaína respecto a la heroína estaría infravalorada. Por otra parte, conviene tener en cuenta que muy probablemente la proporción de individuos iniciados en el consumo de cocaína con unos niveles que requieren tratamiento sea inferior a la de heroína, con lo que el cociente entre la tasa estimada y la real de inicio de consumo de cocaína también sería inferior al de heroína.

CAPITULO 6

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Toda adicción es mala, ya sea la droga, el alcohol, la morfina o el idealismo.

Carl Jung

En este trabajo, como corresponde al nivel descriptivo del método epidemiológico, se observa rigurosamente la realidad sin intentar modificarla. A continuación, desde el nivel analítico, propio de las discusiones, se elaborarán hipótesis explicativas sobre la base de los paradigmas imperantes en drogodependencias. Con las nuevas evidencias obtenidas se formularán nuevas hipótesis que continuarán el análisis descrito, alimentando el conocimiento y abriendo nuevos ciclos de investigación.

Por lo tanto, se puede afirmar que el método epidemiológico es una aplicación particular del método científico y que su particularidad está representada por el carácter propio de su estrategia y del cuerpo de conocimientos que produce. Esta estrategia epidemiológica se logra reconstruyendo la realidad, mediante la formulación de modelos teóricos que ayudan a entender la ocurrencia natural de los fenómenos, en este caso de la asistencia o del tratamiento de las drogodependencias. Es así como la observación de los fenómenos naturales aparecidos en el estudio de la evolución de las drogodependencia en Galicia 1995-2013, pretende ser rigurosa, sistemáticamente registrada, consolidada y resumida mediante procedimientos tanto propios como derivados otras disciplinas (bioestadística, clínica, ciencias sociales, informática, etc.).

6.1. Objetivos del estudio

Aunque el Plan de Galicia sobre Drogas y la Red Asistencial de Drogodependencias de Galicia, tienen una antigüedad mayor, desde 1985, que el período de estudio de esta tesis doctoral, 1995-2013, no resulta menos importante saber si con el paso del tiempo, es decir, durante los últimos veinte años, el problema de las drogas en Galicia se ha agravado, se ha estabilizado o se ha reducido. Para ello, es imprescindible no hacer conjeturas, ni dejarse llevar por impresiones, sino apoyarse en datos. Y eso es lo que se persigue con el presente estudio, responder a las preguntas que en materia asistencial en drogodependencias, se puedan hacer relacionadas con Galicia.

Objetivo principal:

- Conocer la evolución asistencial del consumo de drogas en Galicia desde que existen registros sistematizados, es decir, desde 1995.

Objetivos secundarios:

- Analizar los cambios que han experimentado en el perfil sociodemográfico los usuarios de drogas a tratamiento en la red asistencial de Galicia.
- Definir los problemas de salud que ha supuesto el consumo de drogas para la comunidad.
- Descubrir los factores que aumentan el riesgo de padecer una drogodependencia.
- Predecir la tendencia de la demanda asistencial por consumo de drogas.
- Evaluar los programas de intervención en drogodependencias.
- Conocer la evolución del consumo de determinadas sustancias.
- Establecer relaciones entre la situación de Galicia, la del resto de España y otros países europeos.

- Analizar la relación entre la asistencia por consumo de drogas y la crisis socioeconómica actual.
- Describir la historia social de la enfermedad
- Conocer la influencia de las políticas de prevención en la edad del comienzo del consumo de drogas.
- Estudiar la relación entre la creciente accesibilidad de los servicios asistenciales y el comienzo del tratamiento.
- Analizar la evolución del fenómeno en diversas áreas, especialmente en la social, sanitaria y judicial.
- En función de las conclusiones obtenidas, establecer estrategias de acción que sirvan para mejorar las políticas y las intervenciones de carácter asistencial.

6.2. Método

6.2.1. Participantes

Los datos proceden del universo de población de todos los sujetos que han comenzado por primera vez alguna forma de intervención por consumo de drogas (fundamentalmente ilegales aunque, especialmente durante los últimos años, también legales), en la Red Asistencial del Plan de Galicia sobre Drogas (RADG) durante período 1995-2013. Si se tienen en cuenta las admisiones a tratamiento, es decir, las personas que comienzan un tratamiento por primera vez, la muestra estaría formada por 47378 sujetos. Si también incluyéramos readmisiones a tratamiento, es decir las personas que después de haber salido de la RADG han vuelto a reiniciar una o varias formas de tratamiento, la cifra sería de 27843. El total de admisiones y readmisiones durante ese período

proporcionaría un total de 75.221 casos. Cada uno de ellos cuenta con un código personal de identificación, que favorece la confidencialidad y los requerimientos de la Ley de protección de datos.

Los centros que han participado en la recogida y volcado de datos durante este tiempo, corresponden a las siguientes Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs), en la actualidad también denominadas Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), de Galicia: Asociación Ciudadá de Coita contra a Droga (Alborada) de Vigo, Asociación Ciudadá de Loita contra a Droga (ACLAD) de A Coruña, Asociación Ferrolá de Drogodependencias (ASFEDRO) de Ferrol, Asamblea Provincial da Cruz Vermella de Lugo. Concello de Burela, Concello de Cangas, Concello de Carballo, Concello de O Grove, Concello de Monforte de Lemos, Concello de Noia, Concello de Ourense, Concello de Pontevedra, Concello de O Porriño, Concello de Ribeira, Concello de Santiago de Compostela, Concello de Vigo y Concello de Vilagarcía de Arousa.

En todas estas unidades hay al menos un grupo de categorías profesionales que son los que habitualmente más notifican en el GECEAS, que están formadas por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, y que pueden ascender a una cifra aproximada de 130 profesionales en toda Galicia.

6.2.2. Instrumentos

Básicamente se ha utilizado un único instrumento, que es el GECEAS (Gestión de Centros Asistenciales), un programa informático cuyo diseño partió de la UAD Alborada (del cual el autor de esta tesis es el director), y al que posteriormente se unió la UAD Cedro, con el fin de dar respuesta a las necesidades de manejo de información, dado el elevado número de pacientes que atendían. Para la confección de memorias de actividades, para responder a los requerimientos de datos asistenciales que solicitaban las diferentes

Administraciones, etc., ya no se podía utilizar la clásica historia clínica de papel. Era imprescindible dotar de un software, específico y adaptado a las drogodependencias. El Comisionado para el PGD, y por tanto, la Consellería de Sanidade, sensibles a esta necesidad toman el liderazgo del proyecto, y reuniendo a una amplia representación de profesionales de la RADG, junto con Marka Informática, Software y Comunicaciones, la empresa encargada de plasmar las ideas en una herramienta útil y fiable para todos los centros de la red, se instala en ellos en 1994. Este programa ha sufrido una revisión y actualización posterior, y en la actualidad, 2015, se está pendiente de la instalación de una nueva versión, más moderna, en un entorno web, conectada al programa IANUS de atención primaria y especializada, del Sergas, denominada GECEASWeb. Hay que reconocer la iniciativa del PGD y de la RADG, en un momento en que ni en el ámbito de la salud mental ni en el de la asistencia sanitaria en general, en Galicia, existían herramientas de este tipo.

El otro instrumento básico, es la historia clínica informatizada, de la cual se extrae, fundamentalmente, toda la información sobre las variables sociodemográficas, toxicológicas, sanitarias y judiciales, de los pacientes.

6.2.3. Procedimiento

La metodología de investigación seguida en esta tesis doctoral se basa fundamentalmente en la recogida, ordenamiento, agrupación y tratamiento de los datos que se han venido notificando desde las Unidades Asistenciales de Drogodependencias de Galicia, integrantes de la red del PGD, desde 1995 a 2013. Estos datos se han registrado en la herramienta informática denominada GECEAS (Gestión de Centros Asistenciales) y posteriormente se han utilizado para nutrir el Sistema de Evaluación Asistencial (SEA), del cual se han extraído los datos para la realización de la parte empírica presente trabajo.

La descripción, objetivos, indicadores del SEA, así como los programas terapéuticos, proceso asistencial, etc., han sido abundantemente explicados en el apartado 4.3. Por otra parte, el autor de esta tesis ha participado activamente en la elaboración y en el diseño tanto del sistema como de la herramienta, y una parte importante de los datos obtenidos proceden tanto del autor como de los profesionales que desempeñan su trabajo en la Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga (ACLAD) "Alborada", de Vigo.

A modo de recordatorio, repetir que el SEA es un sistema de información multicéntrico, que realiza una recogida de datos homogéneos, estableciendo una línea base poblacional y consignando las intervenciones que se realizan con cada paciente hasta el final del proceso asistencial. Permite recoger información sistemática sobre las características de los pacientes que inician o reinician tratamiento en los centros de la red del PGD, así como de las intervenciones que se realizan con ellos.

La ficha de admisión del GECEAS se fundamenta en el concepto de historia clínica, recoge información sobre la demanda, situación personal y judicial, diagnóstico y área de drogas de cada sujeto. Los bloques en que se estructura esta ficha son: modo de acceso, demanda, diagnóstico (trastornos psiquiátricos, etc.), situación judicial (estancia en prisión, causas pendientes, etc.), estado de salud, conductas de riesgo (uso de jeringuillas, preservativos, etc.), y consumo de drogas. Con estos datos se podrían obtener dos perfiles de sujetos: aquellos que habían realizado algún tratamiento con anterioridad y los que inician tratamiento por primera vez en su vida. (PGD, 1994). La ficha mensual, por otro lado recoge los motivos de salida y el inventario de sesiones y actividades que se realizan con cada paciente, así como los cambios de programa y de tratamiento.

Uno de los aspectos más relevantes del SEA sería su capacidad para relacionar las características de la situación personal de los pacientes cuando acceden al tratamiento con las intervenciones que se realizan con ellos. La recogida de datos es individual, se

realiza a partir de cada sujeto que es admitido o readmitido a tratamiento, lo que le da gran potencia al análisis y permite describir tanto su situación inicial como su proceso asistencial. La permanencia se analiza no sólo en función del tiempo sino también en función de la intensidad del tratamiento, es decir, frecuentación e intervenciones recibidas. El sistema proporciona dos tipos de evaluación: por una parte, una evaluación externa a los centros e interna para la red y por otra, la evaluación interna de los propios centros. Los niveles de análisis de la información, por tanto, son tres: Nivel Red, Nivel Centro y Nivel Programa.

Como se trata de un sistema flexible, permite la incorporación de cuantas unidades se incorporen a la RADG y actualmente son 19 centros, los que notifican al sistema. Además de estos centros, se recogen datos de las UADs situadas dentro de los cinco establecimientos penitenciarios de Galicia: Teixeiro, Bonxe, Monterroso, Pereiro de Aguiar y A Lama.

El procedimiento general para la obtención de los datos necesarios para este estudio, se podría estratificar en las siguientes etapas:

- Cada profesional, en general médicos, psicólogos y trabajadores sociales, aunque también, DUEs, educadores, farmacéuticos, etc., dejan constancia diariamente de su trabajo, mediante la anotación de sus intervenciones en el GECEAS.

- Cada tres meses, estos datos se exportan a la empresa encargada por la Xunta de Galicia para su explotación.

- Estos datos se agregan, hasta conformar un fichero anual, de cada centro, y por tanto de todos los centros de la RADG del PGD.

- Una vez confeccionado el informe anual, la empresa contratada por la Xunta de Galicia, lo remite al órgano político que exista en cada momento, dependiente de la Consellería de Sanidade.

- Este órgano, en la actualidad, 2015, denominado Subdirección Xeral de Planificación e Ordenación Asistencial a su vez, lo remite a cada centro y lo publica en la página web del Sergas, para que tengan un carácter público, y pueda ser consultado por quien lo desee.

Para esta tesis doctoral se han recopilado todos los datos desde 1995 hasta 2013, con el fin de darles un tratamiento nuevo y poder obtener una información más útil para los profesionales, las instituciones y la sociedad en general. Aquellos datos que se consideran más relevantes a todos los efectos, se han agrupado en los siguientes apartados:

1. Variables sociodemográficas, perfil y estratificación social (sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, fuente de ingresos, actividad laboral, tipo de convivencia y tipología de residencia).
2. Variables relacionadas con el consumo de drogas (presencia de tratamiento previo de la drogadicción, tipo de demanda de atención, fuente de la derivación, droga principal y droga secundaria de consumo, vía de administración, frecuencia de consumo, tiempo máximo sin consumir, años de consumo y edad de inicio del consumo de la droga principal).
3. Variables relacionadas con la salud (infección por VIH, VHB, VHC, tratamiento psiquiátrico previo, urgencias hospitalarias, y mujer embarazada).
4. Variables relacionadas con la problemática legal (menores tutelados, edad del primer delito, número de detenciones, procesos judiciales pendiente y cumplidos, ingresos en prisión, y duración de los ingresos en prisión).
5. Admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales (volumen asistencial, distribución por provincias, volumen de metadona, etc.).

6. Intervenciones sobre la población de drogodependientes (intervenciones por programa, indicador diario de atención sociosanitaria, intensidad de la intervención por programas, intervenciones recibidas, días con actividad por programa y duración media de la intervención por programa).
7. Motivos de salida en relación al tiempo de permanencia en los programas asistenciales.
8. Programas asistenciales y tipos de intervenciones.

De cada uno de ellos se extraerá la máxima información posible, proporcionando una descripción general y proponiendo unas conclusiones parciales. Una vez analizados los ocho apartados se sintetizarán los resultados generales, para proceder a desarrollar la discusión general.

6.3. Análisis de datos

Existen varios indicadores principales que serán analizados y discutidos en los próximos capítulos: el Indicador de admisiones a tratamiento, el Indicador de volumen asistencial, el Indicador de permanencia, el Indicador de motivo de salida de programa o centro, el Indicador de abstinencia, el Indicador de asistencia, el Índice de asistencia, el Indicador de actividad, el Índice de actividad, el Indicador de carga asistencial-pacientes, y el Indicador de carga asistencial-intervenciones.

Uno de ellos es el *Indicador de admisiones a tratamiento*, que señala el número anual de casos que inician tratamiento ambulatorio por problemas de dependencia a las distintas sustancias, incluidas alcohol y tabaco, en los diferentes distintos centros de la RADG. Permite comprobar el ajuste entre los sujetos y los programas así como la proporción de nuevas admisiones sin tratamiento anterior, lo que sirve para conocer la incidencia, más que la prevalencia, del consumo de drogas entre la población de Galicia.

Es conveniente volver a destacar que este indicador da cuenta de la incidencia de los tratamientos, no de la incidencia real de las drogodependencias entre la población, que como es sabido permanece en muchas ocasiones semioculta.

Otro indicador relevante es el *Indicador de Volumen Asistencial*, que sirve para averiguar cuántos pacientes diferentes han sido tratados cada año en la RADG. El *Indicador de permanencia*, calcula el tiempo que permanece cada sujeto a tratamiento, y es un objetivo de la RADG que en general cuanto más sea, mejor. Este indicador podría cruzarse con otros como el de actividades, el de motivo de salida o el de abstinencia, dando lugar a indicadores más complejos. También podría ofrecer una información decisiva si se pudiera contar con paquetes informáticos que realizaran un seguimiento de cada sujeto a lo largo de su vida, teniendo en cuenta que el código de identificación personalizado, es intransferible e irrepitible. Igualmente estas herramientas informáticas serían útiles para explotar otro tipo de información, como la retención acumulada, que es la proporción de sujetos que se mantienen en un programa o en tratamiento a lo largo del tiempo. La investigación sobre el tema, como se veía anteriormente, calcula la retención a través de los modelos de tiempos de supervivencia, que incluyen la función de riesgo y la función de supervivencia. Este modelo tiene en cuenta la posibilidad de múltiples causas de finalización de tratamiento, como por ejemplo, el modelo de riesgo proporcional. Para comparar la permanencia o retención en tratamiento, entre los distintos programas y centros, se puede utilizar la comparación de curvas de supervivencia y la prueba denominada *log-rank*.

La *Tasa de retención en tratamiento* ha sido considerada como un criterio de evaluación de los programas asistenciales, y se ha sugerido que la retención debería ser un indicador de calidad. Algunos estudios sugieren que menos de 90 días en tratamiento apenas producen cambios en los sujetos. Para los programas de metadona es necesario

permanecer más de un año y para los libres de drogas, la eficacia aparece a partir de los seis meses.

El *Indicador de motivo de salida de programa o centro*, define la causa y la fecha de salida, incluyendo: alta terapéutica, abandono, expulsión, fuerza mayor, derivación total o parcial, y el cambio de programa por reestructuración terapéutica o por cumplimentación de los objetivos inicialmente propuestos. El *Indicador de abstinencia*, medida por los urinoanálisis, en número de controles positivos o negativos, es un indicador complejo que no resulta eficaz para cumplir su objetivo por las razones expuestas en el Capítulo 4.

El *Indicador de asistencia*, se trata de uno de los más importantes para la evaluación de procesos, entendiéndose por asistencia se el número de días en los que el paciente acude a tratamiento durante el tiempo que permanece en el proceso asistencial. Este indicador es muy útil en relación con la efectividad de los tratamientos y la organización de los recursos, ya que podría ofrecer evidencias sobre si, por ejemplo, el éxito terapéutico tiene que ver directamente con la asistencia y las intervenciones recibidas en las Unidades Asistenciales.

Del anterior, se puede extraer el *Índice de asistencia*, que relaciona el indicador de asistencia con el de permanencia, en base al cociente entre el número de días que acude al centro y el número de días en los que el sujeto permanece en programa y sirve, entre otras cosas, para comparar programas y centros.

El *Indicador de actividad*, informa sobre el número y el tipo de intervenciones realizadas sobre los pacientes, ya que éste puede recibir, y así puede ocurrir, más de una actividad cada vez que acude a un centro. Igualmente, de este indicador se puede deducir el *Índice de actividad*, relaciona el indicador actividad con el de permanencia, en base al

cociente entre el número de intervenciones recibidas y el número de días que el paciente permanece en tratamiento.

El *Indicador de carga asistencial - pacientes*, calcula el número de pacientes atendidos, separados según la tipología de los profesionales que trabajan en cada centro, habitualmente médico, psicólogo o trabajador social. Se puede ver también el porcentaje de pacientes atendidos por cada categoría, y como varían los datos de la RADG con el paso de los años. También facilita el conocimiento sobre los recursos humanos que hay que destinar a cada servicio en función de la carga de trabajo y de la comparación con los pacientes que atienden diariamente los profesionales de otras especialidades sanitarias.

Por último, el *Indicador de carga asistencial - intervenciones*, detecta el número de intervenciones realizadas en función de la tipología del profesional del centro asistencial, durante un espacio de tiempo, por ejemplo, a diario.

La información que se ha obtenido de muchos de los indicadores se expresa mediante una serie de medidas descriptivas (media, valor máximo, valor mínimo, desviación típica), mientras que otras medidas provienen del cálculo de algunos índices, como el de asistencia y de actividad. El primero relaciona el indicador de asistencia con el de permanencia, y se halla dividiendo el número de días con actividad entre el número de días que permanece en el programa. El valor obtenido estará siempre entre el 0 y el 1, y se interpreta como la proporción de días que el sujeto tuvo alguna intervención en relación al total de días que se mantuvo a tratamiento. El segundo, es decir, el índice de actividad, relaciona el número de intervenciones o de actividades recibidas en relación al número de días de permanencia en el programa, y el resultado de este cociente, sin embargo, puede ser mayor de 1 ya que en una misma visita a la unidad el sujeto puede recibir más de una intervención, por ejemplo, una consulta médica, otra de psicoterapia, etc.

Además, dado que la mayoría de las variables muestran un aumento o una reducción a través del tiempo objeto de análisis, se ha utilizado la regresión para calcular las pendientes de crecimiento o disminución, así como la capacidad predictiva de los datos disponibles.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el IBM SPSS Statistics 22.

CAPÍTULO 7

DATOS EMPÍRICOS

*Yo he dicho "no" a las drogas, pero ellas no me escuchan
Marilyn Manson*

En este capítulo se presentan los datos relativos a la evolución asistencial de las drogodependencias en Galicia, desde 1995 a 2013, conforme a los apartados expuestos en el punto 6.5 y que han sido objeto de un nuevo tratamiento para los efectos de esta tesis. Hay que mencionar que en varias de las tablas que se presentan a lo largo del capítulo se han excluido las columnas no relevantes por lo que, siendo correctos los valores que aparecen en ellas, pueden no sumar el 100%. Señalar que aunque los datos de manera aislada se pueden encontrar en ficheros públicos de la Consellería de Sanidade, nunca se habían tratado de esta forma, ni agrupados, ni tampoco desde una perspectiva plurianual, como en la que se ofrece en esta tesis doctoral.

7.1. Variables sociodemográficas

Las variables seleccionadas para este apartado, durante el período 1995-2013 en la RADG, son las siguientes: sexo de los pacientes, edad, estado civil, hijos, nivel de estudios, fuente de ingresos, actividad laboral, convivencia y tipología de residencia.

7.1.1. Sexo

Respecto al sexo de las personas que han sido atendidas en la RADG, se observa que con el paso de los años se mantiene el porcentaje de hombres y mujeres. Así, durante el período de estudio, la media de varones fue del 83.4% y la de mujeres de 16.6% (con una variabilidad mínima: $DT = .88$). En resumen, la ratio mujer-varón es estable y se sitúa en torno a 1:6, es decir, por cada mujer a tratamiento habría seis varones.

7.1.2. Edad

Los resultados indican que en la RADG el grueso de la población atendida (un 72.6%) se encuentra en la franja de edad entre los 21 y 40 años, y que apenas se atienden a menores de 14 años, siendo un 2.90%, en conjunto, los menores de edad.

Tabla 7.1

Edad de los pacientes, en años, cuando solicitan asistencia (porcentajes por año estudiado)

Año	<14	15-17	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	> 60	<i>M</i>	<i>DT</i>
1995	0.38	3.01	5.21	12.77	21.07	22.13	18.12	14.16	2.28	0.87	ND	ND
1996	0.38	3.01	5.21	12.77	21.07	22.13	18.12	14.16	2.28	0.87	ND	ND
1997	0.38	3.01	5.21	12.77	21.07	22.13	18.12	14.16	2.28	0.87	ND	ND
1998	0.38	3.01	5.21	12.77	21.07	22.13	18.12	14.16	2.28	0.87	ND	ND
1999	0.09	1.21	4.53	16.19	25.00	25.93	15.79	9.11	1.74	0.41	ND	ND
2000	0.09	1.21	4.53	16.19	25.00	25.93	15.79	9.11	1.74	0.41	ND	ND
2001	0.09	1.21	4.53	16.19	25.00	25.93	15.79	9.11	1.74	0.41	ND	ND
2002	0.22	1.60	4.92	15.90	24.61	24.70	16.06	10.06	1.51	0.43	31.72	8.24
2003	0.17	2.39	5.89	15.16	21.49	25.05	16.36	11.46	1.69	0.32	32.11	8.63
2004	0.56	3.08	4.12	15.13	21.04	23.40	18.26	11.81	2.06	0.54	32.66	9.01
2005	0.38	3.01	5.21	12.77	21.07	22.13	18.12	14.16	2.28	0.87	33.49	9.10
2006	0.52	2.63	4.40	12.11	18.59	21.91	20.20	15.88	2.96	0.81	33.85	9.08
2007	0.29	2.29	4.44	11.33	18.19	21.43	20.21	18.19	2.90	0.74	33.52	9.36
2008	0.25	2.54	5.34	12.66	17.90	20.44	18.81	18.25	3.12	0.68	33.22	9.82
2009	0.25	2.32	7.70	14.96	15.72	18.06	17.76	19.37	3.10	0.76	33.56	10.12
2010	0.17	2.95	7.37	14.10	15.35	18.59	16.62	20.20	3.68	0.96	34.92	10.48
2011	0.46	3.27	5.41	10.42	15.24	18.46	17.44	22.26	5.65	1.39	35.14	10.79
2012	0.38	3.44	5.36	11.41	14.53	16.96	16.88	23.78	5.65	1.62	35.69	11.03
2013	0.41	4.04	4.94	10.36	13.58	16.93	16.39	24.25	7.67	1.43	33.63	9.60
Min	0.09	1.21	4.12	10.36	13.58	16.93	15.79	9.11	1.51	0.32		
Máx	0.56	4.04	7.70	16.19	25.00	25.93	20.21	24.25	7.67	1.62		
<i>M</i>	0.31	2.59	5.24	13.47	19.82	21.81	17.52	15.45	2.98	0.80		
<i>DT</i>	0.14	0.80	0.92	1.96	3.71	2.96	1.36	4.91	1.64	0.36		

Nota: ND = no disponible

Como se observa en la Tabla 7.1, la edad media de los pacientes cuando acuden solicitando asistencia durante el período 2003-2013 apenas ha variado, es de 33.63 años y la desviación típica de 9.6 años. No obstante, se observa un progresivo envejecimiento desde 2003, de tal forma que disminuye el grupo de 18 a 40 años mientras aumenta el de más de 40. Además, el aumento de la edad media tiene una pendiente más pronunciada que la disminución ($B = 0.648$ y $B = -0.409$, respectivamente), mostrando que el envejecimiento se produce bastante rápidamente. De hecho la relación entre el aumento de la edad y el transcurso de los años es casi perfecta ($R^2 = 0,977$, $p < .001$).

7.1.3. Estado civil

En cuanto al estado civil (Tabla 7.2), no ha habido grandes cambios durante los últimos 19 años, observándose que, en promedio, más de dos tercios de los pacientes están solteros (68.13%).

No obstante, para los otros estados los datos muestran que el divorcio/separación aumenta de forma lenta pero continua ($B = 0.321$) mientras disminuyen los pacientes casados ($B = -.375$). La relación entre ambas condiciones es importante y significativa ($r = .88$, $p < .05$) pudiendo predecirse una a partir de la otra en un 78%.

Un dato interesante es el relativo al hecho de tener pareja drogodependiente, la cual también suele encontrarse a tratamiento en el mismo centro. A este respecto, es de que señalar que el porcentaje de quienes se encuentran en esta situación se mantiene muy estable, en torno 15% (Tabla 7.2), y que el 30.16%, de media, refieren no disponer de pareja.

Tabla 7.2

Estado civil (porcentajes por año)

Año	Estado civil				Situación de pareja	
	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Divorciado/a Separado/a	Con pareja drogodep.	Sin pareja
1995	68.45	20.52	1.21	7.40	13.90	32.98
1996	68.42	19.83	1.59	2.97	14.43	31.98
1997	69.59	18.88	1.65	9.60	17.02	32.00
1998	67.94	19.93	1.60	9.91	17.18	31.00
1999	66.05	20.54	1.57	11.27	17.35	10.91
2000	66.27	20.31	1.16	11.79	15.88	9.05
2001	66.26	20.56	1.24	11.68	18.29	14.65
2002	67.70	18.24	1.17	12.64	15.82	21.50
2003	66.90	19.34	0.96	12.48	14.93	28.78
2004	67.52	17.40	1.20	13.60	14.99	30.28
2005	68.32	17.14	1.27	13.05	14.56	32.98
2006	66.48	16.99	1.55	14.69	13.74	32.30
2007	67.56	17.07	1.28	13.93	14.22	35.26
2008	69.81	15.33	1.08	13.67	14.38	36.13
2009	71.28	14.87	0.99	12.66	13.14	39.32
2010	69.81	14.63	1.25	14.05	12.59	38.55
2011	68.34	16.56	1.63	13.26	13.47	37.66
2012	68.52	16.18	1.65	13.42	11.98	38.44
2013	69.31	15.83	1.41	13.40	13.55	38.87
Min	66.05	14.63	0.96	2.97	11.98	
Máx	71.28	20.56	1.65	14.69	18.29	
Media	68.13	17.90	1.34	11.87	14.81	
DT	1.41	2.05	0.23	2.80	0.02	

7.1.4. Número de hijos

La mayor parte de los usuarios de los centros de drogas no tienen hijos (61.42%), y otro 20.40% sólo tiene uno. No aparecen cambios importantes durante el período 1995-2013, aunque en 2013 se observa una tendencia hacia el aumento de la tasa de paternidad.

7.1.5. Nivel de estudios

Al analizar las series de datos anuales no se observan grandes variaciones en el nivel de estudios alcanzado durante el período 1995-2013 correspondientes a los 75221 inicios/reinicios de tratamiento en la RADG (Tabla 7.3), excepto por lo que tiene que ver con los estudios universitarios, que aumentaron de un 0.60% a un 4.30%, lenta pero

significativamente ($r = .92, p < .05, B = 0.210$). Por otro lado, es de destacar que alrededor de un tercio de los pacientes sólo alcanzaron el nivel de estudios correspondiente a la Enseñanza Primaria o menos, lo que es indicativo de un importante abandono escolar.

Tabla 7.3

Nivel de estudios por año de estudio (porcentajes por año)

Año	Hasta Enseñanza Primaria	Secundaria 1ª EGB, ESO, FPI	Secundaria 2ª FPII, BUP, COU	Estudios Universitarios	Otros estudios	Desconocido
1995	35.06	35.42	19.97	0.60	0	8.95
1996	36.16	42.92	9.38	1.55	9.84	0.15
1997	37.70	46.99	11.71	1.76	1.67	0.17
1998	36.44	47.73	11.72	0.94	0.17	3.00
1999	36.49	58.72	1.51	1.08	0.29	1.91
2000	37.50	39.23	19.96	1.73	0.60	0.97
2001	35.41	58.71	2.17	2.06	0.26	1.38
2002	33.96	60.57	2.49	1.60	0.52	0.86
2003	35.02	40.13	21.52	2.62	0.20	0.50
2004	40.08	38.45	17.78	3.27	0.16	0.27
2005	36.64	40.79	17.77	4.23	0.08	0.49
2006	40.17	38.63	17.21	3.45	0.19	0.35
2007	37.17	42.38	16.62	3.32	0.19	0.32
2008	35.47	41.72	18.86	3.50	0.08	0.35
2009	34.49	42.28	18.89	3.93	0.16	0.25
2010	34.76	41.65	18.88	4.01	0.14	0.55
2011	35.01	43.66	17.09	3.62	0.24	0.38
2012	35.35	42.74	17.09	4.38	0.08	0.35
2013	35.22	44.37	15.68	4.30	0.08	0.36
Min	33.96	35.42	1.51	0.60	0	0.15
Máx	40.17	60.57	21.52	4.38	9.84	8.95
Media	36.22	44.58	14.54	2.73	0.79	1.13
DT	1.72	7.17	6.33	1.26	2.22	2.02

7.1.6. Fuente de ingresos

Los resultados del período de estudio indican que realmente solo 36 de cada 100 pacientes dependen para vivir de una actividad laboral. El resto lo hacen de su familia o de las instituciones (Tabla 7.4). Los datos más destacables son la significativa disminución de la fuente de ingresos derivada de la práctica de actividades marginales ($r = -.91, p < .05, B = -0.709$), que pasan del 13 al 5 % en los años analizados, y el creciente aumento de las

prestaciones sociales como fuente de ingresos de los pacientes ($r = .96, p < .05, B = 0.514$), que pasan del 6 al casi 16 %.

Tabla 7.4

Fuente de ingresos según año de estudio (porcentajes por año)

Año	Actividad laboral	Ayuda familiar/ pareja	Actividades marginales	Prestaciones sociales	Prestaciones por desempleo	Otros	Desc.
1995	33.33	27.74	12.99	5.92	6.56	2.72	10.73
1996	31.33	27.03	15.62	6.72	5.44	3.51	10.35
1997	32.06	27.85	18.76	7.55	5.04	5.44	3.30
1998	34.41	27.71	15.38	7.59	5.66	4.66	4.59
1999	36.01	29.59	13.07	8.84	5.02	4.19	3.28
2000	36.28	28.23	12.26	9.75	6.00	5.56	1.92
2001	40.65	26.15	9.65	10.79	6.09	5.15	1.53
2002	40.02	25.99	10.34	10.92	5.63	5.32	1.78
2003	42.29	25.69	8.52	12.57	6.04	3.91	0.99
2004	41.90	27.36	7.12	11.35	6.37	4.69	1.20
2005	43.12	25.52	7.11	11.93	7.11	4.20	1.00
2006	42.40	23.05	7.00	13.84	7.22	5.24	1.25
2007	41.58	24.75	5.40	13.75	7.79	5.40	1.33
2008	43.45	22.16	5.69	12.69	9.72	4.88	1.41
2009	37.06	25.53	4.57	13.30	11.99	5.58	1.95
2010	33.29	26.78	4.44	13.07	14.12	6.39	1.90
2011	31.50	26.95	5.65	15.05	11.49	7.80	1.55
2012	29.48	28.05	4.79	15.58	11.58	9.09	1.43
2013	27.31	30.54	5.17	15.75	11.05	9.08	1.10
Min	27.31	22.16	4.44	5.92	5.02	2.72	0.99
Máx	43.45	30.54	18.76	15.75	14.12	9.09	10.73
Media	36,71	26,67	9,13	11,42	7,89	5,41	2,77
DT	5,14	2,02	4,37	3,00	2,82	1,69	2,89

7.1.7. Actividad laboral

En concordancia con la variable anterior, se observa que, en promedio, el 57.37% de la población de drogodependientes no tiene como ocupación el trabajo remunerado, y que cada vez hay más usuarios pensionistas o con una incapacidad permanente (de 1.81% en 1995 a 11.02% en 2013), así como parados que nunca trabajaron (de 29.1% en 1995 a 41.13% en 2013) (Tabla 7.5). Ambos cambios son estadísticamente significativos para $p < .05$: $r = .95, B = 0.436$ y $r = .92, B = 0.648$, respectivamente. También aumenta

significativamente el número de pacientes cuya actividad principal es ser estudiante ($r = .72$), aunque la pendiente de crecimiento no es tan acusada como en los otros dos casos ($B = .25$).

Tabla 7.5

Actividad laboral (porcentajes por año)

Año	Contrato indefinido o autónomo	Contrato temporal	Familia sin sueldo	Parado habiendo trabajado	Parado no habiendo trabajado	Pensionista / Incapacidad permanente	Estudiante	Labores del hogar	Otras	Desconocido
1995	13.30	24.81	0.12	7.80	29.10	1.81	4.30	1.27	2.21	15.28
1996	13.03	22.85	2.40	7.78	30.78	4.17	4.29	1.04	4.42	9.25
1997	13.51	23.13	2.40	8.59	31.93	4.60	2.40	1.46	4.31	7.67
1998	15.24	22.56	2.10	8.15	30.75	4.30	1.60	1.49	5.59	8.23
1999	16.98	22.00	1.80	7.70	29.56	3.99	0.80	1.51	6.88	8.79
2000	14.59	18.86	3.24	7.98	34.64	5.19	1.23	1.60	9.34	3.33
2001	16.00	19.76	2.26	6.82	36.12	5.85	1.26	1.21	5.94	4.76
2002	16.86	19.56	3.57	6.55	33.34	6.52	2.25	2.00	6.09	3.26
2003	18.40	17.67	3.44	5.60	36.40	7.70	3.15	0.82	4.96	1.87
2004	15.85	17.54	4.71	6.45	35.15	8.51	3.61	1.26	5.65	1.26
2005	19.88	16.19	2.41	5.86	35.23	8.06	4.29	1.33	5.72	1.03
2006	17.81	18.57	2.25	5.62	36.18	9.07	3.34	1.09	5.05	0.71
2007	19.09	17.02	2.61	5.98	34.99	8.91	3.46	1.38	5.61	0.90
2008	20.57	16.79	2.14	5.66	36.30	8.79	4.10	0.63	4.28	0.58
2009	18.11	13.79	2.60	6.14	41.06	8.66	5.17	0.34	3.68	0.39
2010	17.22	11.79	2.45	6.61	41.03	8.38	6.70	0.65	4.44	0.67
2011	16.80	10.77	3.00	8.47	39.00	10.21	5.44	0.83	4.71	0.64
2012	16.20	9.22	2.46	7.76	41.36	10.36	6.60	1.19	4.14	0.70
2013	16.14	7.90	2.40	8.75	41.13	11.02	7.21	0.90	3.99	0.56
Min	13.03	7.90	0.12	5.60	29.10	1.81	0.80	0.34	2.21	0.39
Máx	20.57	24.81	4.71	8.75	41.36	11.02	7.21	2.00	9.34	15.28
Media	16.61	17.41	2.55	7.07	35.48	7.16	3.75	1.16	5.11	3.68
DT	2.12	4.87	0.89	1.10	3.96	2.57	1.90	0.40	1.47	4.21

7.1.8. Tipo de convivencia

Los datos de la Tabla 7.6, informan que la mayor parte de los pacientes, a pesar del paso de los años, siguen viviendo en el hogar paterno (48.4%, en promedio), aunque se observa una importante y progresiva disminución desde 1995 (de casi el 60% a poco más

del 40%: $r = .83$, $p < .05$, $B = 0.692$). Por otra parte, la convivencia con una pareja se mantiene estable mientras aumenta progresivamente el porcentaje de los que viven solos (4.65% en 1995, 15.22% en 2013: $r = .90$, $p < .05$, $B = 0.479$).

Tabla 7.6

Tipo de convivencia (porcentajes por año)

Año	Solo/a	Con pareja y/o hijos	Con padres o familia de origen	Otros	Desc.
1995	4.65	21.94	58.78	6.13	8.49
1996	6.01	21.81	57.00	8.38	6.80
1997	11.21	23.96	56.34	7.62	0.88
1998	10.00	25.48	53.13	10.27	1.12
1999	8.79	26.99	49.93	12.92	1.37
2000	9.56	26.69	45.99	17.29	0.47
2001	9.76	31.65	46.85	11.06	0.68
2002	11.53	28.45	47.40	12.15	0.46
2003	12.13	31.26	47.63	8.40	0.58
2004	12.32	27.34	49.50	10.58	0.27
2005	13.62	28.02	46.41	11.72	0.24
2006	13.65	29.99	44.06	12.00	0.30
2007	13.24	28.61	44.64	13.16	0.35
2008	14.43	28.93	45.77	10.35	0.53
2009	14.41	27.80	48.23	9.15	0.41
2010	14.00	27.62	47.68	10.06	0.62
2011	14.52	30.89	43.56	10.31	0.72
2012	14.42	31.03	43.28	10.82	0.46
2013	15.22	30.64	43.32	10.33	0.49
Min	4.65	8.40	28.45	6.13	0.24
Máx	15.22	47.40	58.78	31.26	8.49
Media	11.76	27.85	48.39	10.67	1.33
DT	2.98	7.08	6.57	5.25	2.26

7.1.9. Tipología de residencia

No se observan grandes variaciones durante el período 1995-2013 (Tabla 7.7). La mayor parte de los pacientes viven en casas más o menos convencionales (87.8%), y solamente habría que destacar que el 5.12% residirían en alojamientos precarios, viviendas abandonadas, *okupas*, en la calle o dependiendo del dinero que tengan, en alguna pensión barata. Por otra parte, un 5.38% residirían en algún tipo de institución,

como centros penitenciarios, centros de incorporación social penitenciarios, centros de menores, etc.

Tabla 7.7

Tipología de residencia (porcentajes por año)

Año	Casas, pisos	Prisión, reforma, menores	Otras instituciones	Pensiones hoteles	Alojamiento inestable o precario	Otro lugar	Desc.
1995	86.10	1.66	1.63	1.82	4.34	0.62	3.83
1996	86.04	4.96	1.63	2.82	3.34	0.62	0.60
1997	88.25	2.34	0.92	1.42	3.07	3.12	0.88
1998	87.04	3.96	1.63	1.82	4.34	0.62	0.60
1999	86.04	4.96	1.63	2.82	3.34	0.62	0.60
2000	88.60	3.24	0.82	1.95	3.56	1.08	0.76
2001	87.68	4.69	1.61	1.71	3.45	0.46	0.40
2002	87.04	3.96	1.63	1.82	4.34	0.62	0.60
2003	88.60	3.24	0.82	1.95	3.56	1.08	0.76
2004	87.68	4.69	1.61	1.71	3.45	0.46	0.40
2005	87.04	3.96	1.63	1.82	4.34	0.62	0.60
2006	86.10	4.29	2.44	1.25	3.75	0.27	1.90
2007	84.31	5.61	2.42	1.44	3.24	0.48	2.50
2008	88.67	3.35	1.76	1.33	3.32	0.76	0.81
2009	90.58	2.99	1.15	1.36	2.85	0.32	0.76
2010	89.91	3.29	1.30	0.91	3.03	0.43	1.13
2011	89.53	4.02	1.29	1.02	2.87	0.43	0.86
2012	89.51	4.73	1.16	1.24	2.52	0.30	0.54
2013	89.57	3.66	1.59	1.07	3.20	0.41	0.51
Min	84.31	1.66	0.82	0.91	2.52	0.27	0.40
Máx	90.58	5.61	2.44	2.82	4.34	3.12	3.83
Media	87.80	3.87	1.51	1.65	3.47	0.70	1.00
DT	1.66	0.98	0.44	0.52	0.54	0.63	0.86

7.2. Variables relacionadas con el consumo de drogas

En este apartado se presentarán los datos relativos a la realización y número de tratamientos previos de drogodependencias, demanda de atención, fuente de la derivación del caso, droga principal y secundaria de consumo, vía de administración, frecuencia de consumo, tiempo máximo sin consumir, años de consumo de la droga principal y edad de comienzo del consumo.

7.2.1. Presencia de tratamiento previo de la drogodependencia

La media del período de estudio arroja la cifra del 59.25% de pacientes que cuando inician o reinician tratamiento informan de que ya han realizado algún otro con anterioridad (Tabla 7.8).

Tabla 7.8

Tratamientos previos de drogodependencia (porcentajes por año)

Año	Sí	No	Desconocido
1995	42.61	57.39	0
1996	46.65	45.80	7.55
1997	59.33	39.54	1.13
1998	61.42	37.83	0.75
1999	63.51	36.12	0.37
2000	65.01	33.01	1.98
2001	68.11	31.24	0.65
2002	65.76	33.62	0.62
2003	64.89	34.82	0.29
2004	62.76	37.03	0.21
2005	61.97	37.62	0.41
2006	63.44	36.10	0.46
2007	63.04	36.21	0.74
2008	59.16	40.61	0.23
2009	55.58	44.14	0.28
2010	53.28	46.58	0.14
2011	57.89	41.79	0.32
2012	56.75	43.01	0.24
2013	54.65	45.12	0.23
Min	42.61	31.24	0
Máx	68.11	57.39	7.55
Media	59.25	39.87	0.87
DT	6.56	6.20	1.68

En cuanto al número de tratamientos previos, el mayor porcentaje (el 21.24%, de promedio) corresponde a quienes han recibido un tratamiento. Además, este porcentaje va siendo cada vez menor conforme aumenta la cifra de tratamientos previos. Por otro lado, el porcentaje de pacientes con tratamientos previos fue aumentando hasta el año 2001 (en que llegó al 68.11%), experimentando luego experimenta una paulatina, aunque no pronunciada, disminución hasta 2013 (en el que un 54.56% de los pacientes llegaba después de recibir al menos un tratamiento previo (Tabla 7.9).

Tabla 7.9

Número de tratamientos previos de drogodependencia según año de estudio

Año	Con tratamientos previos	Número de tratamientos previos					
		1	2	3	4	5	seis o +
1995	42.61	19.07	10.00	5.95	2.84	1.39	2.21
1996	46.65	21.16	14.97	10.55	5.83	3.77	4.64
1997	59.33	21.16	14.97	10.55	5.83	3.77	4.64
1998	61.42	23.59	15.24	10.36	6.36	2.54	4.39
1999	63.51	23.59	15.24	10.36	6.36	2.54	4.39
2000	65.01	23.99	16.06	11.10	5.06	3.52	4.68
2001	68.11	23.21	17.29	12.35	6.26	3.44	4.44
2002	65.76	22.76	15.69	10.18	7.17	4.09	4.49
2003	64.89	22.11	16.07	9.68	6.30	3.73	4.14
2004	62.76	20.08	15.37	10.47	6.37	3.37	5.62
2005	61.97	21.16	14.97	10.55	5.83	3.77	4.64
2006	63.44	20.55	14.96	10.53	6.38	4.02	6.13
2007	63.04	21.01	15.39	10.58	6.86	3.27	4.63
2008	59.16	20.12	14.48	9.32	5.61	3.37	4.15
2009	55.58	18.41	13.17	8.87	5.45	3.10	3.72
2010	53.28	19.39	11.12	7.61	4.68	3.15	3.82
2011	57.89	21.24	12.16	8.76	4.85	3.40	4.58
2012	56.75	21.07	12.63	8.52	4.35	2.62	4.03
2013	54.65	19.95	12.99	7.34	4.32	3.12	4.09
Min	42.61	18.41	10.00	5.95	2.84	1.39	2.21
Máx	68.11	23.99	17.29	12.35	7.17	4.09	6.13
Media	59.25	21.24	14.36	9.66	5.62	3.26	4.39
DT	6.56	1.61	1.85	1.52	1.05	0.64	0.78

7.2.2. Tipo de demanda de atención

Los datos reflejados en la Tabla 7.10, permiten saber qué buscan los usuarios de drogas cuando deciden acudir a una Unidad Asistencial de Drogodependencias o Unidad de Conductas Adictivas y comprobar con el transcurso de los años los diferentes tipos de demandas que formulan. Las cuestiones a destacar son, por un lado, que la demanda de metadona, después de tener un rápido crecimiento hasta el año 2000 y de mantenerse posteriormente en valores superiores al 30% hasta el 2007, desde entonces no ha parado de descender hasta estar, en los últimos años, por debajo del 20% de la demanda total. No

obstante, durante mucho tiempo fue, y siguió siendo hasta hace solo unos años, lo que más ha atraído a los usuarios a los centros.

Tabla 7.10

Tipo de demanda de atención (porcentaje por año)

Año	Medicación de urgencia	Naltrexona	Desintoxicación	Psicoterapia	Metadona	Desintoxicación hospitalaria	Internamiento en C.T.	Unidad de día	Demanda no específica	Otras	Desconocido
1995	1.48	5.41	36.51	6.80	19.64	0.57	3.29	0.45	16.35	2.99	6.50
1996	1.08	7.08	31.46	8.48	26.76	0.55	3.34	0.34	13.28	3.10	4.53
1997	1.05	6.80	26.54	8.93	32.10	0.77	3.20	0.52	14.41	4.37	1.32
1998	1.01	6.29	24.71	10.44	37.82	0.81	3.25	0.50	10.67	3.55	0.93
1999	0.97	5.79	22.88	11.95	43.54	0.86	3.31	0.49	6.93	2.74	0.54
2000	0.72	3.68	21.06	11.35	48.51	0.50	3.65	0.47	6.73	3.05	0.28
2001	0.85	4.68	22.26	7.71	43.12	0.68	5.59	0.59	10.82	3.18	0.53
2002	0.52	2.77	18.43	12.58	39.99	0.89	5.54	0.80	14.33	3.69	0.46
2003	0.87	2.07	17.59	19.66	34.44	0.93	7.49	0.55	12.69	3.35	0.35
2004	0.72	1.55	17.38	22.92	33.47	0.48	6.40	0.64	11.75	4.58	0.11
2005	0.84	0.98	18.28	21.05	32.90	0.54	6.02	0.46	13.86	4.83	0.24
2006	0.71	1.14	16.37	20.30	35.50	0.79	5.24	1.14	11.94	6.70	0.16
2007	0.74	0.74	17.23	18.56	36.32	0.74	5.42	1.20	11.67	7.18	0.19
2008	1.03	0.86	16.19	23.67	29.63	0.73	5.46	0.76	12.97	8.59	0.13
2009	0.80	0.67	14.29	22.10	28.95	0.60	4.89	0.92	10.50	16.18	0.09
2010	0.55	0.41	15.76	22.58	26.26	0.43	5.16	1.32	11.77	15.59	0.17
2011	0.62	0.29	16.23	26.87	23.63	0.24	5.49	1.74	14.71	10.05	0.13
2012	0.62	0.35	16.07	26.51	19.50	0.14	7.76	1.33	16.39	11.28	0.05
2013	0.97	0.28	16.83	26.75	18.49	0.31	6.68	1.07	17.29	11.13	0.20
Min	0.52	0.28	14.29	6.80	18.49	0.14	3.20	0.34	6.73	2.74	0.05
Máx	1.48	7.08	36.51	26.87	48.51	0.93	7.76	1.74	17.29	16.18	6.50
Media	0.85	2.73	20.32	17.33	32.14	0.61	5.12	0.81	12.58	6.64	0.89
DT	0.23	2.49	5.89	7.08	8.51	0.22	1.44	0.39	2.83	4.32	1.69

En los primeros años del estudio se observa, sin embargo, que el máximo de la demanda fue de desintoxicación, la cual inmediatamente empezó a disminuir significativamente de forma constante y con una pendiente importante ($r = .85$, $p < .05$, $B = 0.890$), pasando del 36.5% inicial (año 1995) a menos de la mitad de ese valor en el 2013 (concretamente, al 16.8%).

También la demanda de naltrexona, aunque nunca tuvo un gran peso, ha descendido de forma significativa hasta su casi desaparición, desde un 5.4% en 1995 hasta el 0.28% en 2013 ($r = .92, p < .05, B = 0.410$).

Todo lo anterior va acompañado de un aumento de la demanda de psicoterapia, que no cesa de aumentar con una pendiente de más de 45° ($B = 1.178, r = .94, p < .001$).

Finalmente hay que destacar la demanda no específica, en la que se pueden incluir, por ejemplo, los tratamientos motivados por las sanciones administrativas, procesos judiciales, presión de la familia, etc., y que, en promedio, alcanza el 12.6%. Las admisiones a tratamiento para ingreso en comunidad terapéutica, por otro lado, se han duplicado desde 1995, aunque el crecimiento se dio básicamente durante los primeros años del período de estudio.

7.2.3. Fuente de la derivación

Como se puede observar en la Tabla 7.11, en general no ha habido grandes variaciones: los pacientes informan, en su mayor parte, que acuden a los centros de tratamiento por iniciativa propia (41.04%), aunque hubo años, como 1995 y 1996, que el porcentaje fue muy superior. En segundo lugar, los usuarios son animados, o muchas veces presionados, a acudir a los servicios por familiares o amigos (17.10%) y en tercer lugar son derivados desde otro centro de drogodependencias (13.19%), bien de Galicia o de cualquier otra parte, casi siempre de España. Por último, una derivación que cada vez se desea que ocurra con mayor frecuencia, es la derivación desde otros servicios sanitarios como atención primaria, salud mental, hospitalización, etc., y que llega a una media del 9.12%, habiendo progresado desde 1995 con un 6.86%, al 14.32% en 2013.

Tabla 7.11

Fuente de la derivación (porcentajes por año)

Año	Otro serv. de tratamiento de drogodependencias	Servicios de salud	Servicios sociales	Prisión, reforma	Servicios legales o policiales	Empresario o empleador	Familiares, amigos u otros drogodependientes	Iniciativa propia	Otras	Desconocido
1995	5.14	6.86	1.48	3.24	1.15	0.11	26.14	51.62	1.93	2.33
1996	4.89	7.74	2.30	1.30	3.70	0.13	24.10	48.75	2.82	4.28
1997	5.37	5.90	1.59	1.35	2.24	2.07	18.51	54.59	7.74	0.65
1998	7.54	5.89	1.94	3.31	2.40	4.39	17.36	50.82	5.94	0.42
1999	9.70	5.88	2.28	2.43	2.57	6.70	16.21	49.90	4.14	0.20
2000	13.58	5.82	1.92	6.32	3.74	5.50	16.13	42.75	4.09	0.16
2001	14.59	6.44	1.94	4.32	1.62	5.12	14.76	45.35	5.65	0.21
2002	14.52	6.74	2.18	4.74	2.52	5.23	15.72	42.94	5.04	0.37
2003	19.04	9.94	2.80	5.48	2.51	0.20	15.75	40.27	3.41	0.58
2004	18.42	10.07	2.38	8.03	3.03	0.16	17.22	38.29	2.12	0.29
2005	17.60	9.74	2.82	7.24	3.69	0.11	18.17	37.81	2.74	0.08
2006	18.49	9.17	2.82	8.36	4.80	0.41	16.83	36.48	2.50	0.14
2007	17.92	9.94	2.90	9.86	5.72	0.08	14.44	37.22	1.75	0.16
2008	16.77	11.08	2.69	7.40	8.08	0.23	17.25	34.84	1.54	0.13
2009	14.38	10.55	2.48	6.66	16.66	0.21	14.34	33.30	1.38	0.05
2010	13.38	10.16	3.17	7.47	15.85	0.12	14.51	33.56	1.68	0.10
2011	14.25	12.43	3.59	9.70	8.55	0.05	15.78	34.07	1.50	0.08
2012	12.42	14.63	4.19	10.93	7.82	0.05	15.28	33.22	1.43	0.03
2013	12.66	14.32	4.25	9.74	6.93	0.10	16.39	33.91	1.51	0.18
Min	4.89	5.82	1.48	1.30	1.15	0.05	14.34	33.22	1.38	0.03
Máx	19.04	14.63	4.25	10.93	16.66	6.70	26.14	54.59	7.74	4.28
Media	13.19	9.12	2.62	6.20	5.45	1.63	17.10	41.04	3.10	0.55
DT	4.66	2.79	0.78	2.96	4.42	2.38	3.09	7.16	1.86	1.04

7.2.4. Droga principal de consumo

Los datos que se reflejan en la Tabla 7.12 indican que la heroína ha sido la droga que, durante los 19 años del período de estudio, más ha atraído a los usuarios a la RADG, concretamente al 58.94% en promedio, seguida de la cocaína (15.55%), alcohol (8.8%) y cannabis (8.17%).

Sin embargo, si se analiza la evolución del consumo 1995-2013, lo primero que se observa es que la heroína no ha dejado de descender en el porcentaje de pacientes que atrae hacia las UADs/UCAs: de 91.3% en 1995 a 28.47% en 2013. De hecho, la pendiente

es tan pronunciada y el valor de R^2 tan alto ($B = 3.929$, $R^2 = .97$, $p < .001$), que si se mantuvieran en esa línea se podría predecir la desaparición del consumo de heroína como droga principal para quienes acuden a las UADs/UCAs, en el plazo de sólo seis años (esto es, en 2019: Figura 7.1).

Tabla 7.12

Droga principal de consumo en las admisiones a tratamiento: sustancias más relevantes (porcentajes por año)

Año	Heroína, diamorfina	Cocaína	Tabaco	Drogas de síntesis	LSD y otros alucinógenos	Cannabis	Alcohol	Juego, ludopatías
1995	91.30	1.06	0.12	0.09	0.09	0.94	2.96	0.00
1996	90.44	2.21	0.43	0.13	0.13	1.00	3.93	0.60
1997	88.77	3.45	0.40	0.29	0.10	1.02	3.95	0.60
1998	83.71	5.69	1.14	0.19	0.09	1.44	4.84	0.33
1999	78.66	7.93	1.88	0.09	0.09	1.85	5.73	0.06
2000	78.12	7.07	1.85	0.22	0.03	2.04	5.28	0.47
2001	78.56	5.85	1.97	0.56	0.00	2.85	7.03	0.47
2002	69.33	11.47	2.49	0.74	0.03	4.68	6.89	0.37
2003	58.85	20.06	2.57	0.38	0.03	5.45	6.97	0.93
2004	52.74	22.62	2.81	0.32	0.05	7.28	8.03	0.48
2005	48.93	25.20	3.80	0.30	0.03	7.70	8.46	0.60
2006	48.72	23.91	3.50	0.22	0.00	7.44	9.80	0.54
2007	46.88	25.37	2.39	0.19	0.00	8.24	9.31	0.72
2008	41.82	27.59	0.48	0.00	0.00	11.53	9.64	0.76
2009	37.78	24.56	2.09	0.14	0.02	18.68	10.16	0.62
2010	36.30	24.45	2.31	0.12	0.00	19.65	12.35	0.58
2011	32.65	25.72	3.32	0.16	0.00	15.54	15.91	0.91
2012	27.81	26.10	3.52	0.22	0.05	18.29	18.50	0.87
2013	28.47	24.17	4.65	0.18	0.03	19.54	17.42	0.92
Min	27.81	1.06	0.12	0.00	0.00	0.94	2.96	0.00
Máx	91.30	27.59	4.65	0.74	0.13	19.65	18.50	0.93
Media	58.94	16.55	2.20	0.24	0.04	8.17	8.80	0.57
DT	22.39	9.94	6.94	4.50	5.95	6.94	4.50	0.26

Por el contrario, la cocaína y el cannabis han aumentado de forma importante (del 1.06% en 1995 al 24.17% en 2013 y del 0.94 % en 1995 al 19.54% en 2013, respectivamente), si bien su crecimiento como droga principal de consumo parece estar

estabilizado (en el caso de la cocaína, a partir de 2005) o incluso en descenso (en el caso del cannabis, a partir del 2009-10), si bien la tendencia no es aún clara.

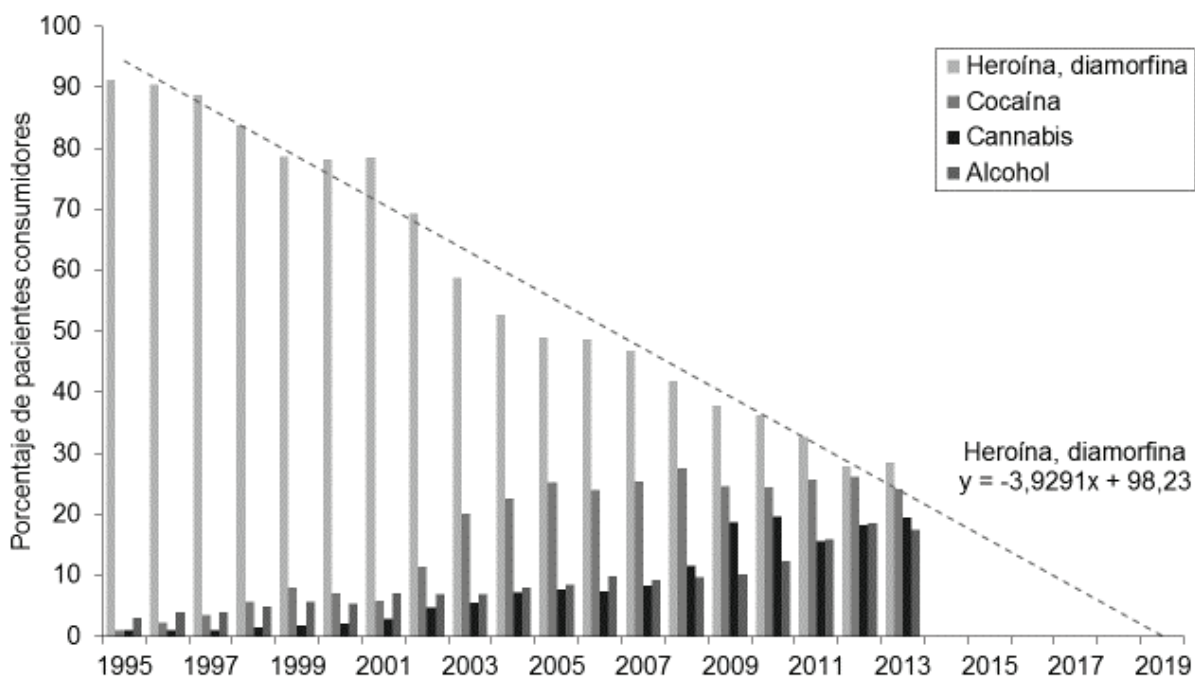


Figura 7.1. Tendencia de consumo de la droga principal

Mientras, sustancias cuyo consumo antes no se consideraba prioritario en la RADG, como el alcohol y el tabaco, también han incrementado el número de demandantes de tratamiento, de forma bastante importante el alcohol (del 2.96% en 1995 al 17.42% en 2013: $B = 0.753$, $r = .94$, $p < .05$) y menos (pero relevante por ser novedad) el tabaco (del 0.12 % en 1995 al 4.65% en 2013).

Algunas sustancias tradicionales, como el LSD, sólo han mostrado una presencia reducida, y otras nuevas, como las drogas de síntesis, no suponen, a pesar de importante presencia en los medios, una carga significativa para la RADG.

Por lo que se refiere a las adicciones comportamentales, las ludopatías y similares se mantienen en un porcentaje que nunca ha llegado al 1% de los pacientes.

El resto de sustancias no ha experimentado a lo largo del tiempo analizado un auge en cuanto al porcentaje de personas que inician tratamiento (ver resumen en Tabla 7.13).

Tabla 7.13

Droga principal de consumo en las admisiones a tratamiento: sustancias de consumo residual (porcentajes por año)

Año	Heroína + cocaína	Codeína o derivados	Metadona	Buprenorfina y otros opiáceos	Base libre de cocaína	Anfetaminas	Benzo-diacepinas	Dopantes deportivos	Otras (probl.alimentalmente inhalantes)
Min	0.51	0.02	0.06	0.04	0.00	0.00	0.13	0.00	0.04
Máx	4.41	1.92	1.61	0.22	0.35	2.24	0.94	0.02	1.99
Media	2.20	0.21	0.81	0.10	0.16	0.21	0.52	0.00	0.29
DT	1.00	0.42	0.50	0.05	0.11	0.50	0.29	0.01	0.42

7.2.5. Droga secundaria de consumo

Los datos correspondientes a esta variable, expuestos en la Tabla 7.14, sirven para conocer mejor el fenómeno tan común de la politoxicomanía, es decir, que en general hay una segunda droga que se consume además de la droga principal. Quedan excluidos aquí los casos de tabaquismo, en cualquier intensidad, y el consumo moderado de alcohol, ya que ambas sustancias están muy presentes, tanto en la vida de la población general como en la de nuestros usuarios. Así, la droga secundaria de más uso es la cocaína (22.59%, en promedio), que mostró un crecimiento de 10 puntos porcentuales desde 1995 hasta 2005 y que después empezó a decrecer, de forma similar a como ocurre en su uso como droga principal. En segundo lugar se sitúa del cannabis, que se ha mantenido muy estable a lo largo de los años (alrededor del 13%). El resto de las sustancias ofrecen un consumo reducido, excepto el de las benzodiazepinas que, con 3.87% de usuarios, de media, exige una atención y un seguimiento especial. Se constata el incremento paulatino del consumo de alcohol como droga secundaria, que no es lo mismo que el uso de alcohol, pasando del 7.71% en 1995 al 17.83% en 2013. Este consumo es siempre de tipo abusivo, o incluso

dependiente, y necesita de tratamientos de desintoxicación protocolizados en ambientes familiares u hospitalarios.

Tabla 7.14

Drogas secundarias de consumo más relevantes en las admisiones a tratamiento (porcentajes por año)

Año	Heroína	Cocaína	Tabaco	Benzo- diazepinas	Cannabis	Alcohol	Ninguna
1995	2.06	15.08	27.65	8.34	15.62	7.71	11.00
1996	0.72	17.09	12.52	3.89	16.41	6.97	18.75
1997	0.65	20.49	15.29	4.83	16.77	6.04	15.47
1998	1.72	24.07	18.21	4.95	14.66	5.90	15.33
1999	2.80	27.65	21.14	5.08	12.55	5.76	15.18
2000	2.45	26.12	16.54	6.22	9.43	5.41	22.89
2001	1.35	20.97	19.24	5.94	14.31	7.21	24.18
2002	2.28	24.15	17.07	3.81	13.69	8.92	22.24
2003	2.95	24.70	16.19	4.17	12.83	11.93	21.08
2004	3.72	26.29	16.09	3.24	13.41	12.26	19.79
2005	3.96	26.20	15.16	3.04	14.43	13.29	18.99
2006	3.64	23.51	14.20	2.85	12.27	22.96	NC
2007	3.80	22.95	17.60	3.16	13.56	13.35	21.30
2008	3.10	25.70	17.70	3.00	12.97	16.72	16.21
2009	2.96	21.74	20.77	2.16	12.45	16.87	19.23
2010	2.69	22.94	20.32	2.28	12.11	17.18	18.76
2011	2.63	20.87	19.10	2.30	14.22	17.01	19.13
2012	2.57	19.04	22.23	2.06	13.34	18.56	17.80
2013	2.84	19.62	22.17	2.15	13.30	17.83	17.42
Min	0.65	15.08	15.52	2.06	9.43	5.41	11.00
Máx	3.96	27.65	27.65	8.34	16.77	22.96	24.18
Media	2.57	22.59	18.38	3.87	13.60	12.20	18.60
DT	0.95	3.36	4.94	2.89	1.66	5.42	3.22

7.2.6. Vía de administración de la droga principal de consumo

Como se puede ver en la Tabla 7.15, el porcentaje mayor se concentra en la vía pulmonar o fumada, propia de la heroína, cocaína y cannabis, que casi todos los años supera la mitad de las vías de administración empleadas (52.66%, en promedio). A continuación se encuentran la vía parenteral o inyectada, propia también de la heroína y/o cocaína, la vía intranasal o esnifada, más propia de la cocaína, y la vía oral, que

corresponde a drogas como el alcohol y benzodiazepinas, y en menor medida, a otras sustancias como anfetaminas, drogas de síntesis, alucinógenos, etc.

Tabla 7.15

Vía de administración de la droga principal (porcentajes por año)

Año	Oral	Pulmonar o fumada	Intranasal o esnifada	Parenteral o inyectada	Otras	Desconocido
1995	2.69	56.19	1.00	31.88	0.21	8.03
1996	4.23	56.56	1.89	30.29	0.19	6.84
1997	4.87	56.84	2.70	33.96	0.27	1.36
1998	5.96	55.62	3.85	32.90	0.29	1.38
1999	7.05	54.41	4.99	31.84	0.31	1.40
2000	7.64	53.79	5.16	32.47	0.50	0.44
2001	8.41	55.00	4.56	28.62	2.79	0.62
2002	9.17	55.15	8.37	26.21	0.49	0.62
2003	9.36	49.46	14.41	25.26	0.90	0.61
2004	10.84	48.76	13.71	23.37	3.13	0.19
2005	10.44	50.01	17.03	20.91	1.11	0.49
2006	12.08	49.43	16.56	20.47	1.09	0.38
2007	11.33	50.25	18.93	18.03	0.85	0.61
2008	11.91	50.15	20.82	14.48	2.01	0.63
2009	13.05	55.54	19.62	10.71	0.90	0.18
2010	14.15	54.84	20.30	9.61	0.84	0.26
2011	18.40	48.97	21.48	9.80	1.07	0.27
2012	20.94	47.63	22.04	8.17	0.92	0.30
2013	19.49	51.87	20.10	7.14	1.02	0.38
Min	2.69	47.63	1.00	7.14	0.19	0.18
Máx	20.94	56.84	22.04	33.96	3.13	8.03
Media	10.63	52.66	12.5	21.9	1.00	1.32
DT	5.04	3.14	7.82	9.51	0.82	2.20

No obstante lo anterior, el resultado más interesante que ofrecen los datos, es comprobar cómo ha ido disminuyendo la vía de consumo parenteral con el transcurso del tiempo, pasando del 33.96 de 1996 al 7.14% de 2013 y pudiendo predecirse que, de mantenerse la misma tendencia, prácticamente desaparecería para 2017 ($B = 1.638$, $R^2 = .94$, $p < .001$). Como posible compensación, las vías intranasal y oral han sufrido un importante crecimiento, especialmente la primera ($B = 0.862$, $R^2 = .927$, $p < .001$) y $B = 1.3354$, $R^2 = .92$, $p < .001$). (Figura 7.2).

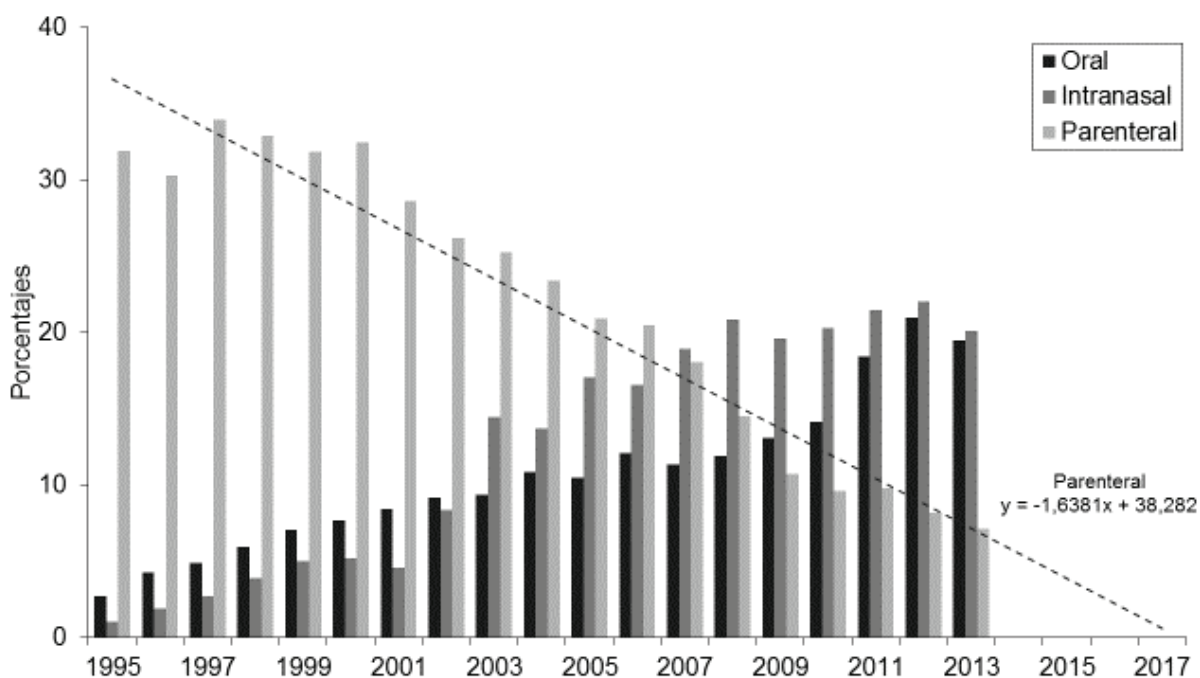


Figura 7.2. Evolución de las vías de administración de la droga de consumo principal

También se ha registrado una subvariable, denominada “Última vez que se inyectó drogas” (ver Tabla 7.16), con el interés, fundamentalmente de saber cuántas personas no se han inyectado nunca. El resultado más destacable es observar que, durante el período de estudio, más de la mitad de quienes acuden a la RADG nunca se ha inyectado, y que esta tendencia parece estar en franco aumento en la última década. En cuanto a quienes llevan más de un año sin inyectarse, las cifras se han mantenido bastante estables, en torno al 15%. Por lo que respecta al porcentaje de los que llevan menos de un año sin hacerlo, ha habido bastante variación, con un crecimiento hasta el año 2000 y un descenso posterior que parece estar consolidándose, en línea con lo observado en relación con la vía de administración parenteral.

Tabla 7.16

Última vez que se inyectó drogas (porcentaje por año)

Año	Más de un año	Menos de 1 año	Nunca	Año	Más de un año	Menos de 1 año	Nunca
1996	17.19	20.56	58.37	2007	20.26	17.66	57.59
1997	17.19	20.56	58.37	2008	16.04	17.74	63.70
1998	10.86	25.63	37.67	2009	16.49	13.19	68.82
1999	14.54	30.70	16.98	2010	16.05	12.99	69.76
2000	14.21	33.35	36.59	2011	15.26	12.27	70.53
2001	11.50	28.56	35.26	2012	14.74	10.87	71.95
2002	13.99	25.62	42.51	2013	14.30	10.53	72.02
2003	16.24	25.72	50.60	Min	10.86	10.53	16.98
2004	17.75	24.07	54.86	Máx	20.26	33.35	72.02
2005	17.19	20.56	58.37	Media	15.71	20.56	54.58
2006	18.98	19.54	58.55	DT	2.35	6.92	15.34

Tabla 7.17

Frecuencia de consumo (porcentaje por año)

Año	Todos los días	4-6 días por semana	2-3 días por semana	1 día por semana	Menos de 1 día/semana	No consumió	Desc.
1995	51.10	5.97	10.10	4.22	4.74	14.71	9.16
1996	51.59	5.48	10.58	3.74	4.64	14.81	9.17
1997	51.59	5.48	10.58	3.74	4.64	14.81	9.17
1998	51.59	5.48	10.58	3.74	4.64	14.81	9.17
1999	51.59	5.48	10.58	3.74	4.64	14.81	9.17
2000	52.58	6.29	10.12	3.51	3.32	12.99	11.19
2001	52.58	6.29	10.12	3.51	3.32	12.99	11.19
2002	52.58	6.29	10.12	3.51	3.32	12.99	11.19
2003	30.15	3.03	3.88	1.72	2.45	7.82	50.95
2004	52.58	6.29	10.12	3.51	3.32	12.99	11.19
2005	51.59	5.48	10.58	3.74	4.64	14.81	9.17
2006	50.35	5.65	9.26	3.85	3.64	18.02	9.23
2007	48.15	4.79	9.17	4.23	4.55	19.01	10.10
2008	47.46	5.99	12.36	5.09	5.79	17.15	6.17
2009	49.38	6.48	12.29	4.76	5.93	16.75	4.41
2010	48.09	6.17	12.54	5.21	6.63	17.73	3.63
2011	46.16	5.17	12.91	4.58	6.86	19.80	4.53
2012	47.09	6.84	11.31	5.11	6.92	19.18	3.54
2013	48.54	7.01	11.33	4.63	6.88	17.37	4.25
Min	30.15	3.03	3.88	1.72	2.45	7.82	3.54
Máx	52.58	7.01	12.91	5.21	6.92	19.80	50.95
Media	49.20	5.77	10.45	4.01	4.78	15.45	10.35
DT	5.06	0.88	1.91	0.81	1.38	2.89	10.21

7.2.7. Frecuencia de consumo

Los datos muestran que ha habido pocas variaciones en la frecuencia de consumo a lo largo de los años (Tabla 7.17). Así, en promedio, un 55% consume a diario o casi a diario la droga principal por la que solicita asistencia, un 8% lo hace una vez o menos por semana, y un 15.45% se encuentra abstinentes cuando es admitido para tratamiento.

7.2.8. Tiempo máximo sin consumir

Aquí tampoco ha habido variaciones importantes (Tabla 7.18). Lo más destacable es que casi un 28% nunca ha dejado de consumir la sustancia principal (entendiendo por “nunca” menos de un mes), y que un 26,8% no consigue estar más de seis meses sin consumir, mientras un 30.85% consigue estar abstinentes entre 1 y 5 años, existiendo además un porcentaje importante del 5% cuya abstinencia ha sido de más de cinco años.

Tabla 7.18

Tiempo máximo sin consumir (en meses)

Año	Ninguno	1-3	4-6	7-10	11-15	16-20	21-30	31-60	Más de 60	Desc.
1995	32.49	18.65	12.33	7.59	6.17	2.54	4.47	2.96	0.97	11.85
1996	34.34	15.96	12.15	8.78	8.47	3.28	6.40	6.02	1.80	2.80
1997	34.34	15.96	12.15	8.78	8.47	3.28	6.40	6.02	1.80	2.80
1998	28.19	14.98	12.15	8.64	10.10	3.85	8.56	8.07	2.57	2.88
1999	28.19	14.98	12.15	8.64	10.10	3.85	8.56	8.07	2.57	2.88
2000	23.04	14.65	12.61	9.31	10.63	4.90	8.74	10.15	3.55	2.42
2001	22.94	13.56	10.79	8.21	11.35	4.56	9.71	12.15	4.09	2.65
2002	23.99	14.33	12.12	8.12	9.90	4.15	9.90	10.58	4.28	2.61
2003	22.54	15.72	11.11	6.79	10.24	4.55	9.77	12.28	4.84	2.16
2004	25.03	15.85	10.33	5.62	10.44	4.50	9.40	13.01	5.03	0.78
2005	24.17	15.22	10.41	7.32	9.30	4.58	8.87	12.31	6.21	1.60
2006	24.86	15.88	9.66	5.75	9.80	3.69	8.96	13.52	6.51	1.36
2007	25.39	15.50	9.94	6.14	7.90	3.62	8.59	13.43	8.11	1.38
2008	27.19	17.09	10.12	6.07	8.86	3.25	8.36	11.38	6.62	1.06
2009	27.30	18.06	10.57	5.88	8.92	3.26	8.11	9.79	7.40	0.71
2010	29.71	17.18	10.04	5.93	7.37	3.70	7.35	10.33	7.61	0.77
2011	30.22	17.22	9.48	5.79	8.73	3.51	6.75	10.50	6.78	1.02
2012	32.35	15.50	9.30	5.79	8.01	3.71	8.09	9.14	7.36	0.76
2013	34.58	15.81	9.77	5.75	6.83	3.35	7.06	8.59	7.34	0.92
Min	22.54	13.56	9.30	5.62	6.17	2.54	4.47	2.96	0.97	0.71
Máx	34.58	18.65	12.61	9.31	11.35	4.90	9.90	13.52	8.11	11.85
Media	27.94	15.92	10.91	7.10	9.03	3.80	8.11	9.91	5.02	2.28
DT	4.14	0.56	0.48	0.38	1.37	0.61	1.40	2.81	2.30	2.47

Teniendo en cuenta todo el conjunto de datos disponible en el GECEAS durante el período del que se dispone de ellos, 1995-2013, se obtiene, de media, el resultado de 24.98 meses de abstinencia máxima de la droga principal, es decir, aproximadamente dos años.

7.2.9. Años de consumo de la droga principal

Esta variable proporciona datos sobre el tiempo transcurrido desde el comienzo del consumo hasta el momento en que los pacientes acuden a alguno de los servicios asistenciales. Los datos de la Tabla 7.19 muestran que prácticamente no hay pacientes que acudan a tratamiento antes de que pase un año del inicio del consumo, y que lo más habitual es hacerlo cuando se llevan entre 6 y 15 años de consumo, abanico amplio pero consecuencia de los diferentes lapsos para las diferentes drogas.

Tabla 7.19

Años de consumo de la droga principal

Año	Menos de 1 año	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	21-29	30 o más	Desc.
1995	1.74	6.56	11.17	21.56	23.11	18.04	12.53	4.64	0.66
1996	1.74	6.56	11.17	21.56	23.11	18.04	12.53	4.64	0.66
1997	1.74	6.56	11.17	21.56	23.11	18.04	12.53	4.64	0.66
1998	1.74	6.56	11.17	21.56	23.11	18.04	12.53	4.64	0.66
1999	1.74	6.56	11.17	21.56	23.11	18.04	12.53	4.64	0.66
2000	1.40	6.71	13.74	22.13	26.48	16.42	9.42	2.89	0.82
2001	1.40	6.71	13.74	22.13	26.48	16.42	9.42	2.89	0.82
2002	1.40	6.71	13.74	22.13	26.48	16.42	9.42	2.89	0.82
2003	1.40	6.71	13.74	22.13	26.48	16.42	9.42	2.89	0.82
2004	1.37	7.31	11.67	21.69	25.49	16.68	12.05	3.51	0.24
2005	1.74	6.56	11.17	21.56	23.11	18.04	12.53	4.64	0.65
2006	1.00	7.06	8.98	19.49	22.39	20.09	15.53	4.78	0.68
2007	1.14	7.60	8.43	18.90	21.06	20.50	16.83	4.25	1.28
2008	1.11	6.75	11.30	20.87	18.45	19.56	16.31	5.11	0.53
2009	1.08	6.78	13.21	19.88	17.16	18.41	18.13	5.10	0.25
2010	1.15	7.90	12.30	18.16	17.58	18.78	17.51	6.32	0.29
2011	0.94	6.72	10.42	15.35	18.03	16.66	22.61	8.81	0.46
2012	0.78	5.71	9.76	17.23	18.15	15.47	22.04	10.33	0.51
2013	0.74	5.78	10.54	14.60	17.85	15.01	22.89	11.94	0.64
Min	0.74	5.71	8.43	14.60	17.16	15.01	9.42	2.89	0.24
Máx	1.74	7.90	13.74	22.13	26.48	20.50	22.89	11.94	1.28
Media	1.33	6.73	11.50	20.21	22.14	17.64	14.57	5.24	0.64
DT	0.34	0.51	1.58	2.34	3.36	1.49	4.46	2.51	0.24

La media anual del tiempo que pasa desde el inicio del consumo hasta que acuden a tratamiento es de 14.50 años ($DT = 9.10$), constatándose, como era previsible, un progresivo aumento a de los años de consumo conforme al mayor envejecimiento de la población, pasando de los 12.3 años en 2003, a los 16.84 años en 2013.

7.2.10. Edad de inicio del consumo de la droga principal

Se observa que, en conjunto (Tabla 7.20), más de la cuarta parte de los usuarios comenzó a consumir entre los 15 y los 17 años, seguidos de los que comenzaron entre los 18 y los 20 años. Además, parece haber un aumento de la precocidad en el consumo (10-14 años), aunque la tendencia aún no es significativa. No obstante, de acuerdo con los datos completos del GECEAS, la media de edad de inicio de consumo permanece estable, situándose en 19.29 años ($DT = 6.49$).

Tabla 7.20

Edad de inicio de consumo

Año	0-10	11-14	15-17	18-20	21-25	26-29	≥30
1995	2.58	13.24	30.08	23.65	17.22	6.64	6.59
1996	2.58	13.24	30.08	23.65	17.22	6.64	6.59
1997	2.58	13.24	30.08	23.65	17.22	6.64	6.59
1998	2.58	13.24	30.08	23.65	17.22	6.64	6.59
1999	2.68	12.19	29.16	24.64	17.61	6.47	7.23
2000	2.68	12.19	29.16	24.64	17.61	6.47	7.23
2001	2.68	12.19	29.16	24.64	17.61	6.47	7.23
2002	2.68	12.19	29.16	24.64	17.61	6.47	7.23
2003	2.68	12.19	29.16	24.64	17.61	6.47	7.23
2004	2.25	14.83	28.78	24.21	17.11	6.53	6.29
2005	2.58	13.24	30.08	23.65	17.22	6.64	6.59
2006	2.66	14.85	29.02	23.13	17.13	5.48	7.74
2007	3.22	14.15	28.26	22.79	16.64	6.89	8.06
2008	2.32	15.36	29.53	22.00	16.34	6.62	7.83
2009	2.23	15.85	32.31	21.94	13.72	5.95	8.00
2010	2.95	16.57	31.11	20.92	13.91	6.08	8.46
2011	3.40	18.27	28.82	21.06	13.93	6.32	8.20
2012	3.49	20.12	30.16	19.10	13.04	5.84	8.25
2013	3.86	18.77	30.92	18.80	13.22	6.21	8.21
Min	2.23	12.19	28.26	18.80	13.04	5.48	6.29
Máx	3.86	20.12	32.31	24.64	17.61	6.89	8.46
Media	2.77	14.52	29.74	22.92	16.27	6.39	7.38
<i>DT</i>	0.43	2.43	0.97	1.83	1.71	0.34	0.70

7.3. Variables relacionadas con la salud

Las variables seleccionadas para este apartado durante el período 1995-2013 en la RADG, son: infección por VIH, infección por virus de la hepatitis B y C, presencia de tratamiento psiquiátrico previo, urgencias hospitalarias y mujer drogodependiente embarazada.

7.3.1. Infección por VIH

Los resultados de la Tabla 7.21, muestran, entre las admisiones y readmisiones a tratamiento desde 1995 a 2013 un 9.19% de pacientes VIH/SIDA. Destaca la significativa pauta descendente, desde el máximo registrado en 2000 (13.8%) al mínimo de 2013 (4.91%): $B = -0644$, $R^2 = .95$, $p < .001$. (Si se tuvieran en cuenta solamente las admisiones a tratamiento esta cifra sería mucho menor, pero el sistema no permite el desglose).

Tabla 7.21

Infección por VIH

Año	VIH positivo	Enfermo de Sida	Total VIH/Sida	VIH negativo	Desc.
1995	9.76	1.33	11.09	44.94	43.97
1996	8.20	0.83	9.03	61.64	29.33
1997	9.49	0.86	10.35	56.36	33.29
1998	10.38	0.76	11.48	58.72	30.14
1999	11.27	0.66	11.93	61.08	26.99
2000	12.95	0.85	13.80	59.70	26.50
2001	10.32	0.80	11.12	58.65	30.23
2002	10.58	0.80	11.38	58.41	30.21
2003	9.48	0.58	10.06	60.16	29.78
2004	9.88	0.46	10.33	61.66	28.01
2005	8.95	0.49	9.44	60.10	30.46
2006	8.79	0.62	9.42	66.21	24.38
2007	8.88	0.40	9.28	64.85	25.87
2008	7.83	0.25	8.08	64.50	27.42
2009	6.00	0.44	6.43	63.56	30.01
2010	6.03	0.17	6.20	62.33	31.47
2011	5.49	0.16	5.65	66.49	27.86
2012	4.95	0.16	5.11	65.97	28.92
2013	4.78	0.13	4.91	65.55	29.54
Min	4.78	0.13	4.91	44.94	24.38
Máx	12.95	1.33	13.80	66.49	43.97
Media	8.63	0.56	9.23	61.10	29.70
<i>DT</i>	2.27	0.32	2.53	4.94	4.04

7.3.2. Infección por hepatitis B y C

A la luz de los datos presentados en la Tabla 7.22, se puede concluir que el 8.29% y el 21.41% de los usuarios, que han iniciado o reiniciado tratamiento, se han contagiado del virus de la hepatitis B o de la hepatitis C, respectivamente. Destaca el importante porcentaje de *desconocidos*, es decir, de pacientes que no se han realizado las pruebas (por tanto, la prevalencia podría ser aún superior), aunque es una categoría que ha disminuido constante y significativamente desde casi un 100% a poco más del 20%: $B = -3.009$ y $B = -2.462$, respectivamente, si bien la proporción de ese descenso que puede predecirse a partir del paso de los años no es muy elevada ($R^2 = .57$ y $R^2 = .40$, $p < .05$), quizás debido al relativo estancamiento sufrido a partir de 2009.

Tabla 7.22

Infección por virus de la hepatitis B y C

Año	VHB			VHC		
	Sí	No	Desc.	Sí	No	Desc.
1995	0.51	1.69	97.79	0.36	1.78	97.85
1996	12.77	56.85	30.38	26.55	41.38	32.07
1997	14.27	35.74	49.98	26.94	42.57	30.49
1998	7.97	24.68	67.35	27.32	41.22	31.46
1999	4.82	12.27	82.91	8.13	9.27	82.60
2000	14.27	35.74	49.98	26.60	24.21	49.20
2001	7.97	24.68	67.35	16.97	16.94	66.09
2002	9.23	31.53	59.24	20.39	21.81	57.80
2003	10.41	47.48	42.11	25.46	34.38	40.16
2004	10.87	57.97	31.16	29.59	40.70	29.72
2005	10.77	57.85	31.38	27.53	42.45	30.02
2006	9.83	63.71	26.47	28.20	46.58	25.22
2007	9.55	62.06	28.40	28.37	44.35	27.28
2008	7.05	66.11	26.84	22.36	51.49	26.16
2009	6.46	68.43	25.11	20.54	55.08	24.38
2010	5.79	69.83	24.38	20.20	56.38	23.42
2011	5.71	68.12	26.17	18.19	56.71	25.10
2012	4.98	70.73	24.29	16.69	59.99	23.32
2013	4.35	72.02	23.63	16.50	60.36	23.15
Min	0.51	1.69	23.63	0.36	1.78	23.15
Máx	14.27	72.02	97.79	29.59	60.36	97.85
Media	8.29	48.82	42.89	21.41	39.35	39.24
DT	3.58	21.74	22.36	7.58	17.22	21.78

7.3.3. Tratamiento psiquiátrico previo

A la vista de los datos (Tabla 7.23) se puede concluir que durante el período de estudio una cuarta parte de los usuarios, en promedio han estado a tratamiento psiquiátrico antes de acudir a alguno de los centros de la RADG. Un análisis más detallado, muestra que ha habido un aumento continuo significativo desde 1995 (11.45%), a 2013 (36.80%): $B = 1.397$, $R^2 = .98$, $p < .001$.

Tabla 7.23

Tratamiento psiquiátrico previo

Año	Sí	No	Desc.	Año	Sí	No	Desc.
1995	11.45	80.18	8.37	2007	29.81	68.68	1.52
1996	12.35	79.32	8.33	2008	31.07	67.88	1.06
1997	13.55	83.77	2.68	2009	32.10	67.33	0.57
1998	16.10	81.86	2.04	2010	31.97	67.48	0.55
1999	18.66	79.94	1.40	2011	33.75	65.52	0.72
2000	20.97	77.11	1.92	2012	34.81	64.94	0.24
2001	20.44	77.82	1.74	2013	36.80	62.56	0.64
2002	22.64	75.73	1.63	Min	11.45	62.56	0.24
2003	25.90	72.70	1.40	Máx	36.80	83.77	8.37
2004	26.05	73.23	0.72	Media	25.06	72.97	1.98
2005	28.18	70.76	1.06	DT	7.96	6.39	2.33
2006	29.48	69.57	0.95				

7.3.4. Urgencias hospitalarias

Una cuarta parte de los consumidores de drogas de Galicia, a tratamiento en la RADG, han tenido que acudir alguna vez en su vida a algún servicio de urgencias por algún motivo relacionado con el consumo de drogas (sobredosis, taquicardias, embriaguez, episodios psicóticos, etc.). Aunque hay datos sobre el número de veces total en que se ha acudido a esos servicios, no se aprecian variaciones importantes a lo largo del período de estudio (Tabla 7.24), siendo de destacar que, de los que acudieron, la inmensa mayoría lo hicieron sólo una, o como mucho dos, veces.

Tabla 7.24

Urgencias hospitalarias (porcentajes por año)

Año	0	1	2	3	4	5	≥ Seis	Desc.
1995	75.97	7.77	2.96	1.51	0.79	0.48	0.82	9.70
1996	74.86	12.50	5.37	2.79	1.36	0.98	1.49	0.65
1997	74.86	12.50	5.37	2.79	1.36	0.98	1.49	0.65
1998	76.26	10.33	5.22	2.31	1.08	0.63	1.63	2.54
1999	76.26	10.33	5.22	2.31	1.08	0.63	1.63	2.54
2000	73.56	10.97	4.97	3.18	1.63	0.85	1.73	3.11
2001	75.65	11.24	4.29	3.15	0.97	0.82	1.29	2.59
2002	74.56	12.09	4.86	2.92	1.29	0.77	1.75	1.75
2003	74.83	11.43	6.65	2.30	1.05	0.73	2.01	0.99
2004	73.98	12.96	5.60	2.89	1.12	0.88	1.77	0.80
2005	74.86	12.50	5.37	2.79	1.36	0.98	1.49	0.65
2006	74.35	11.73	5.84	3.09	1.14	0.90	2.47	0.49
2007	73.89	11.81	5.72	3.16	1.28	0.80	2.21	1.14
2008	76.06	11.93	4.91	2.64	0.93	1.06	1.69	0.78
2009	76.84	11.28	5.08	2.32	1.01	0.85	1.75	0.87
2010	76.51	10.86	5.40	2.47	1.13	1.08	1.95	0.60
2011	75.35	11.63	5.97	2.52	0.72	0.78	2.06	0.96
2012	73.82	13.58	5.57	3.03	1.11	0.89	1.65	0.35
2013	74.60	12.05	6.04	2.76	1.23	0.95	1.82	0.56
Min	73.56	7.77	2.96	1.51	0.72	0.48	0.82	0.35
Máx	76.84	13.58	6.65	3.18	1.63	1.08	2.47	9.70
Media	75.11	11.55	5.28	2.68	1.14	0.84	1.72	1.67
DT	1.00	1.25	0.76	0.42	0.22	0.15	0.35	2.12

7.3.5. Mujer embarazada

Es ésta una variable de gran interés, tanto desde el punto de vista sanitario como clínico, y también en lo que tiene que ver con los servicios sociales.

En la Tabla 7.25 se observa una reducción, en comparación con los años iniciales de existencia del SEA, del número de pacientes consumidoras de drogas, que han acudido solicitando asistencia encontrándose embarazadas. Durante el período de estudio, afortunadamente, sólo el 1.16% de ellas se encontraba en esta situación. La mayor cifra se registró en 1997, con 33 mujeres (4.0% del total), mientras que en 2013 fueron 6 (0.92%) las detectadas en toda la RADG.

Tabla 7.25

Mujeres drogodependientes embarazadas (porcentajes por año)

Año	Si	No	Desc.	Nº embarazos
1995	0.51	97.61	1.87	17
1996	3.63	93.81	2.56	27
1997	4.00	93.20	2.79	33
1998	2.32	95.86	1.82	17
1999	0.63	98.52	0.85	4
2000	0.72	98.68	0.60	4
2001	0.76	98.56	0.68	4
2002	0.71	98.77	0.52	4
2003	0.73	99.13	0.15	4
2004	0.80	98.74	0.46	5
2005	0.84	98.78	0.38	5
2006	0.57	99.19	0.24	4
2007	0.77	99.04	0.19	5
2008	0.76	99.04	0.20	5
2009	0.69	99.03	0.28	5
2010	0.62	99.14	0.24	4
2011	0.99	98.66	0.35	7
2012	1.08	98.78	0.14	7
2013	0.92	98.87	0.20	6
Min	0.51	93.20	0.14	4
Máx	4.00	99.19	2.79	33
Media	1.16	98.07	0.76	8.79
<i>DT</i>	1.01	1.78	0.84	8.50

7.4. Variables relacionadas con la problemática legal

Las variables seleccionadas para el apartado de problemática legal, durante el período 1995-2013, son: menores tutelados, edad a la que se cometió el primer delito, número de veces que fue detenido, número de procesos pendientes, número de procesos judiciales cumplidos, número de ingresos en prisión y número de meses ingresado en prisión.

7.4.1. Menores tutelados

Una pregunta que se puede hacer es si los usuarios ya han tenido problemas de conducta siendo menores, hasta el extremo de ser tutelados por lo que en su día se denominó Tribunal Tutelar de Menores, y que hasta el día de hoy ha recibido diversos

nombres, o si por el contrario, los problemas severos con las drogas aparecen una vez superada la mayoría de edad. Los datos muestran que desde hace 19 años no se observan casi cambios y que el porcentaje de menores tutelados permanece constante, en torno al 6.30%. Esto supone un montante de 2984 pacientes, en cuyo historial se reflejaba el haber estado tutelado en algún momento de su vida por alguna Administración Pública.

7.4.2. Primer delito

Es de destacar que casi un 47% de los usuarios de la red asistencial no ha cometido ningún delito (o, al menos, que no han sido detenidos o juzgados por ello), que casi un 18% cometió su primer delito antes de la mayoría de edad, y que otro 19% lo ha hecho entre los 18 a los 24 años (Tabla 7.26). En cuanto a la media de edad en que se comete el primer delito, está en los 21.86 años para el conjunto de los años 1995-2013 ($DT = 7.86$).

Tabla 7.26

Edad a la que se cometió el primer delito (porcentajes por año)

Año	Sin delito	< 17 años	18-24 años	25-30 años	>30 años	Desc.
1995	46.96	17.95	15.20	5.68	1.15	13.06
1996	58.02	18.89	16.73	4.93	1.42	0.00
1997	49.29	20.22	19.34	6.11	1.84	3.20
1998	49.29	20.22	19.34	6.11	1.84	3.20
1999	44.91	19.77	21.40	6.62	2.14	5.16
2000	40.65	21.75	20.47	8.20	4.02	4.90
2001	46.35	17.80	19.79	7.91	3.18	4.97
2002	47.15	18.21	20.12	7.75	2.95	3.81
2003	45.35	17.79	20.79	7.26	4.32	4.49
2004	45.97	17.99	19.65	8.57	3.80	4.02
2005	46.16	16.52	19.93	8.00	4.96	4.42
2006	45.39	18.73	18.97	7.93	5.56	3.42
2007	44.72	17.28	20.21	8.59	5.56	3.64
2008	47.58	14.78	18.93	9.24	6.09	3.37
2009	48.28	15.90	18.06	7.70	6.92	3.15
2010	47.32	16.14	17.13	9.08	7.88	2.45
2011	44.31	16.80	18.27	8.84	8.38	3.40
2012	45.55	15.53	19.04	8.30	8.76	2.81
2013	45.60	15.45	17.72	9.44	8.34	3.45
Min	40.65	14.78	15.20	4.93	1.15	0.00
Máx	58.02	21.75	21.40	9.44	8.76	13.06
Media	46.78	17.77	19.01	7.70	4.69	4.05
<i>DT</i>	3.35	1.87	1.53	1.27	2.53	2.46

7.4.3. Detenciones

En línea con lo observado en la variable anterior, el número de veces que han sido detenidos los usuarios de la RADG se ha mantenido muy estable a lo largo del tiempo acerca del cual se poseen datos. Algo menos de la mitad (un 48%, en promedio) nunca han sido detenidos, pero un tercio (el 34.3%, en promedio) lo fue entre una y cinco veces. Además, es de mencionar que el 1.74% fue detenido más de treinta veces. (Tabla 7.27).

La media de detenciones para todo el período se sitúa en 7.14 veces ($DT = 13.57$).

Tabla 7.27

Veces que ha sido detenido (porcentajes por año)

Año	SD	1-5	6-10	11-30	>de30	Desc.
1995	45.75	32.01	4.56	4.53	0.79	12.36
1996	56.98	31.25	5.40	5.19	0.62	0.56
1997	48.18	34.04	7.19	6.27	0.96	3.36
1998	48.19	34.04	7.19	6.27	0.96	3.35
1999	45.14	32.04	9.07	7.79	1.88	4.08
2000	41.59	34.11	9.27	8.05	4.21	2.77
2001	46.11	34.81	7.48	6.71	1.24	3.65
2002	47.43	32.57	8.40	7.01	2.34	2.25
2003	48.06	33.92	7.70	7.14	1.95	1.22
2004	49.32	32.05	8.49	7.68	1.77	0.70
2005	49.23	34.07	7.73	6.48	1.55	0.95
2006	47.80	35.21	6.92	7.63	1.82	0.62
2007	46.85	35.89	7.63	7.31	1.75	0.56
2008	49.70	35.57	5.72	6.97	1.44	0.60
2009	50.78	34.49	6.76	5.70	1.61	0.67
2010	49.24	35.07	6.87	5.98	2.26	0.58
2011	46.91	36.65	6.51	7.10	2.12	0.72
2012	48.07	36.41	6.49	6.41	2.25	0.38
2013	48.31	37.24	6.01	6.29	1.48	0.66
Min	41.59	31.25	4.56	4.53	0.62	0.38
Máx	56.98	37.24	9.27	8.05	4.21	12.36
Media	48.09	34.29	7.13	6.66	1.74	2.11
<i>DT</i>	2.95	1.71	1.22	0.91	0.78	2.79

Nota: SD = Sin detenciones

7.4.4. Procesos judiciales pendientes

Los datos de la Tabla 7.28 indican que más de un 70% de los pacientes no tienen ningún proceso judicial pendiente cuando acuden a tratamiento. Los porcentajes relativos

a número de procesos prácticamente no han sufrido cambios a lo largo del tiempo, siendo la media total durante el período de 1.98 procesos pendientes ($DT = y$ de 2.77), entre los pacientes que tienen alguno.

Tabla 7.28

Procesos judiciales pendientes

Año	Ninguno	1	2	3-5	6-10	>10	Desc.
1995	67.75	13.36	3.84	2.39	0.88	0.18	11.60
1996	72.96	15.43	4.75	3.32	1.05	0.17	2.32
1997	72.96	15.43	4.75	3.32	1.05	0.17	2.32
1998	70.16	16.78	4.85	3.94	0.94	0.34	3.00
1999	70.16	16.78	4.85	3.94	0.94	0.34	3.00
2000	68.66	16.63	5.06	4.09	1.76	0.79	3.02
2001	72.88	15.24	4.79	3.41	0.74	0.29	2.65
2002	70.90	15.84	5.32	4.43	1.54	0.28	1.69
2003	72.85	16.42	4.52	3.73	1.11	0.38	0.99
2004	73.65	16.87	4.02	3.61	0.72	0.48	0.64
2005	73.18	16.35	4.53	3.58	0.95	0.38	1.03
2006	71.96	17.81	4.94	3.26	0.84	0.33	0.87
2007	70.89	19.33	4.71	3.24	0.66	0.37	0.80
2008	71.50	18.71	4.51	3.40	0.78	0.45	0.65
2009	71.53	17.49	5.35	3.91	0.90	0.23	0.60
2010	70.53	19.00	4.61	4.06	0.98	0.26	0.55
2011	65.20	21.51	6.38	4.82	1.02	0.54	0.54
2012	67.27	20.45	6.52	3.71	0.87	0.68	0.51
2013	67.52	19.87	6.06	4.30	1.05	0.61	0.59
Min	65.20	13.36	3.84	2.39	0.66	0.17	0.51
Máx	73.65	21.51	6.52	4.82	1.76	0.79	11.60
Media	70.66	17.33	4.97	3.71	0.99	0.38	1.97
<i>DT</i>	2.39	2.04	0.71	0.54	0.27	0.17	2.52

7.4.5. Procesos judiciales cumplidos

Se puede resaltar, a la vista de los datos de la Tabla 7.28, que a lo largo de los 19 años que abarca el estudio, alrededor de dos tercios de los pacientes (un 64.33%, en promedio) nunca han cumplido, en prisión o de otra forma, un proceso judicial. Los porcentajes se han mantenido estables, con ligeros aumentos no significativos en alguna de las categorías, por lo que el otro valor a destacar es únicamente que el 2.48%, en promedio, ha cumplido ya más de diez procesos judiciales cuando acude a tratamiento.

En resumen, casi un 34% de los pacientes ha cumplido algún proceso judicial por algún delito relacionado con las drogas, siendo la media global durante el período de 4.27 ($DT = 6.77$) procesos cumplidos entre quienes han cumplido alguno.

Tabla 7.29

Procesos judiciales cumplidos

Año	Ninguno	1	2	3-5	6-10	>10	Desc.
1995	64.19	12.42	3.99	4.84	1.69	1.06	11.82
1996	66.23	13.91	5.34	7.89	3.66	2.01	0.95
1997	66.23	13.91	5.34	7.89	3.66	2.01	0.95
1998	61.71	14.78	5.99	8.84	3.62	2.03	3.02
1999	61.71	14.78	5.99	8.84	3.62	2.03	3.02
2000	58.57	15.44	6.22	10.00	4.34	2.33	3.11
2001	62.56	14.65	5.60	8.20	3.52	2.38	3.09
2002	63.37	13.35	6.03	8.37	4.21	2.58	2.09
2003	65.91	13.09	6.07	7.35	4.14	2.30	1.14
2004	65.17	12.88	6.16	8.70	3.72	2.78	0.59
2005	66.23	13.91	5.34	7.89	3.66	2.01	0.95
2006	64.41	14.60	4.99	8.44	4.07	2.80	0.68
2007	63.79	14.30	5.61	8.99	3.67	3.00	0.64
2008	66.59	13.70	5.09	7.10	4.18	2.69	0.65
2009	67.23	13.44	5.51	7.58	2.96	2.60	0.67
2010	66.06	13.36	5.36	7.71	3.75	3.07	0.70
2011	64.02	13.05	6.19	8.52	4.10	3.38	0.75
2012	64.05	15.17	5.44	7.44	4.08	3.30	0.51
2013	64.14	14.35	6.14	8.29	3.68	2.76	0.64
Min	58.57	12.42	3.99	4.84	1.69	1.06	0.51
Máx	67.23	15.44	6.22	10.00	4.34	3.38	11.82
Media	64.33	13.95	5.60	8.05	3.70	2.48	1.89
<i>DT</i>	2.14	0.83	0.56	1.04	0.59	0.56	2.60

7.4.6. Ingresos en prisión

Según muestran los datos (Tabla 7.30), un 28.9 % de los usuarios de la RADG ha ingresado alguna vez en prisión y un 3.78% lo ha hecho más de seis veces. Parece observarse un aumento de los que no han ingresado nunca, pero aún no resulta significativo. La media total es de ingresos en prisión 2.99 ($DT = 4.28$), entre los pacientes que ingresaron alguna vez.

Tabla 7.30

Ingresos en prisión

Año	Nunca	1	2	3-5	6-10	≥11	Desc.
1995	66.52	11.09	3.78	4.05	1.60	1.39	11.57
1996	71.77	13.45	4.80	5.80	2.25	1.30	0.63
1997	67.84	13.63	5.52	6.36	2.78	1.59	2.28
1998	64.68	12.70	7.33	7.08	3.37	2.05	2.80
1999	64.68	12.70	7.33	7.08	3.37	2.05	2.80
2000	59.70	14.93	7.01	9.24	4.02	1.98	3.11
2001	65.38	15.18	5.91	6.77	2.46	1.68	2.62
2002	67.55	13.44	5.88	6.74	3.14	1.51	1.75
2003	69.79	14.00	5.40	5.95	2.33	1.57	0.96
2004	70.17	12.96	6.35	6.40	2.33	1.37	0.43
2005	71.77	13.45	4.80	5.80	2.25	1.30	0.62
2006	69.35	15.07	4.94	6.22	2.31	1.52	0.60
2007	69.05	14.28	5.32	6.99	1.91	1.99	0.45
2008	72.08	14.17	4.96	5.29	1.81	1.18	0.50
2009	73.64	13.19	4.46	5.58	1.68	1.03	0.41
2010	73.96	13.19	4.25	5.21	1.80	1.18	0.41
2011	71.79	14.04	5.52	5.14	1.96	1.13	0.43
2012	73.19	14.17	5.00	4.57	1.43	1.14	0.49
2013	74.55	12.92	5.19	4.78	1.61	0.49	0.46
Min	59.70	11.09	3.78	4.05	1.43	0.49	0.41
Máx	74.55	15.18	7.33	9.24	4.02	2.05	11.57
Media	69.34	13.61	5.46	6.06	2.34	1.44	1.75
<i>DT</i>	3.90	0.97	0.99	1.17	0.71	0.40	2.58

7.4.7. Duración de los ingresos en prisión

Los datos de la Tabla 7.31 indican que un 10% de los pacientes ha permanecido ingresado en prisión entre 1 y 12 meses, hasta llegar a un 4.79% que han estado 85 meses (7 años) o más, y aumenta paulatinamente el porcentaje de pacientes que nunca ha estado ingresado en prisión. En el primer año de la existencia de la Red el porcentaje de personas que nunca habían estado ingresadas en prisión fue de solo el 40%, pero en adelante se ha estabilizado en torno al 70%.

Globalmente, la media entre los pacientes que han estado alguna vez en prisión es de 49.81 meses (4.15 años) ingresados ($DT = 62.74$).

Tabla 7.31

Tiempo ingresado en prisión (en meses)

Año	Sin estancias	1-12	13-48	49-84	≥85	Desc.
1995	40.16	5.29	3.23	0.97	0.88	49.47
1996	74.29	9.28	6.67	3.74	4.94	1.08
1997	74.29	9.28	6.67	3.74	4.94	1.08
1998	66.73	12.55	8.50	3.34	4.48	4.39
1999	66.73	12.55	8.50	3.34	4.48	4.39
2000	62.78	12.61	9.68	4.68	5.66	4.59
2001	68.29	11.26	8.46	3.59	4.44	3.94
2002	70.01	10.74	8.18	3.84	4.80	2.43
2003	72.56	11.02	6.85	3.35	4.37	1.84
2004	72.74	10.17	7.63	3.53	4.77	1.15
2005	74.29	9.28	6.67	3.74	4.94	1.08
2006	71.50	11.13	6.89	3.96	5.48	1.03
2007	71.18	10.02	7.76	3.59	6.54	0.90
2008	74.45	9.57	6.97	3.02	5.34	0.65
2009	75.48	9.88	6.53	3.10	4.37	0.64
2010	75.71	9.10	6.53	3.31	4.85	0.48
2011	73.40	9.80	7.23	3.32	5.52	0.72
2012	74.95	9.36	6.79	2.68	5.57	0.65
2013	76.09	8.44	7.08	2.94	4.68	0.77
Min	40.16	5.29	3.23	0.97	0.88	0.48
Máx	76.09	12.61	9.68	4.68	6.54	49.47
Media	70.30	10.07	7.20	3.36	4.79	4.28
DT	8.14	1.70	1.30	0.73	1.10	11.04

7.5. Indicadores de admisiones a tratamiento y volumen asistencial

7.5.1. Admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales

Esta variable permite conocer las personas que cada año comienzan un tratamiento por algún tipo de problema relacionado con las drogodependencias en las Unidades Asistenciales de Galicia, bien acudiendo por primera vez o bien reiniciando un tratamiento, debido, en la mayoría de los casos a un episodio de recaída.

Respecto a las admisiones a tratamiento, señalar que el número total producido, durante el período de estudio, asciende a la cifra de 47378, siendo 40837 para drogas ilegales y 6270 para drogas legales, oscilando entre el mínimo de 2001 con 1746

admisiones, y el máximo de 1997 con 4189 admisiones, siendo la media anual de 2494 admisiones tanto por drogas ilegales como legales.

Dividiendo los datos de Galicia por provincias, se encuentra que las que más admisiones y readmisiones absorben son A Coruña (39.35%, en promedio) y Pontevedra (38.18%, en promedio). En Lugo y Ourense se atienden a alrededor de un 10% de usuarios en cada una (10.51% y 9.28%, respectivamente).

En la Tabla 7.32 se presentan las admisiones y readmisiones a tratamiento en cada uno de los años estudiados, desglosando si el motivo tiene que ver con drogas ilegales o legales.

Tabla 7.32

Admisiones y readmisiones a tratamiento según sustancias ilegales o legales (número y porcentajes de pacientes)

Año	Drogas ilegales			Drogas legales			Otras		Total			%	
	A	R	% A	A	R	% A	A	R	A	R	% A	DI	DL
1995	3514	794	81.6	123	9	93.2	ND	ND	3637	803	81.91	97.0	3.0
1996	3892	608	86.5	202	3	98.5	ND	ND	4094	611	87.01	95.6	4.4
1997	3986	588	87.1	203	5	97.6	ND	ND	4189	593	87.60	95.7	4.3
1998	2615	1717	60.4	212	28	88.3	ND	ND	2827	1745	61.83	94.8	5.2
1999	2127	1770	54.6	251	35	87.8	ND	ND	2378	1805	56.85	93.2	6.8
2000	1872	1691	52.5	220	38	85.3	ND	ND	2092	1729	54.75	93.2	6.8
2001	1511	1583	48.8	235	71	76.8	ND	ND	1746	1654	51.35	91.0	9.0
2002	1606	1340	54.5	252	53	82.6	ND	ND	1858	1393	57.15	90.6	9.4
2003	1685	1385	54.9	252	75	77.1	32	0	1969	1460	57.42	89.5	9.5
2004	1773	1484	54.4	320	84	79.2	15	3	2108	1571	57.30	88.5	11.0
2005	1748	1462	54.5	344	108	76.1	21	4	2113	1574	57.31	87.1	12.3
2006	1677	1494	52.9	375	115	76.5	20	3	2072	1612	56.24	86.1	13.3
2007	1696	1597	51.5	333	107	75.7	21	7	2050	1711	54.51	87.6	11.7
2008	1941	1528	56.0	351	121	74.4	24	7	2316	1656	58.31	87.3	11.9
2009	2234	1557	58.9	396	137	74.3	20	8	2650	1702	60.89	87.1	12.2
2010	2115	1413	59.9	437	173	71.6	24	1	2576	1587	61.88	84.7	14.7
2011	1650	1330	55.4	534	184	74.4	30	5	2214	1519	59.31	79.8	19.2
2012	1561	1287	54.8	601	213	73.8	29	6	2191	1506	59.26	77.0	22.0
2013	1634	1375	54.3	629	234	72.9	35	3	2298	1612	58.77	77.0	22.1
Total	40837	26003		6270	1793		271	47	47378	27843			
Min	1511	588	48.8	123	3	71.6	15	0	1746	593	51.35	77.0	3.0
Máx	3986	1770	87.1	629	234	98.5	35	8	4189	1805	87.60	97.0	22.1
Media	2149.3	1368.6	59.7	330.0	94.4	80.8	24.6	4.3	2493.6	1465.4	62.09	88.6	11.0
DT	786.3	342.6	11.7	139.8	70.1	8.5	6.1	2.6	715.1	370.6	10.77	5.9	5.6

Nota: A= Admisiones; R= Readmisiones; DI = Drogas ilegales; DL = Drogas legales

Hay que destacar que el porcentaje de admisiones (inicios de tratamientos) sobre el total de personas atendidas ha ido disminuyendo debido a la menor afluencia de casos nuevos y a que al aumentar año a año la masa de los pacientes históricamente atendidos en la RADG, aumentan las probabilidades de recaída y por tanto de readmisión a tratamiento. En este sentido, en la Tabla 7.32 se observa que el porcentaje de admisiones (frente a las readmisiones) por drogas ilegales ha ido disminuyendo con una importante pendiente, desde el primer año de estudio (1995: 81.5%) al último año de estudio (2013: 54.3%): $B = -1.200$, si bien las oscilaciones que han tenido lugar desde 1998 y el repunte que se produjo entre los años 2008 a 2010 hace que la asociación entre la disminución y el paso del tiempo sea relativamente débil, aunque significativa, y no permita predecir más que un 34% de la variación ($R^2 = .34, p < .05$). En cualquier caso, en los últimos años la carga asistencial entre admisiones y readmisiones por drogas ilegales se reparte bastante equitativamente: alrededor del 55% frente a 45%.

Atendiendo a las readmisiones a tratamiento, se han obtenido los siguientes datos: de las 27843 readmisiones, 26003 corresponden a drogas ilegales y 1793 a drogas legales, oscilando entre las 593 de 1997 y las 1805 de 1999. Por otra parte, la media anual de readmisiones se sitúa en 1465.

Consecuentemente, uniendo admisiones y readmisiones, ya que ambas pueden representar un trabajo similar para los profesionales de la red, se obtiene un máximo de 4782 usuarios en el año 1997 y los 3181 del año 2000, siendo la media anual de inicios de tratamiento de 2494, con un máximo de 4189 en 1997 y un mínimo de 3251 en 2002. Por último, la media anual de admisiones y readmisiones a tratamiento es de 3959, que son las que en definitiva son asistidas cada año en la RADG.

En la Tabla 7.32 también hay información relativa a lo que supone la carga asistencial de drogas ilegales versus drogas legales. Se detecta un cambio importante,

desde 1995, en que el 97% de las admisiones y readmisiones eran por drogas ilegales a 2013 en que solo es el 77% ($B = -1.011$, $R^2 = .92$, $p < .001$). En otras palabras, la RADG ha pasado de atender a un 3% de usuarios por drogas legales, como alcohol y tabaco, en 1995 a un 22% en 2013. Al mismo tiempo, es de destacar que, aunque el porcentaje sobre el total es mucho menor, la carga que suponen sobre la asistencia las drogas legales no cesa de aumentar, de forma significativa y con una importante pendiente de crecimiento, pasando de sólo el 3% en 1995 al 23% en 2013: $B = 1.012$, $R^2 = .92$, $p < .001$.

Por otro lado, y atendiendo al tipo de drogas (Tabla 7.33), los datos reflejan varias cuestiones en relación a las admisiones a tratamiento: por un lado, el extraordinario descenso de los admitidos en la RADG por consumo de heroína, que pasaron de constituir el 91% en 1995, al 28.5% en 2013: $B = -3.929$, $R^2 = .98$, $p < .001$.

Tabla 7.33

Admisiones a tratamiento por tipo de droga (porcentajes por años)

Año	Heroína	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Tabaco
1995	91.30	1.06	0.94	2.96	
1996	90.44	2.21	1.00	3.93	
1997	88.77	3.45	1.02	3.95	
1998	83.71	5.69	1.44	4.84	
1999	78.66	7.93	1.85	5.73	
2000	78.12	7.07	2.04	5.28	
2001	78.56	5.85	2.85	7.03	
2002	69.33	11.47	4.68	6.89	
2003	58.85	20.06	5.45	6.97	2.57
2004	52.74	22.62	7.28	8.03	2.85
2005	48.93	25.20	7.70	8.46	3.80
2006	48.72	23.91	7.44	9.80	3.50
2007	46.88	25.37	8.24	9.31	2.39
2008	41.82	27.59	11.53	9.64	2.24
2009	37.78	24.56	18.68	10.16	2.09
2010	36.30	24.45	19.65	12.35	2.31
2011	32.65	25.72	15.54	15.91	3.32
2012	27.81	26.10	18.29	18.50	3.52
2013	28.47	24.17	19.54	17.42	4.65
Min	27.81	1.06	0.94	2.96	2.09
Máx	91.30	27.59	19.65	18.50	4.65
Media	58.94	16.55	8.17	8.80	3.02
DT	22.40	9.89	6.92	4.63	0.80

En segundo lugar, hay que reparar, en el fenómeno inverso, donde la cocaína solo significaba el 1% de las admisiones a tratamiento en 1995, habiendo llegado al máximo en 2008, con un 27.6%, para estabilizarse en torno al 25%: $B = 1.616$, $R^2 = .84$, $p < .001$. En tercer lugar, el cannabis experimenta un fuerte incremento, también con una pendiente de más de 45°, como droga capaz de suscitar el comienzo de un tratamiento, pasando de ser anecdótica en 1995 (0.94%) a representar una quinta parte del total en 2013 (19.5%): $B = 1.162$, $R^2 = .89$, $p < .001$. En cuarto lugar, también se advierte un aumento, no tal fuerte pero igualmente significativo, de las admisiones a tratamiento por alcohol (del 3% en 1995 y 18.5% en 2012): $B = 0.753$, $R^2 = .89$, $p < .001$. Por último, aunque aún no son cifras importantes, se observa un incremento de la atención al tabaquismo, llegando a constituir el 4.65% del total de las admisiones a tratamiento en 2013.

7.5.2. Volumen asistencial

El volumen asistencial es otro concepto fundamental para la correcta planificación de la asistencia en drogodependencias, ya que incluye tanto las admisiones y readmisiones a tratamiento, como los pacientes que se mantienen a tratamiento en continuidad en la RADG, es decir que pasan de un año a otro.

En cuanto a los datos sobre volumen asistencial anual (Tabla 7.34), la media de pacientes atendidos anualmente por la RADG durante el período 1995-2013 ha sido de 11336 pacientes, oscilando entre los 12856 de 2012 y los 7983 de 1995. Además, aunque se detecta una disminución en las admisiones a tratamiento (como se indicó anteriormente), el volumen asistencial aumenta: $B = 0.881$, $R^2 = .71$, $p < .05$.

La media anual del volumen asistencial en Galicia para el período analizado se sitúa en 11300 pacientes, asignados, en su mayor parte, a los programas que más personas atienden, y que son (como se expondrá más adelante), por este orden, los Programas de

tratamiento con derivados opiáceos (PTDO), libre de drogas (PTLD) y dependencia a psicoestimulantes (PTDP).

Tabla 7.34

Volumen asistencial de Galicia

Año	Volumen total	% drogas ilegales	% drogas legales	Año	Volumen total	% drogas ilegales	% drogas legales
1995	7983	97.8	2.2	2007	11630	92.0	8.0
1996	9197	97.1	2.5	2008	12050	91.6	8.4
1997	10347	97.3	2.7	2009	12671	91.7	8.4
1998	12081	91.5	2.9	2010	12856	91.0	9.0
1999	11175	95.9	4.1	2011	12586	89.3	10.7
2000	10926	95.7	4.1	2012	12606	87.7	12.4
2001	10789	95.6	4.4	2013	12829	86.4	13.6
2002	10898	95.1	4.9	Min	7983	86.4	2.2
2003	10923	94.1	5.9	Máx	12856	97.8	13.6
2004	11014	91.6	6.6	Media	11336	92.95	6.64
2005	11388	92.6	7.4	DT	1256,50	3,21	3,35
2006	11444	92.0	8.0				

Atendiendo a las divisiones administrativas por provincias de Galicia, los resultados (Tabla 7.35), informan de que Pontevedra es la provincia que alcanza mayores valores (42.05%, en promedio), seguida de A Coruña (39.68%). Esta inversión respecto de las admisiones a tratamiento, se debe a que los programas de sustitución con metadona que, como es sabido, mantienen durante un mayor tiempo a los pacientes a tratamiento, son más numerosos en Pontevedra (44.3%) que en A Coruña, (38.9%), provocando con ello un mayor nivel de volumen asistencial.

Todo ello induce a pensar que no se puede entender el concepto de volumen asistencial sin conocer que los Programas de Tratamiento con Derivados Opiáceos (metadona, en su mayor parte), han sido los responsables tanto del aumento como del mantenimiento del volumen asistencial, de la RADG en general y de cada servicio asistencial en particular. En la Tabla 7.35 se expone un resumen de la actividad asistencial que ha generado cada provincia durante 1995-2013, en la atención a todas las drogas y en la respuesta dada a la adicción a la heroína mediante los programas de metadona. Una

forma de comprender su relevancia es que de los 214621 programas de abiertos para todas las sustancias, 132644 (es decir, un 62%) corresponden a derivados opiáceos.

Tabla 7.35

Volumen asistencial y volumen de programas de metadona por provincias, 1995-2013

	Volumen asistencial 1995-2013			Programas de metadona 1995-2013		
	Promedio anual	Volumen total	% provincias	Promedio anual	Volumen total	% provincias
A Coruña	4491	85334	39.68	2715	51579	38.88
Ourense	775	14721	6.84	513	9738	7.34
Lugo	968	18399	8.55	375	7130	5.37
Pontevedra	4759	90428	42.05	3092	58741	44.28
Fuera de la C.A.	440	6163	2.86	390	5456	4.11
Total Galicia	11296	214621		6981	132644	

La asistencia a drogas ilegales, respecto del total de 75221 admisiones y readmisiones atendidas, supone durante estos 19 años de estudio un 93% de la asistencia total, quedando el 7% restante a la atención de alcohol, tabaco y otras sustancias. Para evitar confusiones, hay que insistir en que estos datos se refieren al volumen asistencial, y difieren de manera importante con los de admisiones a tratamiento, donde el aumento de la presencia de drogas legales era muy superior.

Respecto al porcentaje de metadona sobre la asistencia total, se observa una tendencia que va creciendo hasta el año 2002 con un 72.1%, para ir descendiendo progresivamente hasta el 2013 con un 55.4% (Tabla 7.36) lo cual, lógicamente, ha tenido efectos sobre el volumen asistencial. Observando esta tabla, se puede ver cómo ha ido evolucionando el Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos, y que son Pontevedra y A Coruña las provincias que más han visto reducir los PTDO durante el período de estudio. Así, en Pontevedra, entre el máximo de 3641 en 2002 y el existente en 2013, con 2985, hay 656 admisiones o readmisiones menos por PTDO. En cuanto a A Coruña, siguiendo el mismo planteamiento, la cifra obtenida de la sustracción entre el

máximo de 3337 en 2010 y el atendido en 2013, es de 307 admisiones o readmisiones menos por PTDO.

Tabla 7.36

Volumen asistencial del PTDO, por año, provincia y total de Galicia

Año	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Fuera C.A.	Tot. Galicia	% Met/Vol.
1995	1327	227	289	1575	ND	3418	42.80
1996	1585	282	371	1980	ND	4218	40.40
1997	1911	327	394	2545	ND	5177	50.00
1998	2169	394	379	3144	ND	6086	55.60
1999	2036	393	459	3340	615	6843	61.20
2000	2535	429	449	3560	ND	6973	65.80
2001	2510	394	514	3619	516	7553	69.90
2002	2736	407	553	3641	513	7850	72.10
2003	2907	393	541	3468	442	7751	71.00
2004	3008	364	519	3300	437	7628	69.30
2005	3117	338	551	3279	412	7697	67.70
2006	3148	348	596	3321	389	7802	68.20
2007	3255	385	597	3279	367	7883	67.80
2008	3284	386	614	3226	342	7852	62.50
2009	3288	416	584	3289	341	7918	62.50
2010	3337	448	616	3235	301	7937	61.80
2011	3263	427	596	3109	283	7678	61.00
2012	3133	386	560	2936	263	7278	57.80
2013	3030	386	556	2895	235	7102	55.40
Total	51579	7130	9738	58741	5456	132644	
Min	1327	227	289	1575	235	3418	40.40
Máx	3337	448	616	3641	615	7937	72.10
Media	2715	375	513	3092	390	6981	61.20
DT	626	53	95	535	108	1326	9.10

7.6. Intervenciones sobre la población de drogodependientes

7.6.1. Intervenciones por programa

El objetivo de este apartado es conocer el número de intervenciones anuales realizadas por cada programa y en cada año, así como la evolución del número de intervenciones anuales de todos los programas. Si en el anterior apartado se analizaba cuántos pacientes había que atender, en éste se examina cómo y de qué manera se interviene con ellos.

Los resultados generales obtenidos (Tabla 7.37) son los siguientes: durante el período de estudio la RADG ha practicado un total de 5151421 intervenciones de toda índole, concentrándose fundamentalmente en las intervenciones individuales, sanitarias, familiares y de urinoanálisis, siendo la media anual de 271127 intervenciones, realizadas fundamentalmente por profesionales provenientes de la Medicina, la Psicología y el Trabajo Social.

Tabla 7.37

Intervenciones por año según el tipo de programa de tratamiento

Año	N total	% POA	% PTLD	% PTDO	% PTANO	% PTIA	% PTDP
1995	170452	15.80	14.72	45.09	24.40	NE	NE
1996	199420	15.38	11.73	46.85	26.04	NE	NE
1997	242321	12.97	11.00	51.62	23.32	NE	NE
1998	284228	9.08	10.00	59.68	19.00	NE	NE
1999	281021	9.00	9.00	65.00	16.00	NE	NE
2000	282711	7.00	10.89	69.25	12.45	NE	NE
2001	286537	6.94	10.33	74.00	8.76	NE	NE
2002	271484	5.00	11.00	76.00	7.00	NE	NE
2003	268718	4.00	12.00	76.00	5.00	0.60	0.50
2004	260294	4.00	13.00	72.00	4.00	1.00	3.00
2005	253321	4.00	14.00	69.00	3.00	2.00	6.00
2006	240807	3.00	13.00	69.00	2.00	2.00	9.00
2007	254310	3.00	12.00	69.00	2.00	2.00	9.00
2008	304712	3.00	12.00	69.00	2.00	2.00	10.00
2009	339795	3.00	13.00	68.00	1.00	2.00	11.00
2010	332327	3.00	13.00	68.00	1.00	3.00	10.00
2011	312730	3.54	14.18	67.59	1.22	3.76	9.67
2012	278975	4.00	17.00	62.00	0.96	4.00	10.00
2013	291161	4.00	18.00	59.00	0.94	5.00	10.00
Min	170452	3.00	9.00	45.09	0.94	0.60	0.50
Máx	339795	15.80	18.00	76.00	26.04	5.00	11.00
Media	271332	6.30	12.62	65.06	8.43	2.49	8.02
DT	40941.97	4.24	2.27	9.00	8.92	1.32	3.39
Nº interv.	5151421	313327	661999	3415198	408852	87753	264292

Nota: NE = No existía el programa

Las diferencias entre los programas, según el peso de las intervenciones que realizan, son estadísticamente significativas, de acuerdo los resultados del análisis de varianza llevado a cabo: $F(6,18) = 24800.18$, $p < .001$. Así, el programa que más intervenciones absorbe (como ya se mencionó anteriormente) es el de derivados opiáceos

(PTDO), con un total de 3415198 intervenciones (65.06% del total, en promedio), aunque con tendencia a la disminución desde 2004. A continuación le sigue el Programa de Tratamiento Libre de Drogas (PTLD), con una media anual del 13%, con tendencia a aumentar en los últimos años, y un total de 661.999 intervenciones. En tercer lugar está el Programa de Tratamiento con Antagonistas Opiáceos (PTANO), pero se trata de un programa cuyos excelentes indicadores son una herencia del pasado, concretamente, desde 1995 a 2000, ya que a partir de esta fecha prácticamente desaparece. En cuarto lugar se encuentra el Programa de Tratamiento para la Dependencia a Psicoestimulantes (PTDP), creado a partir de 2003, que tuvo un rápido aumento desde esa fecha, aunque desde 2008 se mantiene estable en torno al 10% de las intervenciones. Por último, el Programa de Tratamiento con Interdictores de Alcohol (PTIA), también aumenta desde 2003, fecha de su implantación, pero aún le queda mucho recorrido para llegar a alcanzar un volumen de admisiones a tratamiento superior.

7.6.2. Indicador diario de atención sociosanitaria

Este indicador asistencial diario trata sobre cómo y cuánto trabajan los profesionales de la RADG. Desde el GECEAS, la Dirección de cada servicio y los responsables sanitarios autonómicos pueden monitorizar el rendimiento de la cada categoría profesional. Sin embargo, para ilustrar este indicador (sin que resulte tedioso) en el presente trabajo se han seleccionado solamente las tres categorías, que además, en su día, fueron imprescindibles para poder obtener la autorización sanitaria para crear una nueva unidad asistencial: médico, psicólogo y trabajador social. Por tanto, las intervenciones médicas, psicológicas y sociales registradas en cada UAD, desde cada puesto y en cada día de trabajo, permiten estudiar la evolución del rendimiento asistencial diario, anual y total, así como la evolución del peso que cada categoría profesional ejerce

sobre la atención general a los drogodependientes o, dicho de otra manera, qué categoría asiste a un mayor porcentaje de pacientes (ver Tabla 7.38).

Tabla 7.38

Intervenciones diarias por categoría profesional y porcentaje sobre volumen total

Año	Médico			Psicólogo			Trab. Soc.			Total interv.
	\bar{X}	Σ	%	\bar{X}	Σ	%	\bar{X}	Σ	%	
1996	10	5837	81	5	4327	56	5	2059	56	12223
1997	10	8552	83	6	5617	55	5	3467	58	17636
1998	10	8977	84	6	5917	54	6	3559	54	18453
1999	9	8808	83	6	5734	55	5	5177	54	19719
2000	8	8875	84	6	5398	53	6	5301	56	19574
2001	10	9077	85	5	5271	50	5	5424	55	19772
2002	10	9190	85	6	5252	49	5	5236	51	19678
2003	9	8837	82	5	5453	53	5	5382	52	19672
2004	9	8715	81	6	5290	51	5	5125	50	19130
2005	9	8793	79	6	5474	52	5	5163	49	19430
2006	9	8698	78	5	5379	51	5	5290	49	19367
2007	9	8521	76	6	5526	52	5	5424	51	19471
2008	9	8895	76	6	5678	52	5	5567	50	20140
2009	9	8600	71	6	6171	53	5	5760	49	20531
2010	10	8712	70	6	6765	54	5	5895	50	21372
2011	9	8837	72	6	6049	52	5	5383	50	20269
2012	8	8824	70	6	6145	52	6	5615	50	20584
2013	8	9233	72	6	6283	52	6	5730	50	21246
Min	8	5837	70	5	4327	49	5	2059	49	12223
Máx	10	9233	85	6	6765	56	6	5895	58	21372
Media	9	8666	78	6	5652	53	5	5031	52	19348
DT	1	733	5	0	532	2	0	989	3	1989

El análisis de los resultados muestra que existen diferencias significativas entre los tres grupos profesionales, tanto en el número de pacientes atendidos como en el porcentaje que representan sobre el total: $F(3,18) = 2518.26$, $p < .001$ y $F(3,18) = 3703.41$, $p < .001$, respectivamente. Un resultado a destacar es que el aumento de las intervenciones sólo es significativo en el caso de los trabajadores sociales ($B = 1.363$, $R^2 = .54$, $p < .05$), y que mientras los porcentajes relativos correspondientes a los psicólogos y trabajadores sociales se han mantenido estables a través de los años analizados, los de los médicos han ido disminuyendo a partir de 2003, paulatina pero constantemente ($B = -.914$, $R^2 = .80$, $p < .05$).

En cambio, la media del número de casos diferentes atendidos cada día (Tabla 7.38), durante el período 1996-2013, por cada categoría profesional, se ha mantenido muy estable siendo de 9, 6 y 5 casos para el médico, psicólogo y trabajador social, respectivamente.

Por otra parte, la anterior tabla muestra que, en promedio, el 78% de los pacientes son atendidos por el médico, el 53% por el psicólogo y 52% por la trabajadora social, lo que indica que algunos pacientes han sido atendidos por los tres profesionales y otros solamente por alguno o algunos de ellos, siendo siempre el médico el que más porcentaje de pacientes trata.

7.6.3. Intensidad de la intervención por programa: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa

Este apartado trata, por una parte, sobre los días en que el paciente ha tenido alguna actividad en el servicio, por otra, sobre el número de intervenciones que ha recibido cada vez que ha acudido al centro y, por último, sobre el tiempo en que el paciente se ha mantenido a tratamiento, es decir, los días de permanencia en cada programa. Para no contaminar los resultados, se ha hecho una diferenciación entre las intervenciones clínicas, que requieren de la dedicación de un profesional, y aquellas que son meramente analíticas de orina programadas o indicadas por los profesionales del servicio. Los datos obtenidos en este apartado, nos posibilitan conocer los índices de evaluación anual del PTLD, PTDO, PTANO, PTIA Y PTDP, los días con actividad sin y con urinoanálisis, las intervenciones recibidas con y sin urinoanálisis, y la media de días de permanencia en cada programa.

La intensidad de la intervención con un paciente a lo largo de su vida, como tal, se puede analizar desde tres puntos de vista. Por un lado, estudiando el número medio de

días que el paciente acude a consulta según el programa al que esté asignado. Además, el SEA/GECEAS, facilita saber si en ese contacto mantenido con algún profesional de la RADG, se le ha solicitado además alguna prueba diagnóstica para la detección del consumo de drogas, es decir, un urinoanálisis.

En virtud de estos parámetros encontramos que el urinoanálisis es una práctica extendida en todos los programas, y que aproximadamente en la mitad de los días con actividad, se solicita este tipo de prueba, excepto en el programa de metadona, donde ese porcentaje llega al 65%.

Si se quisiera saber, en primer lugar, cuántos días acude un paciente en cada programa antes de, por cualquier motivo, salir de él, diríamos que en primer lugar es el PTDO, con 104 días con actividad, seguido de todos los demás, como se puede comprobar en la Tabla 7.39, que representan en términos absolutos, que no relativos, menos de la mitad.

En segundo lugar, habría que comprender la relación que guardan los días con actividad y las intervenciones recibidas, porque no es una ratio 1:1, sino superior, es decir, en un día con actividad un paciente puede recibir varias intervenciones, por ejemplo, de psicoterapia, farmacoterapia, intervención social, etc.

En este sentido, se puede observar en la Tabla 7.39, que el PTDO ha procurado a lo largo de este período, 156 intervenciones a sus pacientes, que supone que en 52 días de actividad recibió más de un tipo de intervención. Luego le siguen PTANO, PTIA y PTDP, con la mitad de intervenciones, y por último el PTLD, que ofrece 47 intervenciones por sujeto hasta su salida del programa.

Y en tercer lugar, un dato interesante es saber cuántos días permanece de media un sujeto en un programa de tratamiento. Pues bien, en primer lugar aparece el PTDO, con 713 días de media, pero que en 2013, la media supera ya los 1200 días, es decir, 1.9

años y 3.3 años respectivamente. El siguiente programa en permanencia es el PTDP, con 344 días, y el PTLT con 280 días, es decir, ninguno de ellos llega al año de media de permanencia, aunque en 2013, la media se incrementa notablemente.

Tabla 7.39

Media anual de días con actividad, intervenciones y permanencia en programa

Programa	Días con actividad			Número de intervenciones			Media días permanencia
	Sin urino-análisis	Con urino-análisis	Total	Sin urino-análisis	Con urino-análisis	Total	
PTLD	11.9	17.2	29.1	17.6	29.5	47.1	279.8
PTDO	36.9	67.2	104.1	51.0	105.6	156.6	713.3
PTANO	20.4	29.3	49.7	32.6	52.3	84.9	382.9
PTIA	18.1	23.7	41.8	28.8	41.4	70.2	264.9
PTDP	17.0	27.9	44.9	24.7	46.3	71.0	343.9
Min	11.90	17.20	29.10	17.60	29.50	47.10	264.90
Máx	36.90	67.20	104.10	51.00	105.60	156.60	713.30
Media	20.86	33.06	53.92	30.94	55.02	85.96	396.96
DT	9.49	19.66	29.07	12.52	29.49	41.75	183.20

De este apartado, donde se relacionan los días con actividad, las intervenciones recibidas y la media de días de permanencia, es decir, la intensidad de la intervención, también se pueden extraer dos parámetros importantes: el Indicador de Asistencia y el Indicador de Actividad, muy importantes para la evaluación de procesos, entendiendo por asistencia el número de días en los que el paciente acude a tratamiento durante el tiempo que permanece en proceso asistencial y por actividad, el número de intervenciones recibidas durante el proceso de tratamiento. Estos indicadores son muy útiles en relación con la efectividad de los tratamientos y la organización de los recursos asistenciales, y facilitan también dos tipo de índices:

1. Índice de Asistencia: relaciona el indicador de asistencia con el de permanencia, en base al cociente entre el número de días que acude al centro y el número de días en los que el sujeto permanece en programa. Se utiliza para la comparación entre programas y centros.

2. Índice de Actividad: relaciona el indicador actividad con el de permanencia, en base al cociente entre el número de intervenciones recibidas y el número de días que el paciente permanece en tratamiento.

El índice de asistencia (IAS) en los programas de drogas ilegales (Tabla 7.40), tanto en los días con actividad con (DCA-SU) y sin urinoanálisis y (DCA-SU), oscila entre el 5% y el 14%, lo que quiere decir que del total de días de permanencia a tratamiento, esos porcentajes reflejan los días en que hubo algún tipo de actividad. El IAS total más importante corresponde al PTDO seguido del PTDP con un 0.14 y un 0.13 respectivamente.

Tabla 7.40

Índice de asistencia (IAS)

Programa	MDP	Sin urinoanálisis		Con urinoanálisis		Total	
		DCA	IAS	DCA	IAS	DCA	IAS
PTLD	279.8	11.9	0.04	17.2	0.06	29.1	0.10
PTDO	713.3	36.9	0.05	67.2	0.09	104.1	0.14
PTANO	382.9	20.4	0.05	29.3	0.08	49.7	0.12
PTIA	264.9	18.1	0.07	23.7	0.09	41.8	0.15
PTDP	343.9	17.0	0.05	27.9	0.08	44.9	0.13
Min	264.90	11.90	0.04	17.20	0.06	29.10	0.10
Máx	713.30	36.90	0.07	67.20	0.09	104.10	0.15
Media	396.96	20.86	0.05	33.06	0.08	53.92	0.13
DT	183.20	9.49	0.01	19.66	0.01	29.07	0.02

Nota: MDP = Media de días de permanencia; DCA = Días con actividad; IAS = Índice de asistencia

Respecto al Índice de actividad (IAC, Tabla 7.41), es decir las intervenciones recibidas en relación al tiempo de permanencia, las cifras obtenidas son superiores si se comparan con el IAS, por la razón antes argumentada. Esta diferencia se sitúa en todos los programas entre el 30% y el 50%, lo que en definitiva se traduce en el porcentaje de intervenciones recibidas sobre los días con actividad.

Tabla 7.41

Índice de actividad (IAC)

Programa	MDP	Sin urinoanálisis		Con urinoanálisis		Total	
		IR	IAC	IR	IAC	IR	IAC
PTLD	279.8	17.6	0.06	29.5	0.11	47.1	0.16
PTDO	713.3	51.0	0.07	105.6	0.15	156.6	0.21
PTANO	382.9	32.6	0.09	52.3	0.13	84.9	0.22
PTIA	264.9	28.8	0.11	41.4	0.15	70.2	0.26
PTDP	343.9	24.7	0.07	46.3	0.13	71.0	0.20
Min	264.90	17.60	0.06	29.50	0.11	47.10	0.16
Máx	713.30	51.00	0.11	105.60	0.15	156.60	0.26
Media	396.96	30.94	0.08	55.02	0.13	85.96	0.21
<i>DT</i>	183.20	12.52	0.02	29.49	0.02	41.75	0.04

Nota: MDP = Media de días de permanencia; IR = Intervenciones recibidas; IAC = Índice de actividad

Analizando separadamente y más en profundidad cada programa, por cada año de estudio, se han obtenido los datos que se reflejan en la Tabla 7.42 para el PTLD, Tabla 7.43 para el PTDO, Tabla 7.44 para el PTANO, Tabla 7.45 para el PTIA y Tabla 7.46 para el PTDP.

Tabla 7.42

Intensidad de la intervención del PTLD por año de estudio

Año	Media de días con actividad			Media de intervenciones			MDP
	SU	CU	Total	SU	CU	Total	
1995	4.9	6.2	11.1	10.1	ND	27.5	145.1
1996	7.6	9.3	16.9	12.8	ND	39.1	182.3
1997	7.1	9.9	17.1	13.5	ND	40.5	293.4
1998	9.0	13.1	22.1	12.9	18.5	48.1	259.4
1999	10.8	16.0	26.8	14.8	22.0	57.5	255.1
2000	11.9	17.4	29.3	16.0	23.6	62.7	253.8
2001	12.4	17.6	30.0	17.1	24.5	64.6	277.5
2002	11.6	16.7	28.3	16.5	23.5	61.5	260.2
2003	11.7	16.8	28.5	16.6	24.5	62.0	246.6
2004	12.4	17.9	30.2	18.1	26.4	66.2	276.2
2005	12.6	17.7	30.3	19.0	27.5	67.1	274.2
2006	12.1	19.1	31.2	17.2	28.4	67.4	298.6
2007	13.5	19.6	33.2	20.2	31.2	73.0	313.5
2008	13.8	20.8	34.6	20.8	33.0	76.1	336.8
2009	14.3	20.5	34.8	21.5	35.3	76.8	297.1
2010	14.1	21.3	35.3	21.1	39.2	77.7	313.4
2011	13.9	21.2	35.1	20.1	37.4	76.3	313.9
2012	16.1	23.9	40.0	22.6	39.8	86.4	356.7
2013	16.0	22.3	38.4	22.8	37.5	83.5	361.5
Min	4.9	6.2	11.1	10.1	18.5	27.5	145.1
Máx	16.1	23.9	40.0	22.8	39.8	86.4	361.5
Media	11.9	17.2	29.1	17.6	29.5	63.9	279.6
<i>DT</i>	2.9	4.7	7.6	3.6	6.8	15.7	53.2

Nota: MDP = Media de días de permanencia; SU = Sin urinoanálisis; CU = Con urinoanálisis

En primer lugar, del análisis de los datos del Programa de Tratamiento Libre de Drogas (PTLD, Tabla 7.43), se desprende el aumento progresivo anual de los días de actividad y de las intervenciones, tanto con urinoanálisis (CU) como sin urinoanálisis (SU), así como de la Media de Días de Permanencia (MDP), llegando a obtener una media de 29 días con actividad, 64 intervenciones y 280 días de media de permanencia, durante el período 1995-2013, habiéndose obtenido para 2013 un incremento de estos valores hasta llegar a 38, 84 y 362 respectivamente.

Tabla 7.43

Intensidad de la intervención del PTDO por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa

Año	Media de días con actividad			Media de intervenciones			MDP
	SU	CU	Total	SU	CU	Total	
1995	6.7	14.2	20.9	22.0	ND	22.0	206.1
1996	10.5	18.7	29.3	25.0	ND	25.0	245.8
1997	13.5	24.9	38.4	32.0	ND	32.0	307.3
1998	19.1	33.1	52.2	24.1	42.3	66.3	373.5
1999	35.3	56.3	91.6	45.4	73.0	118.4	503.9
2000	34.9	58.5	93.4	44.6	75.2	119.8	559.8
2001	41.3	67.8	109.1	53.7	88.3	142.1	634.3
2002	41.3	71.3	112.6	53.1	91.2	144.2	648.3
2003	38.8	70.5	109.3	52.0	92.4	144.4	671.6
2004	46.0	81.8	127.8	61.2	107.2	168.4	782.3
2005	42.4	77.0	119.4	56.9	101.6	158.5	751.2
2006	41.1	79.7	120.8	54.6	104.4	159.0	830.2
2007	43.1	75.2	118.3	57.3	100.0	157.4	824.6
2008	47.1	85.2	132.2	62.7	114.1	176.8	934.4
2009	45.2	84.4	129.6	61.2	122.1	183.3	935.5
2010	47.2	89.3	136.5	63.5	132.8	196.3	968.3
2011	49.5	92.0	141.5	66.4	141.1	207.5	1036.6
2012	44.2	91.3	135.6	59.8	142.0	201.8	1109.3
2013	54.4	104.8	159.2	73.4	161.5	234.9	1229.3
Min	6.7	14.2	20.9	22.0	42.3	22.0	206.1
Máx	54.4	104.8	159.2	73.4	161.5	234.9	1229.3
Media	36.9	67.2	104.1	51.0	105.6	139.9	713.3
DT	13.9	26.4	40.2	15.1	30.0	62.7	294.3

Nota: ND= No disponible

En segundo lugar, los datos del Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos (PTDO, Tabla 7.43), sugieren igualmente el progresivo aumento anual de los días de actividad y de las intervenciones, tanto con urinoanálisis como sin urinoanálisis, así como

de la Media de Días de Permanencia, llegando a obtener una media de 104 días con actividad, 140 intervenciones y 713 días de media de permanencia, durante el período 1995-2013, habiéndose obtenido para 2013 un incremento de estos valores hasta alcanzar 159, 162 y 1229 respectivamente.

En tercer lugar, los datos del Programa de Tratamiento con Antagonistas Opiáceos (PTANO), (Tabla 7.44), proponen lo contrario, en lugar de tendencias al alza, se observan tendencias a la baja tanto en los días de actividad y en las intervenciones con urinoanálisis (DCA-CU) y sin urinoanálisis (DCA-SU), como en la Media de Días de Permanencia (MDP), llegando a obtener una media de 50 días con actividad, 52 intervenciones y 383 días de media de permanencia.

Tabla 7.44

Intensidad de la intervención del PTANO por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa

Año	Media de días con actividad			Media de intervenciones			MDP
	SU	CU	Total	SU	CU	Total	
1995	6.0	9.4	15.4	18.9	ND	18.9	153.8
1996	11.7	15.7	27.4	23.0	ND	23.0	192.6
1997	15.5	21.7	37.2	31.6	ND	31.6	261.8
1998	17.9	25.1	43.0	27.5	38.5	66.0	308.4
1999	23.5	33.5	57.0	32.8	47.8	80.6	366.5
2000	24.0	35.5	59.4	34.3	50.6	84.9	427.7
2001	22.3	33.6	55.9	33.1	49.5	82.5	394.2
2002	22.5	32.4	54.9	33.5	47.9	81.4	428.4
2003	23.8	34.2	58.0	35.5	51.0	86.5	462.5
2004	23.9	36.0	59.9	37.0	55.4	92.4	456.1
2005	20.8	32.8	53.7	34.3	53.8	88.1	380.7
2006	22.4	31.4	53.7	34.7	49.3	84.1	430.7
2007	19.8	26.1	45.9	32.7	44.8	77.6	389.0
2008	17.0	25.5	42.5	28.0	42.4	70.4	329.8
2009	18.1	26.7	44.8	28.2	49.7	77.9	335.7
2010	23.0	34.8	57.8	36.3	63.5	99.8	531.9
2011	22.4	28.9	51.3	33.9	56.5	90.5	466.8
2012	33.3	45.5	78.7	52.6	85.3	137.9	600.1
2013	19.6	27.1	46.6	30.4	50.3	80.7	358.5
Min	6.0	9.4	15.4	18.9	38.5	18.9	153.
Máx	33.3	45.5	78.7	52.6	85.3	137.9	600.1
Media	20.4	29.3	49.6	32.5	52.3	76.6	382.9
DT	5.6	8.0	13.5	6.7	10.5	27.5	107.9

Nota: ND= No disponible

En cuarto lugar, los datos de la Tabla 7.45, correspondientes al Programa de Tratamiento con Interdictores de Alcohol (PTIA), resultan paradójicos ya que no muestran una tendencia uniforme, sino fluctuante, lo cual se analizará en el Capítulo de Discusiones. En cualquier caso, los datos obtenidos reflejan que la media de días con actividad es de 42, que la media de intervenciones es de 70 y que la media de días de permanencia durante el período 2004-2013, ha sido de 265.

Tabla 7.45

Intensidad de la intervención del PTIA por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa

Año	Media de días con actividad			Media de intervenciones			MDP
	SU	CU	Total	SU	CU	Total	
2004	14.9	16.0	30.9	24.7	27.0	51.7	155.1
2005	12.0	17.3	29.4	27.9	37.7	65.6	165.5
2006	16.7	25.6	42.4	27.1	45.0	72.1	277.9
2007	18.9	21.4	40.3	27.1	33.6	60.7	324.2
2008	9.6	11.8	21.4	16.9	22.5	39.4	237.9
2009	18.5	23.5	42.0	27.2	40.5	67.7	329.7
2010	25.1	37.6	62.7	39.5	63.8	103.3	299.3
2011	18.6	23.6	42.2	28.5	42.8	71.2	214.3
2012	27.4	36.0	63.4	37.0	54.8	91.9	403.5
2013	19.7	24.3	44.0	32.0	46.3	78.4	241.8
Min	9.6	11.8	21.4	16.9	22.5	39.4	155.1
Máx	27.4	37.6	63.4	39.5	63.8	103.3	403.5
Media	18.1	23.7	41.9	28.8	41.40	70.2	264.9
DT	5.4	8.1	13.3	6.3	12.3	18.4	77.5

En quinto lugar, y por último, la Tabla 7.46 expone los datos conseguidos para el Programa de Tratamiento para la Dependencia a Psicoestimulantes (PTDP), de los cuales se puede colegir un aumento general y paulatino de todos los indicadores, llegando a obtenerse una media de 45 días con actividad, 71 intervenciones y 344 días de media de permanencia, durante el período 2004-2013, habiéndose alcanzado en 2013, un incremento de estos valores hasta llegar a 66, 98 y 481 respectivamente.

Tabla 7.46

Intensidad de la intervención del PTDP por año de estudio: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa

Año	Media de días con actividad			Media de intervenciones			MDP
	SU	CU	Total	SU	CU	Total	
2004	7.2	9.3	16.4	11.4	15.8	27.2	121.7
2005	9.2	14.5	23.8	15.2	24.2	39.4	183.9
2006	12.2	18.3	30.6	18.5	29.6	48.1	246.8
2007	15.1	24.9	40.0	22.7	40.6	63.3	337.4
2008	21.0	31.2	52.2	29.6	49.9	79.5	368.8
2009	19.0	29.6	48.7	29.5	52.2	81.6	380.8
2010	22.6	38.2	60.9	31.9	67.1	99.1	397.3
2011	16.9	30.0	47.0	24.4	50.8	75.2	403.2
2012	22.9	41.1	64.0	31.5	67.5	99.0	518.2
2013	23.6	42.1	65.8	32.2	65.6	97.8	481.2
Min	7.2	9.3	16.4	11.4	15.8	27.2	121.7
Máx	23.6	42.1	65.8	32.2	67.5	99.1	518.2
Media	17.0	27.9	44.9	24.7	46.3	71.0	343.9
DT	5.9	11.2	17.1	7.5	18.4	25.8	125.6

7.7. Motivos de salida y tiempo de permanencia en los programas asistenciales de la RADG

7.7.1. Motivos de salida por programa

Desglosando los datos obtenidos sobre los motivos por los cuales un paciente sale de cada programa o de la red asistencial, se podrían realizar las siguientes propuestas:

1. Programa de Orientación y Acogida: respecto a los datos anuales observados en el POA (Tabla 7.47) se puede concluir que la mayor parte de los usuarios (87.6%) en 2013 y como era esperable, transitan hacia otros programas, que cada vez abandonan menos pacientes después de la primera consulta del POA (19.88% en 1995 y 7.06% en 2013) y apenas hay fallecimientos en ese tiempo de espera entre el POA y el comienzo de un programa tradicional.

Tabla 7.47

Motivos de salida por año en el POA

Año	Tot. Sal. N	AT+CP.CO %	Aband. %	Derivac. %	CP. RO. %	FM %	Fallecim. %	Expul. %
1995	4462	0.58	19.88	0.80	77.27	1.34	0.04	0.07
1996	4083	0.32	15.50	0.93	82.37	0.71	0.12	0.05
1997	4533	0.46	19.61	1.15	78.27	0.33	0.15	0.02
1998	3771	0.56	18.64	1.46	78.81	0.37	0.13	0.03
1999	3129	12.40	11.92	2.37	71.97	1.15	0.19	0.00
2000	2490	36.27	9.84	2.77	50.64	0.32	0.16	0.00
2001	2598	57.01	8.47	3.35	30.06	1.04	0.08	0.00
2002	2455	62.24	7.49	4.52	24.89	0.81	0.04	0.00
2003	2474	70.61	7.40	4.61	16.65	0.57	0.16	0.00
2004	2552	78.17	6.15	2.27	12.23	0.50	0.04	0.00
2005	2656	85.28	5.12	2.03	6.89	0.56	0.11	0.00
2006	2590	89.88	4.52	1.47	3.36	0.73	0.04	0.00
2007	2747	91.23	2.99	1.78	3.39	0.55	0.07	0.00
2008	2845	91.53	4.57	1.48	2.11	0.28	0.04	0.00
2009	3255	89.12	4.02	1.11	5.50	0.25	1.03	0.00
2010	3086	87.56	7.74	1.10	3.34	0.19	0.06	0.00
2011	2530	82.38	7.27	0.59	3.60	0.12	0.04	0.00
2012	2456	88.32	7.86	0.73	2.61	0.49	0.00	0.00
2013	2550	87.06	7.06	1.37	4.00	0.51	0.00	0.00
Min	2455	0.32	2.99	0.59	2.11	0.12	0.00	0.00
Máx	4533	91.53	19.88	4.61	82.37	1.34	1.03	0.07
Media	3013.79	58.47	9.27	1.89	29.37	0.57	0.13	0.01
DT	692.43	36.94	5.34	1.19	32.11	0.33	0.22	0.02

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

2. Programa de Tratamiento Libre de Drogas: en cuanto al PTLD (Tabla 7.48), se constata anualmente que el porcentaje de altas o de cumplimentaciones de objetivos en general no ha dejado de aumentar, estabilizándose en un 29.72% de 2013. Sin embargo, también aumentan los abandonos, hasta llegar a una media del 31.9% y haber llegado a alcanzar un máximo del 46.8% en 2011.

Tabla 7.48

Motivos de salida por año en el PTLD

Año	Tot. Sal. n	AT+CP.CO %	Aband. %	Derivac. %	CP. RO %	FM %	Fallecim. %	Expul. %
1995	1756	6.15	40.95	1.71	49.49	1.25	0.40	0.06
1996	1361	9.77	27.85	1.76	58.41	1.03	1.03	0.15
1997	1288	12.58	37.42	1.63	46.82	0.70	0.85	0.00
1998	1236	11.49	37.54	2.10	47.01	0.89	0.73	0.24
1999	911	19.98	26.46	3.19	45.99	3.19	1.21	0.00
2000	835	28.02	32.81	3.71	32.69	1.68	1.08	0.00
2001	845	34.91	22.84	6.04	33.25	2.25	0.71	0.00
2002	963	40.71	22.53	7.58	24.71	3.53	0.93	0.00
2003	1148	37.46	23.78	9.49	23.69	4.70	0.87	0.00
2004	1174	36.29	25.38	8.69	24.79	4.26	0.60	0.00
2005	1160	34.91	26.98	8.36	25.69	2.84	1.21	0.00
2006	1031	31.81	27.45	10.67	24.25	4.56	1.16	0.00
2007	975	38.77	22.15	8.92	23.90	4.51	1.74	0.00
2008	922	34.92	27.55	10.95	22.99	2.71	0.87	0.00
2009	1048	33.21	25.95	11.45	25.29	2.67	1.34	0.00
2010	1159	27.18	42.36	8.72	18.98	2.07	0.60	0.09
2011	1137	28.15	46.88	4.83	15.57	3.61	0.97	0.00
2012	1201	29.14	46.46	6.08	14.32	2.91	1.08	0.00
2013	1117	29.72	42.70	7.79	16.11	1.68	0.98	0.00
Min	835	6.15	22.15	1.63	14.32	0.70	0.40	0.00
Máx	1756	40.71	46.88	11.45	58.41	4.70	1.74	0.24
Media	1119.32	27.64	31.90	6.51	30.21	2.69	0.97	0.03
DT	212.97	10.56	8.58	3.36	13.03	1.29	0.30	0.07

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

3. Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos: respecto del PTDO, en la

Tabla 7.49, se observa una tendencia a la disminución de salidas por alta o cumplimentación de objetivos, una estabilización de la tendencia al aumento de los abandonos, después de una zona valle donde desde 2003 a 2007 se había reducido al máximo y otra tendencia al alza de los fallecimientos, en torno al 5.2%. También se comprueba una fuerte tendencia a la disminución de las salidas del programa por motivo de expulsión.

Tabla 7.49

Motivos de salida por año en el PTDO

Año	Tot. Sal. n	AT+CP.CO %	Aband. %	Derivac. %	CP. RO %	FM %	Fallecim. %	Expul. %
1995	1625	10.09	31.88	8.91	24.92	13.60	3.69	6.89
1996	1983	9.08	28.64	9.53	28.14	13.52	3.98	10.39
1997	1912	5.96	30.54	12.24	26.94	15.53	2.93	5.86
1998	2092	3.73	25.33	16.73	30.98	16.21	2.77	4.25
1999	2045	9.43	20.49	26.26	26.21	12.91	3.47	1.22
2000	1769	26.12	20.12	33.69	11.36	4.64	3.62	0.00
2001	1886	26.24	18.08	37.33	10.07	4.66	3.34	0.27
2002	2143	28.42	13.86	40.27	9.15	4.62	3.50	0.00
2003	2437	24.58	15.84	44.81	7.10	4.31	3.28	0.00
2004	2427	25.60	13.89	47.01	6.35	4.00	3.13	0.04
2005	2247	22.65	16.15	45.22	7.08	4.05	4.81	0.00
2006	2089	22.45	19.96	43.51	5.41	4.26	4.31	0.00
2007	2311	20.86	19.82	45.48	5.58	3.81	4.33	0.00
2008	2184	22.89	20.65	42.95	5.91	2.20	5.17	0.00
2009	2003	24.13	16.62	41.18	9.74	3.20	4.84	0.25
2010	2105	19.05	29.50	33.92	9.60	3.47	4.32	0.14
2011	1815	17.74	28.15	32.73	12.40	3.42	5.51	0.06
2012	1700	18.36	28.59	34.23	10.82	2.71	5.06	0.24
2013	1583	16.40	26.22	34.79	11.20	6.14	5.19	0.06
Min	1583	3.73	13.86	8.91	5.41	2.20	2.77	0.00
Máx	2437	28.42	31.88	47.01	30.98	16.21	5.51	10.39
Media	2018.74	18.62	22.33	33.20	13.63	6.70	4.07	1.56
DT	249.58	7.51	5.98	12.62	8.79	4.82	0.85	3.01

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

4. Programa de Tratamiento con Antagonistas Opiáceos: referente al PTANO, señalar que es un programa cada vez menos utilizado, hasta llegar a caer casi en el abandono, como se puede observar en la Tabla 7.50. De 1444 salidas del programa en 1997, se ha pasado a 44 en 2013. Se trata de un programa de la época de antes de la metadona, es decir, premetadona, donde a partir de la generalización del uso de los PTDO, comenzó su declive. Además del desinterés que despierta entre los pacientes, la suma de lo que podríamos denominar fracasos llega al 80% en 2013.

Tabla 7.50

Motivos de salida por año en el PTANO

Año	Tot. Sal. N	AT+CP.CO %	Aband. %	Derivac. %	CP. RO %	FM %	Fallecim. %	Expul. %
1995	1421	5.35	46.66	2.81	38.71	3.31	0.49	2.67
1996	1423	8.36	43.57	0.00	39.07	4.15	0.21	1.48
1997	1444	6.44	39.96	2.77	45.71	3.33	0.62	1.04
1998	1294	6.88	36.71	3.40	49.77	2.32	0.62	0.31
1999	1003	16.05	31.60	3.79	43.87	3.89	0.80	0.00
2000	734	26.43	26.29	4.90	40.19	1.09	1.09	0.00
2001	615	26.18	25.85	6.18	38.05	2.44	1.30	0.00
2002	550	37.45	20.55	6.91	30.36	3.27	1.27	0.00
2003	424	33.96	22.17	7.31	33.73	2.36	0.47	0.00
2004	326	35.59	20.25	4.29	34.36	4.29	1.23	0.00
2005	261	30.27	24.14	7.28	33.33	2.68	2.30	0.00
2006	211	31.75	19.91	8.06	35.55	4.74	0.00	0.00
2007	181	23.20	30.39	5.52	36.46	2.21	2.21	0.00
2008	171	29.24	21.64	9.94	36.84	1.75	0.58	0.00
2009	135	25.93	23.70	6.67	39.26	2.22	2.22	0.00
2010	127	22.05	29.92	5.51	40.16	1.57	0.79	0.00
2011	83	36.14	25.30	3.61	31.33	3.61	0.00	0.00
2012	63	19.05	30.16	7.94	39.68	3.17	0.00	0.00
2013	44	18.19	31.82	8.82	40.91	2.27	0.00	0.00
Min	44	5.35	19.91	0.00	30.36	1.09	0.00	0.00
Máx	1444	37.45	46.66	9.94	49.77	4.74	2.30	2.67
Media	553.16	23.08	28.98	5.56	38.28	2.88	0.85	0.29
DT	512.26	10.56	7.95	2.48	4.84	0.99	0.75	0.70

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

5. Programa de Tratamiento con Interdictores de Alcohol: en relación al PTIA (Tabla 7.51), no existen datos suficientes como para establecer grandes conclusiones. El PTIA es un programa de reciente implantación en la RADG, desde 2003, y poco a poco se va implantando al margen de las UTAs, pasando de las 3 salidas en 2003 a las 42 en 2013. Habría que destacar la estabilización de las altas terapéuticas y de las cumplimentaciones de objetivos, así como de los abandonos, en torno al 30%.

Tabla 7.51

Motivos de salida por año en el PTIA

Año	Tot. Sal.	AT + CP.CO	Aband.	Derivac.	CP. RO	FM	Fallecim.	Expul.
2003	3	33.33	0.00	0.00	33.33	0.00	33.33	0.00
2004	12	50.00	25.00	8.33	16.67	0.00	0.00	0.00
2005	29	34.48	20.69	13.79	27.59	3.45	0.00	0.00
2006	29	24.14	31.03	10.34	31.03	3.45	0.00	0.00
2007	27	40.74	18.52	14.81	22.22	3.70	0.00	0.00
2008	28	17.86	32.14	7.14	32.14	7.14	3.57	0.00
2009	32	40.63	28.13	9.38	15.63	3.13	3.13	0.00
2010	49	22.44	40.82	8.16	22.45	4.08	2.04	0.00
2011	56	17.86	42.86	5.36	30.36	3.57	0.00	0.00
2012	55	16.37	58.18	3.64	20.00	0.00	1.82	0.00
2013	42	26.19	33.33	7.14	30.95	2.38	0.00	0.00
Min	3.00	16.37	0.00	0.00	15.63	0.00	0.00	0.00
Máx	56.00	50.00	58.18	14.81	33.33	7.14	33.33	0.00
Media	32.91	29.46	30.06	8.01	25.67	2.81	3.99	0.00
DT	16.69	11.15	14.97	4.23	6.47	2.16	9.83	0.00

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

6. Programa de Tratamiento para la Dependencia a Psicoestimulantes: referente al PTDP, es decir, el programa para la rehabilitación por excelencia de la adicción a cocaína, señalar como se puede ver en la Tabla 7.52, que las salidas del programa desde 2003, que fueron 21 pacientes que finalizaron su tratamiento por consumo de cocaína, a 2011, en que fueron 639, han ido en aumento, hasta 2013, año en el que se detecta una tendencia a la disminución, como era previsible, por la menor demanda de atención por cocaína, es decir por el menor número de admisiones y readmisiones por esta sustancia. Se observa una importante tasa de abandono, alrededor del 50% y un porcentaje de éxito en torno al 27%.

Tabla 7.52

Motivos de salida por año en el PTDP

Año	Tot. Sal.	AT + CP.CO	Aband.	Derivac.	CP. RO	FM	Fallecim.	Expul.
2003	21	33.33	38.10	14.29	4.76	4.76	4.76	0.00
2004	117	17.95	55.56	9.40	13.68	1.71	1.71	0.00
2005	248	30.65	47.58	8.87	8.87	2.82	1.21	0.00
2006	374	28.07	42.51	12.03	10.16	6.15	1.07	0.00
2007	409	33.50	48.90	10.27	5.62	1.71	0.00	0.00
2008	533	29.46	45.78	10.32	9.19	4.13	1.13	0.00
2009	577	34.14	43.85	7.97	10.05	3.81	0.17	0.00
2010	584	21.91	56.17	7.88	11.99	1.54	0.51	0.00
2011	639	18.47	61.03	6.42	9.55	3.91	0.47	0.16
2012	597	24.96	52.93	7.71	11.73	2.18	0.50	0.00
2013	491	23.01	51.73	8.35	13.03	3.46	0.41	0.00
Min	21.00	17.95	38.10	6.42	4.76	1.54	0.00	0.00
Máx	639.00	34.14	61.03	14.29	13.68	6.15	4.76	0.16
Media	417.27	26.86	49.47	9.41	9.88	3.29	1.09	0.01
DT	207.70	5.95	6.78	2.23	2.80	1.46	1.32	0.05

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

A continuación, Tabla 7.53, se presenta el resumen anual de los motivos de salida de todos los programas en su conjunto, es decir, mediante la suma de los valores de cada uno de ellos, para ofrecer una visión de conjunto de la RADG, lo que significa que implícitamente también estarían representadas, y por tanto mezcladas, todas las drogas por las que los usuarios acuden a tratamiento.

Partiendo de que durante el período 1995-2013 se han llegado a notificar 132362 salidas de programa, con un mínimo, un máximo y una media anuales de 5828, 9264 y 6966 salidas respectivamente. Revisando los datos se puede destacar, la tendencia al aumento de los porcentajes de alta terapéutica (AT) y de cambio de programa por cumplimentación de objetivos (CP.CO), quedando la media interanual en el 37%. Respecto a los abandonos, la media es del 19%, con tendencia a la estabilización durante los últimos años, en torno al 24%. Igualmente se observa una drástica reducción de los cambios de programa por reestructuración de objetivos (CP.RO), pasando de una media interanual

del 25% a menos del 10% durante los últimos años, lo cual es debido a que los pacientes no tienen que pasar necesariamente por el PTLD, y en caso de fracaso transitar hacia un PTDO mediante un motivo de salida de CP.RO, sino que ya pueden acceder directamente al PTDO desde el momento de la acogida.

Tabla 7.53

Resumen anual de motivos de salida por el conjunto de los programas

Año	Tot. Sal.	AT+ CP.CO	Aband.	Derivac.	CP. RO	FM	Fallecim.	Expul.
1995	9264	4.04	4.04	2.71	56.91	3.78	0.82	1.66
1996	8850	5.03	24.86	3.35	59.57	3.45	1.14	2.61
1997	9177	4.25	27.59	3.78	58.04	4.02	0.90	1.39
1998	8393	3.93	25.88	5.66	57.73	4.69	0.95	1.16
1999	7088	13.03	19.05	9.57	51.45	5.20	1.35	0.35
2000	5828	30.77	18.33	12.56	34.83	1.92	1.46	0.00
2001	5944	40.92	15.36	14.80	25.00	2.51	1.33	0.08
2002	6111	44.76	13.27	17.53	19.83	2.80	1.51	0.08
2003	6507	45.00	14.51	20.73	15.40	2.83	1.51	0.00
2004	6608	48.42	14.01	20.08	13.40	2.68	1.36	0.02
2005	6601	50.66	15.13	18.36	11.47	2.33	2.03	0.00
2006	6324	52.25	16.24	17.74	9.04	2.99	1.69	0.00
2007	6650	53.47	15.28	18.69	8.27	2.39	1.85	0.00
2008	6683	54.44	16.83	17.28	7.81	1.62	1.95	0.00
2009	7050	56.43	14.61	14.74	10.71	1.79	1.65	0.00
2010	7110	50.43	24.43	12.75	9.24	1.63	1.48	0.06
2011	6260	48.50	26.57	11.36	9.54	2.17	1.84	0.03
2012	6072	49.92	26.42	11.96	8.66	1.78	1.70	0.07
2013	5842	50.43	23.25	12.41	9.52	2.74	1.64	0.02
Min	5828	3.93	4.04	2.71	7.81	1.62	0.82	0.00
Máx	9264	56.43	27.59	20.73	59.57	5.20	2.03	2.61
Media	6966.42	37.19	18.72	12.95	25.07	2.81	1.48	0.40
DT	1117.87	19.99	6.19	5.74	20.60	1.02	0.35	0.75

Nota: Tot. Sal. = Total salidas; AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; FM = Fuerza mayor

En lo concerniente al resto de los programas propiamente asistenciales, la Tabla 7.54 presenta los datos de los motivos de salida, en lugar de agrupados, separados por cada programa de tratamiento. Se destacaría, como antes se mencionaba, que en el 37% de los programas el motivo de salida es por alta terapéutica o por una cumplimentación de objetivos, contabilizando el POA, lo que correspondería con 45839 programas, que no personas, ya que cada paciente puede recibir diversos programas de tratamiento

consecutivamente, aunque no simultáneamente. Excluyendo el POA, puesto que no es un programa puramente clínico, ese porcentaje descendería al 21.83%, resultado que procedería de la media de los PTLD, PTDO, PTANO, PTIA y PTDP.

En el PTLD, el resultado por este motivo, es de un 27.6%, mientras que casi un 32% lo abandona; en el PTDO las cifras de alta son inferiores con un 18.6%, pero los datos de abandono son los menores de todos los programas, con un 22.3%. En cuanto al motivo de salida por CP.RO, utilizado generalmente cuando la evolución no es favorable, la media se sitúa en 25.1%, obteniendo un 30% para los PTLD y solo un 13.6% para los PTDO. Las transiciones entre programas por cumplimentación de objetivos suele ser de PTDO a PTLD, de PTDO a PTANO, o de PTLD a PTANO, mientras que por reestructuración de objetivos, lo habitual es que sea de PTLD a PTDO, de PTANO a PTDO, y de PTLD a PTANO.

Tabla 7.54

Resumen total motivos de salida por programa período 1995-2013

Progr.	Total salidas		AT + CP. CO		Abandono		Derivación		CP. RO		Fuerzo mayor		Fallecimiento		Expulsión	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
POA	57276	30069	52.5	5866	10.2	1015	1.8	19922	34.8	336	0.6	61	0.1	7	0.0	
PTLD	21265	5602	26.3	6937	32.6	1327	6.2	6629	31.2	563	2.6	200	0.9	7	0.0	
PTDO	38146	7156	18.8	8395	22.0	13036	34.1	5091	13.3	2354	6.2	1550	4.1	564	1.5	
PTANO	10479	1710	16.3	3598	34.3	426	4.1	4265	40.7	323	3.1	79	0.8	78	0.7	
PTIA	362	94	26.0	131	36.2	29	8.0	92	25.4	11	3.0	5	1.4	0	0.0	
PTDP	4590	1208	26.3	2335	50.9	398	8.7	472	10.3	148	3.2	28	0.6	1	0.0	
Min	362	94.0	16.3	131	10.2	29	1.8	92	10.3	11	0.6	5	0.1	0	0.0	
Máx	57276	30069	52.5	8395	50.9	13036	34.1	19922	40.7	2354	6.2	1550	4.1	564	1.5	
McPOA	22020	7640	27.7	4543.7	31.0	2705	10.5	6078	26.0	623	3.1	321	1.3	110	0.4	
DT	21953	11322	12.9	3083.9	13.8	5083	11.8	7259.2	12.1	869	1.8	606	1.4	225	0.6	
MsPOA	132118	45839	21.8	27262	35.2	16231	12.2	36471	24.2	3735	3.8	1923	1.6	657	0.4	

Nota: AT = Alta terapéutica; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; McPOA= Media con datos del POA; MsPOA= Media sin datos del POA

Otra forma de agrupar los datos más relevantes en relación a las altas terapéuticas, es seleccionando solamente los datos provenientes de los programas que más han repercutido en la RADG durante el período de estudio (Tabla 7.55). Así se obtiene que la media de salida por alta terapéutica durante 1995-2013 en el PTLD fue del 21.8% mientras que la del PTDO fue del 5.7%, claramente y de forma alarmante, inferior. Esta disparidad se compensa, en cuanto se incluye en el PTDO los datos de CP.CO. En este supuesto, la media que alcanza el PTDO llega al 18.6%, acercándose de manera importante al 21.8% del PTLD o al 20.5% del PTDP.

Tabla 7.55

Porcentajes de salidas de tratamiento por alta terapéutica de PTLD, PTDP y media anual, incluyendo en el PTDO por Alta terapéutica (AT) y por Cambio de Programa por cumplimentación de objetivos (CP.CO)

Año	PTLD	PTDO		PTDP	Media total RADG: PTLD, PTDP, con PTDO por:	
		AT	AT + CP.CO		AT	AT+CP.CO
1995	6.2	10.1	10.1	NE	8.1	8.1
1996	9.8	9.1	9.1	NE	9.4	9.4
1997	12.6	6.0	6.0	NE	9.3	9.3
1998	11.5	3.7	3.7	NE	7.6	7.6
1999	17.8	4.3	9.4	NE	11.0	13.6
2000	21.6	3.3	26.1	NE	12.4	23.8
2001	27.6	5.5	26.3	NE	16.5	26.9
2002	31.8	5.1	28.8	NE	18.4	30.3
2003	24.8	5.8	24.6	23.8	18.2	24.4
2004	26.7	6.4	25.6	12.8	15.3	21.7
2005	26.6	4.3	22.6	19.4	16.7	22.8
2006	24.2	5.9	22.4	23.0	17.7	23.2
2007	30.6	4.3	20.9	23.7	19.5	25.1
2008	24.7	8.4	22.9	23.3	18.8	23.6
2009	26.4	10.5	24.1	28.2	21.7	26.3
2010	22.5	6.7	19.1	15.8	15.0	19.1
2011	22.0	3.1	17.7	15.6	13.6	18.4
2012	24.8	3.6	18.3	21.3	16.6	21.5
2013	22.3	3.1	16.4	18.5	14.6	19.1
Min	6.2	3.1	3.7	12.8	7.6	7.6
Máx	31.8	10.5	28.8	28.2	21.7	30.3
Media	21.8	5.7	18.6	20.5	14.8	19.7
DT	7.1	2.3	7.5	4.5	4.1	6.9

Nota: AT= Alta terapéutica; CP.CO= Cambio de programa por cumplimentación de objetivos

En resumen, la media de altas terapéuticas en el conjunto de la red, sin incluir el CP.CO del PTDO, se situaría en el 14.8%, e incluyendo el CP.CO del PTDO, en el 19.7%, es decir, se podría generalizar, diciendo que uno de cada cinco pacientes de la RADG, recibe como motivo de salida el del alta terapéutica.

7.7.2. Permanencia

Mediante esta variable se intenta conocer la evolución de los días de permanencia en cada programa, según el año y el motivo de salida; así la media durante el período 1995-2013 y la más reciente, la de 2013, fue para el PTLD de 280 días y 361 días, para el PTDO de 713 días y 1229 días, y por último, para el PTDP de 344 días y 481 días respectivamente. Los datos del PTANO y el PTIA no son representativos, por lo que es preferible no reflejarlos.

También se observa que el tiempo de permanencia, en las altas terapéuticas de los PTLD está en torno a un año de tratamiento y que la permanencia en los abandonos es de año y medio. Incluso las expulsiones del tratamiento de los 564 sujetos, casi exclusivas de los PTDO, está en 716 días, es decir no se expulsa a sujetos recién llegados a la red.

En la Tabla 7.56, se ofrecen los datos correspondientes a la media de días de permanencia por cada año de estudio del PTLD, donde se constata un incremento de los días de permanencia hasta alcanzar el alta terapéutica, es decir la salida por éxito de la RADG, 481 días en 2013. También resulta positivo el aumento de los días de permanencia hasta el abandono del programa, alcanzando 457 días en 2013.

Tabla 7.56

Media de días de permanencia en PTLD según motivo de salida

Año	AT	Fallecimiento	FM	Abandono	CP.RO	C.P. CO
1999	415.0	231.0	265.8	261.6	203.0	170.9
2000	366.9	271.2	375.9	208.3	249.8	251.3
2001	422.6	207.5	91.9	247.5	191.6	126.8
2002	353.1	211.0	210.0	244.7	256.3	168.4
2003	378.0	258.9	303.4	215.5	208.3	178.1
2004	414.0	247.4	296.5	210.1	191.1	228.1
2005	393.1	280.9	212.2	254.8	235.8	200.3
2006	382.1	363.6	316.5	275.6	229.6	224.4
2007	488.4	483.2	240.1	217.9	198.5	196.2
2008	586.3	354.0	301.8	271.0	247.4	131.9
2009	422.3	679.2	289.8	242.2	253.2	90.2
2010	466.7	728.4	591.3	246.2	240.7	183.4
2011	389.1	426.6	251.7	284.4	260.4	215.6
2012	480.7	538.7	330.6	274.5	307.8	197.6
2013	480.9	534.9	238.0	454.7	330.8	155.8
Min	353.1	207.5	91.9	208.3	191.1	90.2
Máx	586.3	728.4	591.3	454.7	330.8	251.3
Media	429.3	387.8	287.7	260.6	240.3	181.3
DT	61.4	170.6	106.8	59.1	40.4	42.8

Nota: AT = Alta terapéutica; FM = Fuerza mayor; C.P. CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos

En la Tabla 7.57, se ofrecen los datos correspondientes a la media de días de permanencia por cada año de estudio del PTDO, y se observa el aumento progresivo de días en permanencia hasta alcanzar en 2013 la cifra de 2682 días, es decir 7.34 años, hasta recibir el alta definitiva con salida de la RADG. En la misma línea se incrementan el resto de parámetros, de fallecimiento, fuerza mayor, abandono, y cambio de programa por reestructuración y cumplimentación de objetivos.

En la Tabla 7.58, a pesar de la pérdida progresiva de pacientes, se exponen los datos correspondientes a la media de días de permanencia por cada año de estudio del PTANO, dejando constancia del incremento de días de permanencia hasta alcanzar el alta terapéutica, y hasta el abandono. También habría que destacar que el CP.CO se sitúa en 325 días, es decir casi un año, hasta transitar a otro programa como el PTLD.

Tabla 7.57

Media de días de permanencia en PTDO según motivo de salida

Año	Alta terapéutica	Fallecimiento	Fuerza mayor	Abandono	CP.RO	C.P. CO
1999	629.4	995.6	497.7	707.6	573.2	601.1
2000	687.3	977.7	576.3	747.1	557.7	676.1
2001	1029.7	1167.1	566.7	921.2	633.1	788.8
2002	962.6	1236.3	618.4	939.1	653.4	852.2
2003	983.8	1343.2	537.7	954.9	653.0	826.2
2004	1289.2	1645.9	894.9	1276.7	641.3	884.2
2005	1129.8	1527.9	622.7	1093.5	595.0	1014.4
2006	1499.0	1706.9	763.7	1323.2	686.0	1045.8
2007	1307.2	1836.6	650.8	1264.9	1094.9	1329.2
2008	1567.9	2147.0	917.3	1544.1	1122.1	1006.3
2009	1455.1	2375.0	674.5	1501.5	657.6	1101.6
2010	1462.8	2110.7	1183.9	1585.8	928.3	1528.0
2011	1785.2	2330.0	1227.3	1780.8	745.1	1250.4
2012	1397.5	2518.2	596.9	1504.2	924.1	1267.0
2013	2681.7	2407.8	883.2	1990.9	1209.9	1290.4
Min	629.4	977.7	497.7	707.6	557.7	601.1
Máx	2681.7	2518.2	1227.3	1990.9	1209.9	1528.0
Media	1324.5	1755.1	747.5	1275.7	778.3	1030.8
DT	496.3	537.3	228.0	379.6	218.5	264.3

Nota: CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos.

Tabla 7.58

Media de días permanencia en PTANO según motivo de salida

Año	Alta terapéutica	Fallecimiento	Fuerza mayor	Abandono	CP.RO	C.P. CO
1999	522.8	472.3	298.0	431.0	364.3	441.1
2000	663.7	467.3	489.0	540.0	386.7	478.4
2001	670.7	501.3	394.1	522.0	351.4	446.6
2002	697.3	299.1	327.5	441.3	423.0	460.9
2003	760.5	418.5	351.1	510.0	473.7	471.2
2004	782.1	243.8	259.7	428.5	332.7	582.0
2005	733.3	594.6	115.9	481.3	321.8	537.1
2006	755.3	0.00	114.7	290.0	288.1	653.0
2007	1115.7	425.7	230.3	590.6	195.4	694.0
2008	496.9	700.0	291.7	496.2	297.0	539.3
2009	491.9	81.3	532.3	368.5	303.5	570.4
2010	928.0	53.0	443.0	474.7	431.6	860.8
2011	1167.1	0.0	164.7	443.9	385.3	492.9
2012	757.7	0.0	522.0	426.6	560.3	482.7
2013	2088.0	0.0	180.0	756.0	263.4	324.6
Min	491.9	0.0	114.7	290.0	195.4	324.6
Máx	2088.0	700.0	532.3	756.0	560.3	860.8
Media	842.1	283.8	314.3	480.0	358.5	535.7
DT	396.7	245.4	140.4	104.9	90.4	127.3

Nota: CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos

Respecto al PTIA, en la Tabla 7.59, se ofrecen los datos correspondientes a la media de días de permanencia por cada año de estudio, destacando los 706 días hasta conseguir el alta terapéutica y los 235 días hasta el abandono en 2013. Como ya se ha mencionado en otras ocasiones, los resultados que ofrecen los datos del PTIA, hay que reasegurarlos durante los próximos años, mediante la incorporación a la RADG de un mayor volumen de admisiones a tratamiento por alcoholismo, y mediante una implantación más homogénea del programa en todas las Unidades Asistenciales de Drogodependencias.

Tabla 7.59

Media de días de permanencia en PTIA según motivo de salida

Año	Alta terapéutica	Fallecimiento	Fuerza mayor	Abandono	CP.RO	C.P. CO
2004	209.0	0.0	0.0	69.7	244.0	145.6
2005	365.5	0.0	0.0	121.8	132.9	85.8
2006	0.0	0.0	937.0	312.3	234.9	236.8
2007	601.3	0.0	131.0	244.1	114.3	283.0
2008	513.0	396.0	316.0	408.3	144.7	317.0
2009	580.5	352.0	838.0	590.2	127.2	136.5
2010	867.0	805.0	107.0	593.0	231.3	111.6
2011	0.0	0.0	0.0	0.0	160.5	261.9
2012	299.0	525.0	0.0	274.7	339.1	361.8
2013	706.0	0.0	0.0	235.3	221.4	190.8
Min	0.0	0.0	0.0	0.0	114.3	85.8
Máx	867.0	805.0	937.0	593.0	339.1	361.8
Media	414.1	207.8	232.9	284.9	195.0	213.1
DT	291.3	293.0	360.0	200.7	71.1	93.2

Nota: CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos; CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos

En la Tabla 7.60 se reflejan los datos correspondientes a la MDP por cada año de estudio del PTDP. Destaca el progresivo aumento de permanencia hasta obtener el alta terapéutica, con una media anual de 548 días, y para el motivo de salida por abandono, de 283 días. Tomando como referencia el último año de estudio, 2013, estas cifras experimentan un fuerte crecimiento, hasta llegar a 814 días, y 379 días respectivamente. En síntesis, el PTDP ha conseguido aumentar los niveles de retención, y con ello poder mejorar las probabilidades de rehabilitación de los consumidores de cocaína.

Tabla 7.60

Media de días de permanencia en PTDP según motivo de salida

Año	Alta terapéutica	Fallecimiento	Fuerza mayor	Abandono	CP.RO	C.P. CO
2004	234.2	267.5	79.0	107.3	80.9	170.7
2005	321.7	100.3	271.8	159.0	182.2	129.9
2006	394.1	105.7	399.1	193.0	262.2	154.8
2007	554.3	0.0	322.5	324.2	135.6	184.5
2008	596.8	383.4	452.4	271.4	273.0	224.8
2009	514.4	756.0	302.6	379.6	346.7	245.3
2010	627.1	528.7	439.4	285.8	401.1	250.2
2011	648.9	198.0	553.5	303.6	296.9	553.6
2012	771.4	774.3	816.1	427.7	315.2	438.5
2013	813.6	137.0	547.3	379.3	255.4	295.8
Min	234.2	0.0	79.0	107.3	80.9	129.9
Máx	813.6	774.3	816.1	427.7	401.1	553.6
Media	547.7	325.1	418.4	283.1	254.9	264.8
DT	186.7	277.2	198.4	103.4	97.4	134.3

Nota: CP.RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; CP.CO= Cambio de programa por cumplimentación de objetivos

Con el fin de acercarse a la realidad desde diferentes perspectivas, en la Tabla 7.61 se presentan los datos correspondientes a la MDP, por cada programa pero, esta vez, agrupando todo el período de estudio y en función del motivo de salida. Estos datos serán debidamente analizados en el próximo capítulo de discusiones.

Tabla 7.61

Resumen de la media de días de permanencia por programa y según motivo de salida 1995-2013

Programa	Alta terapéutica	Fallecimiento	Fuerza mayor	Abandono	CP.RO	C.P. CO	Expulsión
PTLD	429.3	387.8	287.7	260.6	240.3	181.3	
PTDO	1324.5	1755.1	747.5	1275.7	778.3	1030.8	716.9
PTANO	824.1	283.8	314.3	480.0	358.5	535.7	
PTIA	414.1	207.8	232.9	284.9	195.0	213.1	
PTDP	547.7	325.1	418.4	283.1	254.9	264.8	
Min	414.1	207.8	232.9	260.6	195.0	181.3	716.9
Máx	1324.5	1755.1	747.5	1275.7	778.3	1030.8	716.9
Media	707.9	591.9	400.2	516.9	365.4	445.1	716.9
DT	381.9	653.5	205.5	433.4	238.4	356.1	

Nota: CP. RO = Cambio de programa por reestructuración de objetivos; CP.CO = Cambio de programa por cumplimentación de objetivos;

De la misma forma, y con el fin de darle otro enfoque al concepto de permanencia, clave, por otra parte, en el proceso de rehabilitación, la Tabla 7.62, recoge los datos anuales de la MDP de todos los programas, habiendo agrupado en estos valores todos los posibles motivos de salida. Esto facilita una posible comparación entre los programas y posibilita la búsqueda de una significación estadística, sobre el hecho observable de que la permanencia en los tres programas fundamentales, como son el PTLD, PTDO y PTDP, no ha dejado de aumentar.

Tabla 7.62

Resultados comparativos de la media anual de días de permanencia en cada programa

	Media anual de días de permanencia por programa				
	PTLD	PTDO	PTANO	PTIA	PTDP
1995	145.1	206.1	153.8	NE	NE
1996	182.3	245.8	192.6	NE	NE
1997	293.4	307.3	261.8	NE	NE
1998	259.4	373.5	308.4	NE	NE
1999	255.1	503.9	366.5	NE	NE
2000	253.8	559.8	427.7	NE	NE
2001	277.5	634.3	394.2	NE	NE
2002	260.2	648.3	428.4	NE	NE
2003	246.6	671.6	462.5	NE	NE
2004	276.2	782.3	456.1	155.1	121.7
2005	274.2	751.2	380.7	165.5	183.9
2006	298.6	830.2	430.7	277.9	246.8
2007	313.5	824.6	389.0	324.2	337.4
2008	336.8	934.4	329.8	237.9	368.8
2009	297.1	935.5	335.7	329.7	380.8
2010	313.4	968.3	531.9	299.3	397.3
2011	313.9	1036.6	466.8	214.3	403.2
2012	356.7	1109.3	600.1	403.5	518.2
2013	361.5	1229.3	358.5	241.8	481.2
Min	145.1	206.1	153.8	155.1	121.7
Máx	361.5	1229.3	600.1	403.5	518.2
Media	279.8	713.3	382.9	264.9	343.9
DT	53.2	294.3	107.9	77.5	125.6

Nota: NE= No existía

Tal como podía suponerse a la vista de los datos, la diferencia en MDP entre los cinco programas es significativa $F(5,18) = 167.470$, $p < .001$, como también lo es su progresivo aumento, si bien con pendientes de crecimiento muy distintas. Así, para

$p < .001$, el crecimiento más acelerado corresponde a PTDO ($B = 50.863$, $R^2 = .97$), seguido de PTDP ($B = 35.153$, $R^2 = .90$) y de PTLT ($B = 6.781$, $R^2 = .70$), lo que también indica que el aumento es mucho menor y menos predecible en PTLT.

7.8. Programas asistenciales e intervenciones

De los datos que nos proporciona este apartado (Tabla 7.63), se podrían extraer los siguientes resultados: en primer lugar, si se tuvieran en cuenta todas las modalidades de tratamiento (ambulatoria, semirresidencial y residencial), durante el período 1995-2013, se habrían realizado un total de 5155424 de intervenciones (6138510 teniendo en cuenta las realizadas en centros penitenciarios), practicadas sobre un total de 47378 pacientes. Esto se traduciría, a grosso modo, en que cada paciente habría disfrutado de 108 intervenciones practicadas sobre él. Si observamos en la tabla inferior, vemos que la mayoría de intervenciones corresponden a urinoanálisis, es decir, 2354208 determinaciones, que habría que sustraer al total anterior para evitar interpretaciones erróneas, lo cual dejaría en 2801216 las intervenciones de tipo no analítico, es decir más clínicas. A su vez esto se traduciría en 59 la media de las intervenciones directamente asistenciales realizadas sobre cada individuo, de las cuales, 25 serían individuales, 14 médicas, 12 familiares, 1.5 terapia de grupo, 0.5 grupo de padres y 6 otras. Respecto a las analíticas de orina, podríamos señalar que la media ejecutada es de 50 analíticas de orina, usualmente de opiáceos y/o cocaína, por usuario. Sumando ambos conceptos, a cada paciente le habrían correspondido 109 intervenciones. Del total de intervenciones realizadas desde 1995 a 2013, casi la mitad, el 45.6% serían urinoanálisis, el 22.8% individuales, el 13.2% médicas, el 10.8% familiares, el 1.4% terapia de grupo, 0.4% grupo de padres y 5.6% otras. Agrupando estos porcentajes en dos conceptos, tendríamos que las intervenciones médicas, psicológicas, sociales, etc., alcanzarían el 54.4% y las de

urinoanálisis el 45.6%. Otros datos importantes que ofrece la Tabla 7.63, relativos a la representatividad en cada programa de cada tipo de intervención, son los siguientes:

Que el PTDO absorbe, como era previsible, la mayor parte de las intervenciones asistenciales, con el 66.24% del total, seguido del PTLD con un 12.91%. Le siguen el resto de programas, con un incremento progresivo del PTDP y del PTIA, que son los últimos programas incorporados al SEA.

Tabla 7.63

Representatividad en cada programa de cada tipo de intervención 1995-2013

Programa	N Total Interv.	Porcentajes							
		Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino- análisis	Otras	Interv. por programa
POA	313337	9.09	7.56	13.75	3.25	2.01	2.53	5.34	6.07
PTLD	665999	16.73	12.69	18.29	24.95	17.59	9.05	15.63	12.91
PTDO	3415189	57.19	62.02	44.52	55.47	61.99	77.32	67.75	66.24
PTANO	408852	8.09	11.32	14.84	8.58	14.32	5.39	5.89	7.93
PTIA	87753	2.60	2.84	3.03	4.78	1.10	0.47	1.99	1.70
PTDP	264294	6.27	3.54	5.53	2.97	2.95	5.21	3.37	5.12
Min	87753	2.60	2.84	3.03	2.97	1.10	0.47	1.99	1.70
Máx	3415189	57.19	62.02	44.52	55.47	61.99	77.32	67.75	66.24
Media	859237	16.66	16.66	16.66	16.67	16.66	16.66	16.66	16.66
DT	1266509	20.39	22.57	14.83	20.73	23.26	29.86	25.48	24.57

Respecto al tipo de intervención, señalar que el 57.19% y el 16.73% de las intervenciones individuales, por ejemplo, de psicoterapia, se han aplicado sobre los pacientes en PTDO y PTLD, que las intervenciones médicas se ejecutan sobre el PTDO, PTANO y PTLD con un 62.02%, 12.69% y 11.32% y que las intervenciones familiares son propias del PTDO y del PTLD con un 44.52% y un 18.29% respectivamente.

Los datos vistos desde otro enfoque (Tabla 7.64), reflejan la representatividad, del total de las 5155424 intervenciones efectuadas, según cada tipo y en cada programa, y proporcionan la siguiente información: que el POA, como era esperable se nutre de intervenciones individuales y familiares, que el PTLD lo hace con intervenciones

individuales, familiares, médicas y de urinoanálisis, y que en el PTDO son importantes las individuales y médicas, pero, sobre todo, la de urinoanálisis con un 53.30%.

Tabla 7.64

Representatividad de cada tipo de intervención en cada programa 1995-2015

Intervención	N	POA %	PTLD %	PTDO %	PTANO %	PTIA %	PTDP %
Individual	1175620	34.13	29.53	19.68	23.26	34.89	27.93
Médica	682991	16.49	13.01	12.40	18.92	22.11	9.15
Familiar	557495	24.47	15.31	7.26	20.23	19.30	11.67
Ter. Grupo	73928	0.76	2.76	1.20	1.53	4.03	0.83
Gr. Padres	22013	0.14	0.58	0.39	0.77	0.27	0.24
Urinoanálisis	2354208	19.04	31.99	53.30	31.09	12.79	46.46
Otras	289169	4.93	6.78	5.73	4.17	6.58	3.69
Min	22013	0.14	0.58	0.39	0.77	0.27	0.24
Máx	2354208	34.13	31.99	53.30	31.09	34.89	46.46
Media	736489.14	14.28	14.28	14.28	14.28	14.28	14.28
DT	815915.63	12.88	12.42	18.45	12.02	12.07	17.05

En cuanto al resto de programas, como el PTANO, PTIA y PTDP, destacan también las individuales, familiares, médicas y de urinoanálisis, excepto en el PTIA, que por las propias particularidades del alcohol, no se realizan los clásicos test de drogas sino que se utiliza la práctica del alcoholímetro para detectar alcohol en aire espirado.

Otra forma de comprender el esfuerzo terapéutico, es registrando los datos absolutos, en forma de cuantificación de las intervenciones, y no en términos relativos o porcentuales. Por ello, la Tabla 7.65, proyecta el número de intervenciones totales realizadas durante el período de estudio en la RADG.

Otro análisis más pormenorizado, (Tabla 7.66), permite investigar sobre cómo han evolucionado porcentual y anualmente los diferentes tipos de intervención ejercitados desde la RADG. En general habría que destacar el mantenimiento estable de todas las intervenciones (Tabla 7.69), con excepción de las relacionadas con el ámbito familiar.

Tabla 7.65

Número de intervenciones realizadas según tipo y por programa 1995-2013

Programa	Interv.	Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino-análisis	Otras
POA	313337	106971	51680	76697	2404	443	59672	15470
PTLD	665999	196710	86685	102016	18448	3.874	213065	45201
PTDO	3415189	672396	423633	248246	41041	13648	1820310	195915
PTANO	408852	95121	77380	82735	6293	3153	127118	17052
PTIA	87753	30618	19405	16939	3539	244	11231	5777
PTDP	264294	73804	24208	30862	2203	651	122812	9754
Total	5155424	1175620	682991	557495	73928	22013	2354208	289169
Min	264294	30618	19405	16939	2203	244	11231	5777
Máx	3415189	672396	423633	248246	41041	13648	1820310	195915
Media	1013534	195937	113832	92916	12321	3669	392368	48195
DT	1351481	239725	154178	82704	15340	5121	702871	73686

Tabla 7.66

Evolución porcentual anual de los tipos de intervención la RADG

Año	Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino-análisis	Otras
1995	26.23	19.14	21.19	1.68	0.12	31.63	ND
1996	23.11	16.74	18.37	1.03	0.17	40.59	ND
1997	23.43	15.77	15.93	1.83	0.25	35.64	7.16
1998	21.26	13.19	13.09	3.90	0.98	35.92	11.66
1999	22.29	11.95	13.31	3.67	1.05	33.98	13.76
2000	23.69	10.79	11.94	3.34	0.89	34.49	14.86
2001	23.51	10.83	10.69	3.84	0.74	36.44	13.95
2002	23.52	10.93	9.39	4.32	0.40	37.83	13.60
2003	22.74	10.93	9.08	6.01	0.50	38.40	12.33
2004	22.29	11.43	8.85	6.60	0.57	38.86	11.39
2005	21.81	11.56	9.15	6.71	0.63	38.63	11.52
2006	22.61	11.62	8.98	6.97	0.55	38.64	10.64
2007	21.99	11.58	8.59	6.99	0.52	40.53	9.80
2008	19.03	10.38	7.08	5.21	0.34	48.04	9.89
2009	16.80	9.49	5.95	3.88	0.22	53.70	9.97
2010	17.32	9.58	6.12	4.41	0.24	51.47	10.87
2011	18.26	11.50	6.26	4.78	0.19	48.14	11.34
2012	21.05	11.32	6.17	5.73	0.20	43.59	11.94
2013	21.50	11.65	6.27	5.95	0.23	41.98	12.41
Min	16,80	9,49	5,95	1,03	0,12	31,63	7,16
Máx	26,23	19,14	21,19	6,99	1,05	53,70	14,86
Media	21,71	12,13	10,34	4,57	0,46	40,45	11,59
DT	2,38	2,48	4,36	1,80	0,29	6,06	1,87

En la Tabla 7.67, los datos reflejan una disminución y estabilización progresiva cada año en cuanto al número de intervenciones, y por tanto el porcentaje relativo,

asignadas al Programa de orientación y acogida (POA). Como se discutirá en el próximo capítulo, esto no es un problema, sino todo lo contrario, ya que el POA en realidad no es más que un programa de transición hacia otros más clínicos, y por tanto no debe absorber demasiado esfuerzo asistencial.

Tabla 7.67

Evolución porcentual anual del peso del POA según los tipos de intervención

Año	Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino-análisis	Otras
1995	18.86	14.75	26.29	5.62	4.00	7.44	ND
1996	18.89	16.49	27.17	2.48	4.82	7.94	ND
1997	16.75	15.36	23.31	2.69	4.17	5.96	10.14
1998	12.74	12.20	17.72	4.52	3.81	4.40	5.55
1999	11.79	11.98	16.59	4.80	7.19	3.78	8.42
2000	9.34	11.61	12.55	3.90	1.23	3.91	4.93
2001	8.47	10.59	12.18	3.78	1.25	3.60	5.60
2002	6.63	7.65	9.00	4.99	0.50	2.88	5.76
2003	6.28	5.01	9.25	4.15	0.33	1.76	3.82
2004	7.20	4.43	9.69	2.28	0.08	1.33	3.44
2005	6.92	4.29	9.29	1.85	0.21	1.34	3.78
2006	6.18	3.76	8.18	1.32	0.00	1.07	4.23
2007	6.38	3.44	7.48	3.40	0.15	1.12	4.15
2008	6.74	3.81	7.99	1.51	0.16	1.28	4.47
2009	7.25	3.96	8.01	0.45	0.20	1.38	4.65
2010	6.63	3.55	7.54	0.64	0.00	1.29	4.04
2011	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2012	7.04	4.29	9.34	1.06	0.50	2.04	3.96
2013	7.5	4.35	10.04	2.81	2.50	2.37	3.85
Min	6.18	3.44	7.48	0.45	0.00	1.07	3.44
Máx	18.89	16.49	27.17	5.62	7.19	7.94	10.14
Media	9.53	7.86	12.87	2.90	1.73	3.05	5.05
DT	4.39	4.73	6.55	1.58	2.16	2.18	1.82

Nota: ND = No disponible

Sin embargo, la evolución del Programa de tratamiento libre de drogas (PTLD), Tabla 7.68, es bien distinta al caso anterior, ya que lo que los datos proponen una gran estabilidad en algunas de las intervenciones a pesar del paso de los años, observándose un incremento durante los últimos dos años debido a la incorporación de nuevos pacientes por otras sustancias.

Tabla 7.68

Evolución porcentual anual del peso del PTLD según los tipos de intervención

Año	Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino-análisis	Otras
1995	17.22	13.07	17.99	29.80	36.50	10.56	ND
1996	13.63	10.45	15.38	19.53	27.41	9.26	ND
1997	11.92	10.47	14.85	14.52	18.46	7.36	11.55
1998	11.73	9.37	13.58	12.16	12.05	6.89	12.22
1999	11.08	11.30	12.66	13.93	15.54	6.71	7.54
2000	12.16	12.22	14.80	28.10	21.52	7.88	7.66
2001	12.42	10.91	14.70	26.54	17.91	6.55	11.42
2002	14.86	12.11	17.09	32.06	18.73	6.72	11.78
2003	16.80	13.85	18.60	22.06	20.38	8.21	15.44
2004	18.39	13.65	21.00	27.94	21.56	9.04	17.56
2005	18.01	12.90	20.75	37.35	17.55	9.92	19.20
2006	16.82	11.53	19.26	26.57	22.87	9.24	15.78
2007	16.65	11.53	19.88	21.45	17.32	8.91	16.87
2008	17.28	10.90	19.57	29.54	17.50	8.96	17.29
2009	19.19	12.87	22.50	34.34	16.23	9.60	18.92
2010	19.03	12.88	21.49	28.96	4.50	9.53	22.87
2011	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2012	24.08	17.22	27.87	28.74	9.90	11.64	29.96
2013	24.86	18.07	28.36	36.17	14.00	12.80	32.50
Min	11.08	9.37	12.66	12.16	4.50	6.55	7.54
Máx	24.86	18.07	28.36	37.35	36.50	12.80	32.50
Media	16.45	12.52	18.91	26.10	18.33	8.88	16.79
DT	3.97	2.22	4.43	7.43	6.83	1.73	7.04

Nota: ND = No disponible

Respecto al Programa de tratamiento con derivados opiáceos (Tabla 7.69), se observa desde 1995 a 2013 una curva ascendente en casi todas las intervenciones, hasta 2007 en que comienza a notarse un descenso, incluso de la realización de urinoanálisis asignados al PTDO.

En línea con lo ya expresado en diversas ocasiones, los datos obtenidos del Programa de tratamiento con antagonista opiáceos (PTANO, Tabla 7.70) confirman que es una forma de intervención en declive, por lo que la reducción del número de intervenciones asignadas a este programa desde 1995 a la actualidad, le sitúan como un programa residual, adecuado para un porcentaje muy bajo de pacientes.

Tabla 7.69

Evolución porcentual anual del peso del PTDO según los tipos de intervención

Año	Individual	Médica	Familiar	TG	GP	U	Otras
1995	41.05	42.68	29.95	34.58	24.50	60.66	ND
1996	41.40	39.34	25.53	48.32	12.95	62.81	ND
1997	46.70	42.36	29.80	52.10	39.97	66.98	60.40
1998	54.15	47.17	39.44	54.99	50.65	73.30	66.98
1999	60.84	54.55	45.17	69.51	47.91	76.63	74.54
2000	66.66	59.96	52.37	62.85	62.58	77.10	82.73
2001	70.47	65.90	58.02	65.08	68.91	82.86	79.39
2002	70.70	70.29	61.24	56.65	65.26	84.92	77.98
2003	69.82	72.93	60.67	65.52	69.64	84.98	73.11
2004	63.94	73.10	52.95	60.78	67.73	83.03	69.56
2005	61.14	72.29	49.93	50.34	66.26	80.24	64.03
2006	60.72	72.29	49.67	56.47	61.12	78.02	67.87
2007	59.05	72.66	49.59	61.01	63.36	78.29	66.11
2008	56.41	71.30	46.70	54.31	69.77	77.39	66.64
2009	53.12	68.64	43.82	43.52	68.94	76.87	61.10
2010	53.59	66.88	45.00	49.06	89.72	77.73	55.96
2011	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2012	47.16	62.65	36.81	37.17	75.25	75.96	50.99
2013	43.99	59.04	33.54	29.48	69.83	73.85	47.98
Min	41.05	39.34	25.53	29.48	12.95	60.66	47.98
Máx	70.70	73.10	61.24	69.51	89.72	84.98	82.73
Media	56.72	61.89	45.01	52.87	59.69	76.20	66.59
DT	9.79	11.80	10.67	11.13	18.49	6.83	9.83

Nota: TG = Terapia de grupo; GP = Grupo de padres; U = urinoanálisis; ND = No disponible

Tabla 7.70

Evolución porcentual anual del peso del PTANO según los tipos de intervención

Año	Individual	Médica	Familiar	TG	GP	U	Otras
1995	22.86	29.49	25.77	30.01	35.00	21.34	ND
1996	26.08	33.72	31.92	29.66	54.82	19.98	ND
1997	22.92	31.34	31.29	17.59	27.13	17.91	17.56
1998	19.56	30.01	28.73	17.03	25.70	13.85	14.77
1999	16.29	22.17	25.59	11.76	29.36	12.87	9.50
2000	11.84	16.21	20.27	5.15	14.67	11.11	4.68
2001	8.63	12.59	15.11	4.60	11.93	6.98	3.60
2002	7.81	9.95	12.68	6.30	15.51	5.48	4.48
2003	5.73	7.27	9.34	4.62	9.33	4.65	4.91
2004	4.56	5.19	7.49	4.66	8.50	3.66	4.13
2005	3.70	4.30	6.10	1.66	7.31	2.86	2.73
2006	2.72	3.50	4.29	1.98	5.99	2.20	3.31
2007	2.36	3.23	4.18	0.92	1.92	1.98	2.05
2008	2.22	2.64	3.49	0.91	2.34	1.80	1.61
2009	1.78	2.07	3.12	2.28	1.00	1.29	1.72
2010	1.28	1.95	2.56	1.19	1.50	1.03	1.68
2011	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2012	0.90	0.91	1.50	0.06	0.00	0.99	0.47
2013	0.80	0.92	1.56	0.09	0.00	0.94	1.01
Min	0.80	0.91	1.50	0.06	0.00	0.94	0.47
Máx	26.08	33.72	31.92	30.01	54.82	21.34	17.56
Media	9.00	12.08	13.06	7.80	14.00	7.27	4.89
DT	8.69	11.91	11.18	9.60	14.99	7.04	4.92

El Programa de tratamiento con interdictores de alcohol (PTIA, Tabla 7.71), ha ido creciendo anualmente, y por tanto sus intervenciones cada vez tienen un mayor peso en relación al resto de los programas.

Tabla 7.71

Evolución porcentual anual del peso del PTIA según los tipos de intervención

Año	Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino-análisis	Otras
2003	0.68	0.53	1.37	2.48	0.25	0.02	2.42
2004	1.88	1.68	3.34	1.99	1.21	0.12	3.29
2005	2.77	2.68	4.69	5.73	1.72	0.33	4.31
2006	2.93	3.41	6.14	9.55	3.55	0.48	3.03
2007	3.58	3.74	5.59	7.12	7.18	0.54	3.01
2008	3.88	4.17	5.60	8.93	2.19	0.71	3.31
2009	4.01	4.71	6.26	11.09	2.20	0.86	3.29
2010	5.24	6.74	7.88	13.54	0.00	0.93	4.80
2011	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2012	7.30	6.75	10.13	21.06	1.98	0.98	6.24
2013	9.33	10.02	13.00	16.59	2.00	1.21	6.00
Min	0.68	0.53	1.37	1.99	0.00	0.02	2.42
Máx	9.33	10.02	13.00	21.06	7.18	1.21	6.24
Media	4.16	4.44	6.40	9.81	2.23	0.62	3.97
DT	2.56	2.78	3.31	6.03	2.02	0.39	1.32

Nota: ND = No disponible

Por último, el Programa de tratamiento de psicoestimulantes (PTDP, Tabla 7.72), circunscrito casi en exclusiva a los consumidores de cocaína, también ha ido aumentando su peso relativo entre las intervenciones de la RADG en correspondencia con el elevado consumo de cocaína que registran todas las encuestas e informes nacionales e internacionales. Sin embargo, esta curva ascendente, desde 2003, fecha de su creación, muestra una tendencia a la estabilización e incluso a la disminución, debido a la menor incidencia y prevalencia de las admisiones a tratamiento por cocaína, como se razonará más adelante, en el capítulo de discusiones.

Tabla 7.72

Evolución porcentual anual del peso del PTDP según los tipos de intervención

Año	Individual	Médica	Familiar	Terapia de grupo	Grupo de padres	Urino-análisis	Otras
2003	0.68	0.41	0.77	1.16	0.08	0.38	0.29
2004	4.04	1.93	5.53	2.36	0.91	2.82	2.01
2005	7.47	3.54	9.24	3.08	6.95	5.31	5.95
2006	10.62	5.51	12.47	4.11	6.47	8.99	5.79
2007	11.97	5.40	13.29	6.10	10.07	9.16	7.81
2008	13.46	7.17	16.65	4.80	8.05	9.85	6.68
2009	14.66	7.76	16.29	8.33	11.42	10.00	10.33
2010	14.23	8.00	15.54	6.61	4.28	9.49	10.64
2011	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2012	13.53	8.18	14.35	11.91	12.38	8.39	8.38
2013	13.50	7.59	13.51	14.86	11.67	8.83	8.66
Min	0.68	0.41	0.77	1.16	0.08	0.38	0.29
Máx	14.66	8.18	16.65	14.86	12.38	10.00	10.64
Media	10.42	5.55	11.76	6.33	7.23	7.32	6.65
DT	4.80	2.75	5.13	4.32	4.38	3.34	3.35

Nota: ND = No disponible

Por otra parte, y para concluir este capítulo, si se deseara saber el número de intervenciones realizadas desde la RADG en cada año y por cada programa, para dimensionar desde otro punto de vista el problema, se pueden consultar en la Tabla 7.73, donde se comprueba que el PTDO es el programa con un mayor número de intervenciones, seguido del PTLD, PTANO y PTDP. En cuanto al desempeño anual de los profesionales de la RADG, se observa que se ha ido incrementado desde 1995 hasta 2009, para luego experimentar un ligero descenso del 15% hasta 2013. En resumen, la media de intervenciones anuales de la RADG se sitúa en 271333, fundamentalmente de carácter individual, médico, familiar y de urinoanálisis.

Tabla 7.73

Número absoluto de intervenciones por año y por programa

Año	POA	PTLD	PTDO	PTANO	PTIA	PTDP	Total
1995	26926	25086	76850	41590	NE	NE	170452
1996	30663	23391	93437	51929	NE	NE	199420
1997	31914	26004	127010	57393	NE	NE	242321
1998	26264	28930	172643	56391	NE	NE	284228
1999	25489	26649	182718	46165	NE	NE	281021
2000	20966	30776	195776	35202	NE	NE	282711
2001	19586	25598	212243	25100	NE	NE	286537
2002	14366	30608	206382	20128	NE	NE	271484
2003	11421	34472	204377	15587	1497	1364	268718
2004	10814	36348	189553	11833	3372	8374	260294
2005	10273	36627	176987	9116	5099	15219	253321
2006	8609	31461	166640	6714	5598	21785	240807
2007	8814	32408	176254	6209	6146	24479	254310
2008	10061	37292	211667	6399	7043	32250	304712
2009	11122	44455	233265	5466	8066	37421	339795
2010	10276	43778	228132	4362	10335	35444	332327
2011	11079	44372	211401	3844	11762	30272	312730
2012	11478	48869	175659	2683	12284	28002	278975
2013	13206	54875	174204	2741	16551	29684	291161
Total	313327	661999	3415198	408852	7978	264294	5155324
Min	8609	23391	76850	2683	1497	1364	170452
Máx	31914	54875	233265	57393	16551	37421	339795
Media	16491	34842	179747	21519	7978	24027	271333
<i>DT</i>	7993	8871	41545	19968	4397	11426	40942

Nota: NE = No existía

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

La droga es el producto ideal...La mercancía definitiva. No hace falta literatura para vender. El cliente se arrastrará por una alcantarilla para suplicar que le vendan...El comerciante de droga no vende su producto al consumidor, vende el consumidor a su producto. No mejora ni simplifica su mercancía. Degrada y simplifica al cliente.

William Burroughs

En este Capítulo de Discusión, se procederá a valorar e interpretar los resultados de la investigación, seleccionando aquellos aspectos más importantes de la evolución asistencial de las drogodependencias en Galicia, que a la luz de los datos empíricos obtenidos, se convertirán a la postre, en el resumen del estado actual del problema.

Antes de analizar los datos obtenidos y de desarrollar la discusión de cada uno de los apartados del capítulo anterior, se expondrán, para comprender mejor a Galicia, algunas de sus características más importantes, así como la relación que guardan con el resto de España y con Europa. Así, Galicia cuenta con una población de 2772928 habitantes, con un saldo poblacional y migratorio negativo de 10706 y 2833 personas por año, respectivamente. La tasa de actividad es del 53.8%, la de paro del 21.7%, y los afiliados a la Seguridad Social son 918806, según datos del Instituto Gallego de Estadística, para 2014. Los ingresos medios por hogar son de 1906 euros/mes, y la tasa de riesgo de pobreza alcanza al 16.45% de la población.

Otros datos interesantes, en relación a la educación, es que hay 388550 estudiantes no universitarios, y 59638 realizando enseñanzas universitarias. En cuanto a la salud, la

esperanza de vida al nacer es de 82.59 años, Galicia cuenta con 5843 médicos colegiados, y existen 2721514 habitantes con derecho a la prestación farmacéutica del Sergas. De este dato se concluye, que al menos 27181 que no disponen de ella, de los cuales un porcentaje corresponde con el perfil de los pacientes drogodependientes.

En cuanto al valor relativo de la población de Galicia respecto de la de España y la de Europa teniendo en cuenta que tienen 46815916 y 505352186, de habitantes respectivamente, supondría el 5.96% de la población española, y el 0.55% de la población europea

. Por tanto, estos valores servirían para comprobar si se mantiene la misma correspondencia en indicadores como admisiones y readmisiones a tratamiento, tipo de droga de consumo, variables sociodemográficas, variables de salud o variables de tipo legal.

En esta discusión, se intentará hacer hincapié, sobre todo, en lo referente a Galicia, que es el objeto fundamental del estudio, pero también se buscará comparar sus datos con referentes del entorno, como son España y la Unión Europea. Sin embargo, esto no resultará posible hacerlo en todas las variables, ya que aunque algunas son comunes, otras son registradas por cada territorio de manera particular y un buen número de ellas son exclusivas del Sistema de Evaluación Asistencial (SEA-GECEAS) de Galicia. Por ejemplo, hay cierta comunalidad en algunas variables sociodemográficas, de consumo de drogas y de salud, pero en relación a las variables de tipo legal, no resulta fácil encontrar datos españoles o europeos comparativos con los de Galicia, que por otra son recogidos desde el GECEAS de forma prolija. Esto ha sido así, por razones históricas y por la importancia que se ha dado en Galicia, desde las autoridades sanitarias, a la relación entre el consumo de drogas y la actividad delictiva.

Para mantener una coherencia argumental, la discusión seguirá el mismo índice del Capítulo 7, Datos empíricos, donde básicamente se comienza creando una fotografía de nuestros pacientes definiendo sus variables sociodemográficas, a continuación se discuten las variables relacionadas con el consumo de drogas, para más tarde analizar las repercusiones de este consumo sobre su salud y sobre los problemas judiciales y legales que haya podido provocarles.

8.1. Variables sociodemográficas

8.1.1. Sexo

Por lo que se refiere a la variable sexo, los resultados de Galicia corroboran que la ratio varón/mujer, de 6:1, se mantiene con el paso de los años. Incluso en el resto de España y en los informes de la Unión Europea, como se expuso en diferentes apartados de los capítulos 3, 4 y 5, se observa ese porcentaje constante en torno al 20% mujeres y 80% varones (PNSD, 2014; OEDT, 2014). En España, en 2011, como en años anteriores, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones, es decir, el 84.2%. En cualquier caso, los datos también indican que el consumo reviste una mayor gravedad en los varones, puesto que son además los que consumen una mayor variedad de sustancias, llegando a iniciarse también en el uso de cocaína y drogas de síntesis, frente a las mujeres que en su mayoría suelen consumir sólo tabaco, alcohol y cannabis (Contreras, Molina y Cano, 2012). Por ejemplo el sexo de los que comienzan tratamiento por consumo de heroína en España en 2011 es de 15.8% mujeres, y en Europa en 2012, se distribuye en 21% mujeres y 79% varones y el de cocaína el 16% mujeres y 84% varones.

Aunque según todas las encuestas del PNSD, como EDADES o ESTUDES, informan que la mujer española y gallega, se ha incorporado al consumo de tabaco, alcohol, y cannabis de una forma importante, sin embargo no desarrolla pautas de consumo compatibles con el abuso o la dependencia que conducirían al inicio de un tratamiento, como en el caso de los varones. Las adicciones que conllevan un tratamiento, siguen siendo, como, por ejemplo, en el caso de la población penitenciaria, un problema fundamentalmente masculino.

8.1.2. Edad

Las drogas, especialmente las ilegales, ya no son exclusivas de la gente joven. La edad media de los pacientes en los centros de drogas no cesa de aumentar, no tanto por las nuevas admisiones, sino por las readmisiones de pacientes que acuden de nuevo a la red, muchos de ellos antiguos pacientes de heroína y metadona, que contribuyen a elevar la media. La edad media de los que comienzan tratamiento hoy en día es muy parecida en Galicia (35.69 años), España (36.7 años para los que realizan tratamiento previo y 30.3 para los tratados por primera vez) y Europa (36 años para heroína y para cocaína). Se constata que la edad media en Galicia, por ambos conceptos es superior a la del resto de España, en 2.29 años. La media de edad de las personas admitidas en España varía en función de la droga principal. Así, la edad media de las personas admitidas por heroína fue de 39.3 años, por hipnosedantes 38.6 años, por cocaína 33.9 años y por cannabis 25.3 años.

Pero esta media de edad no representa tampoco la de la gente que está a tratamiento en los centros y que nunca lo abandonó, un ejemplo claro serían los pacientes crónicos del PTDO, que contribuirían, si se tuvieran en cuenta, a aumentar aún más la media de edad de los pacientes a tratamiento.

Aquí se encuentran habitualmente pacientes cuya edad está en la franja de los 50 a 60 años, o más, por lo que entre 2020 y 2030, nuestros centros deberán prestar además un tipo de atención gerontológica a un importante colectivo de pacientes de la tercera edad.

Otro factor de incremento de la edad es la incorporación a la RADG de un mayor número de pacientes alcohólicos, cuya edad de inicio de tratamiento siempre se ha caracterizado por ser mayor que en los de las drogas ilegales. A día de hoy se puede hacer una estimación de que puede haber unos 1790 pacientes en Galicia, en esta situación. Esto se ve amplificado si tomamos en cuenta sólo los datos de 2013, donde el porcentaje de mayores de 51 años llega al 9.1% frente al obtenido en el período 1995-2013 que era del 3.78%. Por el contrario, la incorporación de un número creciente de consumidores de cannabis, ha contribuido a disminuir la edad media de los pacientes, que de lo contrario sería aún más elevada.

8.1.3. Estado civil

Se observa una tendencia hacia la disminución de casados, lo cual corresponde con la situación general del país, donde a la gente joven le resulta cada vez más complicado casarse debido a factores de inestabilidad e incertidumbre en el empleo. El porcentaje de viudos nos puede indicar que la causa del fallecimiento del cónyuge ha tenido que ver con el consumo de drogas. En este sentido, se han encontrado 984 viudos/as, cuyas parejas han podido fallecer, en gran parte, por sobredosis, VIH, etc.

Desde el punto de vista clínico, el drogodependiente tiene más dificultades de lo que la gente cree para mantener relaciones estables de pareja. La falta de autoestima, provocada por la propia adicción, por la situación de desempleo, por los problemas de salud, por su imagen física, etc., facilitan la tendencia a una vida en solitario.

En cuanto a los resultados obtenidos en el subapartado de pareja drogodependiente, son estables, no ofrecen grandes variaciones. Sin embargo, este 14.81% es un porcentaje a tener en cuenta respecto de los que no tienen pareja drogodependiente (52.13%). Se observa una tendencia a la disminución desde 2001, que coincide con el cenit de la heroína en Galicia, droga que históricamente ha propiciado las relaciones de pareja entre adictos. Se trata de una variable que puede proporcionar información tanto sobre la vida emocional de los pacientes, como sobre las posibilidades de rehabilitación, habida cuenta de que a priori ésta resulta más complicada que cuando la pareja no es drogodependiente. En este sentido, es habitual que ambos miembros se encuentren a tratamiento en el mismo centro, y en ocasiones, sobre todo cuando participan exitosamente en programas de metadona, la evolución de ambos es positiva, pero en otros muchos casos, la existencia de pareja adicta, dificulta, complica o imposibilita la rehabilitación definitiva.

8.1.4. Número de hijos

El número de hijos es un valor que añade información sociodemográfica sobre los usuarios, de forma que se puede comparar el número de hijos con los de la población general, y extraer conclusiones sobre el grado de influencia del consumo de drogas sobre la motivación de logro personal, en otras palabras, la autonomía económica que resulta necesaria para la formación de parejas estables o para la programación de la descendencia. En España, según datos de INE (2014), la forma de convivencia más común de las personas entre 35 y 64 años es vivir en pareja (73.7%). Así un 57.3% conviven en pareja con hijos, seguido de un 16.4% que conviven en pareja sin hijos.

Paternidad y drogodependencia, un binomio sobre el que siempre se ha discutido si es compatible o no. ¿Es posible ejercer una paternidad responsable padeciendo uno de

los padres, o los dos, una adicción? Lo cierto es que la práctica clínica nos dice que suele ser incompatible. Los pacientes con hijos, es común que deleguen sus funciones en otras personas del entorno: el otro progenitor, los abuelos, la familia extensa o las instituciones de acogida. La excepción puede venir, cuando se encadenan una serie de factores facilitadores: realizar un proceso de rehabilitación sin mácula, disponer de un puesto de trabajo, contar con familia de apoyo, etc. Muchos pacientes apenas tienen contacto con sus hijos, otros no les ven jamás, algunos se citan en puntos de encuentro, y por último, la paternidad de otros está siendo supervisada desde los Servicios de Menores o desde los Programas de Educadores de Familia de la Xunta de Galicia. Todas estas dificultades demuestran lo grave que supone padecer una adicción, así como la incapacitación que provoca en muchos aspectos de la vida.

8.1.5. Nivel de estudios

Esta variable nos permite conocer la evolución experimentada en relación al nivel máximo de estudios alcanzado por los usuarios. Por ejemplo, si partimos del hecho de que en la década de 1980 los jóvenes consumían drogas por curiosidad, para estar a la moda, por ser más modernos, etc., desconociendo los riesgos que corrían, es de suponer que, después de años de instaurar programas de prevención en centros escolares, el consumo de drogas debería influir menos sobre el riesgo de fracaso escolar y por lo tanto el nivel académico, debería ser superior en la actualidad. Igualmente, un menor nivel de estudios nos indicaría que esas personas, procedentes con frecuencia de familias desestructuradas y deprimidas social y económicamente, buscarían en las drogas una forma de resolver los problemas o al menos, de olvidarlos, y por tanto no existirían variaciones importantes durante el período de estudio. Igualmente, se podría pensar que a mayor nivel académico mayor capacidad personal de autorregulación y de autocontrol y por lo tanto menor

posibilidad de generar una adicción. Si comparamos los datos de Galicia con los de España y con los de la población de drogodependientes que iniciaron tratamiento en 2013, los resultados son los que a continuación se exponen (Tabla 8.1.).

En el año 2012, en España, el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que ha completado el nivel de estudios secundarios de 2ª etapa (69.1%) es superior al de hombres (56.7%). En comparación con el año 2008, el porcentaje de población joven que alcanza este nivel educativo se ha elevado, tanto en mujeres como en hombres. Los valores de la UE-28 son significativamente más altos que los de España. En el año 2012 en la UE-28 el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años con nivel de estudios secundarios de 2ª etapa era del 83.0% y 77.6% el porcentaje de hombres. Por tanto, se vuelve a poner de manifiesto el problema que tenemos con la educación secundaria y la educación secundaria superior, puesto que a nivel universitario España y Galicia están por encima de la media de Europa.

Por tanto, donde hay que trabajar es en esos niveles educativos intentando reducir el número de personas que tienen sólo educación secundaria y aumentando la población con educación secundaria superior, que es donde realmente se está lejos de la media europea. Uno de los objetivos de la Unión Europea establece que el 80% de los ciudadanos de un país tenga un nivel educativo equivalente al Bachillerato o la Formación Profesional. Se comprueba un cambio de tendencia donde ya hay más titulados superiores que personas con estudios primarios.

Los estudios básicos predominan en las personas mayores y por tanto en los drogodependientes de mayor edad. Conforme la gente de más edad va muriendo, el porcentaje de población más formada, en España, aumenta. En cuanto a los jóvenes, se produce una estructura de reloj de arena, con muchos universitarios y con muchas personas con baja cualificación, pero con poca gente con formación de nivel medio.

En la Tabla 8.1, observamos que los drogodependientes del estudio, tienen porcentualmente más estudios primarios o analfabetismo, menos estudios de secundaria y de manera evidente menos estudios universitarios que el resto de la población de Galicia y de España. Sin embargo comparándoles con los drogodependientes de España, tienen un nivel mayor de instrucción los pacientes gallegos, aunque la tasa de estudiantes universitarios es exactamente igual (4.30%) para ambos grupos.

Tabla 8.1

Nivel de estudios alcanzado por la población de España, Galicia y sujetos del estudio

	Población General		Drogodependientes	
	%		%	
	España	Galicia	España	Galicia
Hasta Enseñanza Primaria	26.80	29.00	35.22	46.80
Secundaria 1ª, EGB, ESO, FPI	26.50%	30.10	44.37	48.40
Secundaria 2ª FPII, BUP, COU	20.30%	17.00	15.68	
Estudios Universitarios	26.00	23.80	4.30	4.30

Un dato, a tener en cuenta, que ofrece el PNSD (2014), es que el nivel de estudios va mejorando paulatinamente, a pesar de que algún tipo de droga, como la heroína, influye más negativamente sobre la actividad académica. Así, en 2011, solamente el 53.1% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 48.4% de los admitidos por cannabis tenían completos sus estudios secundarios.

Por otra parte, el descenso de la tasa de abandono escolar temprano, se debe a que la crisis ha forzado a los jóvenes a seguir estudiando. Según datos extraídos a partir de la última EPA, la tasa nacional de abandono escolar temprano se encuentra en el 23.5%, aún muy por encima de la media europea, que en 2011 se situaba en el 11.6% para las mujeres y en el 15.5% para los hombres. De acuerdo a la última EPA, elaborada a partir de 180.000 entrevistas personales, la brecha educativa generacional también es patente. Así, el 71% de los analfabetos y el 65% de las personas con estudios primarios se

concentran en la población de más de 60 años. En cambio, dos de cada tres universitarios tienen entre 25 y 49 años. En resumen, para la población de drogodependientes de Galicia se pueden extraer las siguientes conclusiones:

El porcentaje de pacientes que sólo han alcanzado como mayor nivel académico el de educación primaria, incluido el analfabetismo, es superior al de la población general de Galicia y España.

La recogida de datos respecto a la educación secundaria, es compleja, no resultando muy fiables por la deficiente formación o información de los pacientes, por la confusión con los diferentes planes de estudios, que dan por finalizados estudios que no lo han sido, etc.

Resulta sorprendente, sin embargo la diferencia en el nivel de estudios universitarios, donde claramente los drogodependientes con estudios superiores (4.30%) están muy por debajo de la población de España (26%) o Galicia (23.8%).

Es evidente que el consumo de drogas repercute sobre la motivación de logro académico, lo que provoca un abandono escolar prematuro, una formación más deficiente y por tanto una menor capacidad para competir en igualdad de condiciones, por ejemplo, en el mercado de trabajo, con el resto de la población. También era común el bajo nivel educativo alcanzado en Europa. (OEDT, 2014).

Un grupo a tener en cuenta son los universitarios, ya que el consumo de drogas en los campus es alto en todos los países, lo cual pone en peligro la salud de los estudiantes, así como su rendimiento académico. Para evitarlo deben diseñarse tanto programas preventivos como asistenciales, en salud mental y en drogodependencias (Laudet, Harris, Kimball, Winters y Moberg, 2015).

8.1.6. Fuente de ingresos

Nos interesa saber cómo ha evolucionado la fuente de ingresos entre los usuarios de drogas de Galicia durante estos años, es decir, poder conocer el grado de autonomía, o de independencia de su familia y de las instituciones. También podemos comparar el porcentaje de desempleo entre los usuarios de drogas, comprendidos entre una franja de edad, y el resto de la población gallega o española, de la misma franja.

A la vista de los resultados se pueden extraer las siguientes conclusiones: en primer lugar, que los pacientes que dependen de una actividad laboral o de la ayuda de sus familias no ha experimentado grandes variaciones en estos últimos 19 años. Sin embargo durante 2012 (29.5%) y 2013 (27.3%) se observa una disminución importante de la actividad laboral respecto al resto de los años, y sobre todo respecto de los momentos de crecimiento económico 2005-2008, con un 43% de actividad laboral.

En segundo lugar, ha disminuido de manera importante el número de pacientes cuya fuente de ingresos procedía de actividades marginales (venta de drogas, hurtos, mendicidad, etc.). Esto es debido a la suma de varios factores: disminución de la incidencia de consumo de heroína, aumento y generalización de los programas de metadona, incremento y expansión de las prestaciones sociales (renta de inserción social, pensiones no contributivas, etc.) y apertura de numerosos programas de exclusión social y de reducción del daño (albergues municipales, comedores sociales, centros de calor y café, etc.), como se expuso en el apartado 4.6 Drogodependencias y exclusión social en Galicia.

En tercer lugar también se observa que se ha duplicado el número de usuarios que dependen de una prestación por desempleo, lo cual se debe a las políticas gubernamentales, que además de extender la prestación, han autorizado diversas

prórrogas con el fin de evitar situaciones dramáticas de pobreza, y de estallido y exclusión social.

En cuarto lugar, se comprueba el importante aumento de las personas que dependen económicamente de alguna prestación social, pasando en 2015 del 5.92% al 15.75% en 2013. Se podría hacer una estimación, sobre el 11.42% de media, de que en Galicia podría haber alrededor de 5400 pacientes percibiendo alguna de estas ayudas. Teniendo en cuenta el intervalo de edad, entre los 25 y 50 años, nos damos cuenta que el porcentaje de subsidiados es muy alto respecto a la población general. El consumo de drogas debilita y hace que las personas tengan un rendimiento menor, justo en unas edades donde la productividad sería la más alta en la vida de cualquier persona. Esto supone además de un problema económico de primera índole para un país, una descapitalización de las personas que tendrían que contribuir con el esfuerzo y el conocimiento a su desarrollo.

En quinto lugar, si según datos del Instituto Gallego de Estadística (IGE), la media de ingresos por hogar en Galicia, es de 1906 euros mensuales en 2012, es evidente que la población de drogodependientes está muy por debajo de dicha cifra. Es más, la mayor parte de ellos, podrían estar incluidos dentro de la tasa del 16.45% de riesgo de pobreza. Con un bajo nivel de ingresos, una salud deteriorada, una problemática judicial añadida y una adicción pendiente de resolver, resulta muy complicado hacer proyectos, establecerse metas y por lo tanto poder completar su proceso de incorporación social.

8.1.7. Actividad laboral

Sirve para explicar hasta qué punto el consumo de drogas influye sobre la actividad laboral, sobre el desempleo general o el de larga duración, sobre la incidencia en la obtención de minusvalías o incapacidades, etc., estableciendo comparaciones con la

población general. Esta variable amplía la información que nos da la anterior y se complementa con ella. Respecto a la actividad laboral se observan escasas diferencias entre los pacientes que trabajan de Galicia (27.31%) y de España (29.3%). Respecto de los parados que nunca han trabajado los datos son 8.75% y 6% respectivamente, y de los parados que han trabajado antes, un 41.13% en Galicia y un 40.7% en España. Aunque las diferencias no son importantes, se observa que los pacientes gallegos tienen más dificultades para acceder al mercado laboral que los españoles.

Si introducimos datos de Europa, en 2012, expuestos en el apartado capítulo 2, aproximadamente la mitad de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado por drogodependencia en Europa estaban desempleados, 47%. Por ello, es fundamental dar una respuesta eficaz al problema del acceso a un puesto trabajo, viéndose además complicado por las elevadas tasas de desempleo entre la población general (CEPES, 2013) y convertir el emprendimiento social como una parte esencial de la economía social (Triper, 2015).

Se puede concluir que la población de drogodependientes desocupada es muy importante, por lo que es necesario implementar políticas de incorporación sociolaboral para este colectivo, que a su vez ostenta unas cifras de dependencia de las instituciones (pensiones, rentas sociales, etc.) inaceptables en comparación con la población general de la misma edad. Por otra parte, el aumento de estudiantes, se debe sin duda a varios factores: al incremento de inicios de tratamiento por cannabis y cocaína, a la disminución de inicios de tratamiento por heroína, tradicionalmente una droga más incapacitante, y la reducción de expectativas de trabajo, lo que provoca la decisión de mantenerse estudiando.

8.1.8. Tipo de convivencia

El factor consumo de drogas hace más dependiente a la gente, a lo que hay que añadir la crítica situación socioeconómica por la que atraviesa Galicia y España durante los últimos años. Se analizará cómo ha influido esta la crisis económica y el alto nivel de desempleo entre los jóvenes, y cómo ha limitado sus posibilidades de emancipación y de crecimiento personal y generacional.

A la vista de los datos, se concluye, que está cambiando el modelo de familia en Galicia, como también está cambiando en España, donde el número de hogares sigue ascendiendo, llegando a 18.2 millones en julio de 2013, un 0.7% más que en el último Censo de Población y Viviendas 2011. Los hogares en los que reside una pareja con o sin hijos son los más frecuentes. Por tamaño, los más frecuentes son los que tienen dos personas, un 30.5% del total, seguidos de los unipersonales (24.2%), aunque la población incluida en estos últimos sólo supone el 9.6% de la población total.

En España, el número medio de miembros del hogar ha disminuido considerablemente durante los últimos 40 años, pasando de casi cuatro personas por hogar en 1970 a 2.53 en julio de 2013. Si observamos la evolución en el número de hogares y en su distribución por tamaños, entre 2002 y 2014 se aprecia cómo los hogares más pequeños (1 o 2 personas) siguen creciendo a diferencia de los de mayor tamaño que ya empiezan a decrecer: los de 3 y 4 personas comenzaron a descender en 2012, mientras que los más grandes (5 o más personas) mantienen su tendencia decreciente desde hace años.

En Galicia, el modelo matriarcal que acogía al paciente en cualquier condición, está dejando de existir, en gran parte por el propio declive vegetativo de los padres (fallecimiento, ancianidad, etc.), como por el cansancio acumulado durante, derivado de

la resistencia ante la enfermedad crónica de sus hijos y que llegado el momento ha tenido como consecuencia la exclusión del hogar familiar. Esta nueva situación, donde alrededor de 7000 pacientes pueden estar viviendo solos en Galicia, genera unas nuevas necesidades que los servicios sociales y sanitarios deben tener en cuenta a la hora de programar sus políticas de intervención sociosanitaria.

Los datos del INE (2014), dicen que en España, respecto a la forma de convivencia de los jóvenes, uno de cada tres de los 6.35 millones entre 25 y 34 años todavía no se ha emancipado. El 32.8% vive con sus padres o con alguno de ellos, mientras que en la población de drogodependientes de Galicia es de 43.32 años en 2013, y 47.4 años de media 1995-2013. Este porcentaje, en España, aumenta al 48.5% entre los más jóvenes, entre 25 y 29 años.

Los jóvenes en España que viven solos son 616300 (un 9.7% del total), mientras que en la muestra del presente estudio en Galicia llega en 2013 al 15% y en los datos del PNSD al 12.1%. Sin duda, esta diferencia con la población general es debida, al deterioro sufrido por la estructura familiar a causa del consumo de drogas de uno de sus miembros. Respecto a la convivencia con pareja y/o hijos los datos nacionales y autonómicos son similares, y en cuanto al hecho de vivir con la familia de origen, es superior en Galicia con el 43.32%, que en España con el 40.9%.

8.1.9. Tipología de residencia

Esta variable sirve para medir el grado de normalización de la población de drogodependientes respecto de la del resto de ciudadanos. Los datos obtenidos permiten analizar las fluctuaciones experimentadas a lo largo de los años en cuanto al tipo de residencia donde habitan. Cuanto más se resida en viviendas convencionales, o en un domicilio propio, en principio menos riesgo de marginalidad existe. En los últimos diez

años se ha producido un cambio social basado en diversos fenómenos: por un lado la cada vez menor presencia de las familias en los centros de tratamiento. El tradicional y conocido matriarcado de la sociedad gallega, ha dejado de estar presente. Si hubiera que buscar una explicación, sería debido al envejecimiento y al fallecimiento de los propios padres.

Los datos de España y Galicia no son muy diferentes, ya que el 84.9% y 89.5% de los usuarios viven en pisos o viviendas más o menos convencionales. Hay diferencias entre ambos territorios en los que se encuentran internados en prisión, donde las cifras de Galicia son casi la mitad (3.66%) que en España (7.1%). Se percibe un ligero aumento en Galicia (3.2%) de los que tenían un alojamiento precario o inestable (homeless) respecto de España (2.6%). Si tenemos en cuenta datos de Europa, en 2012, casi uno de cada diez, el 9%, carecía de vivienda estable. Resulta interesante observar que vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable fue mucho más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (23.2%) que entre los admitidos por cánnabis (7.1%) o cocaína (8.9%), sucediendo lo contrario con la proporción de pacientes que viven con la familia de origen o la propia.

Habría que destacar, según estos datos, que aproximadamente 2400 pacientes de Galicia viven en alojamientos precarios, en muy malas condiciones de higiene y de servicios básicos (agua, electricidad, etc.). Esta es una cuestión pendiente de resolución, puesto que de ellos depende en gran medida la calidad de vida y la seguridad de las poblaciones y especialmente, de las ciudades de Galicia.

8.2. Variables relacionadas con el consumo de drogas

8.2.1. Presencia de tratamiento previo de la drogodependencia

Analizando los datos, se comprueba de nuevo que la drogodependencia es un trastorno crónico, y que lamentablemente los afectados realizarán a lo largo de su vida numerosos tratamientos para conseguir su rehabilitación. Este dato también servirá a los equipos profesionales para organizar mejor su trabajo y para planificar las consultas teniendo en cuenta el aprendizaje acumulado previamente (centros, programas, intervenciones, profesionales, actividades, talleres, etc.) por los pacientes.

Resulta fundamental para realizar un correcto abordaje del problema, que el acceso al tratamiento cuente con el menor número de trabas posibles, teniendo en cuenta que la drogodependencia aún cuenta con un estigma social que no la hace fácilmente normalizable. Por ello los servicios de atención deben permanecer abiertos el mayor número posible de días y horas por semana, reducir el tiempo medio de espera para la primera cita, y las citas de seguimiento. Por otra parte, hay que evitar la discriminación de este tipo de paciente por parte de los profesionales de los servicios de salud, mejorando su formación y aumento el tiempo de atención. Pero los problemas no solo provienen de los profesionales, también los pacientes boicotean su propia recuperación, negando su adicción, y sosteniendo pensamientos negativos sobre los centros y los tratamientos. (Gilchrist, Fonseca y Torrens, 2011; Magidson, Wang, Lejuez, Iza y Blanco, 2013).

En cualquier caso, la evidencia nos dice que con el paso del tiempo, con el envejecimiento de los pacientes, con la proliferación de los centros de tratamiento y con las facilidades para su accesibilidad, es absolutamente normal que los pacientes hayan realizado algún tratamiento previo por su problema. Sin embargo esta es una variable que no resulta fácil medir, por varias razones: la información de los pacientes no es precisa,

hay olvidos selectivos o no intencionados, no se facilita falta de tiempo para que el paciente haga recuento de sus experiencias terapéuticas, etc. Por tanto, puede deducirse que los datos están infranotificados e infravalorados, dándose por hecho que la frecuentación de tratamientos es superior a los resultados obtenidos.

8.2.2. Tipo de demanda de atención

Además de establecer relación entre la demanda y la droga consumida, también nos permite obtener información para diseñar las políticas asistenciales más adecuadas para cada momento. Los resultados son compatibles con la evolución de las drogodependencias durante los últimos años. Así, con el descenso del consumo de heroína, es lógico que disminuya de forma rotunda las solicitudes de desintoxicación, ya que el síndrome de abstinencia, con mayúscula, se atribuye principalmente, entre las drogas ilegales, a la heroína. Tanto a nivel domiciliario, como hospitalario, las desintoxicaciones clásicas, con una pauta de medicación protocolizada para ello, supervisadas por familiares o por profesionales sanitarios, se han reducido de manera muy importante. Por otra parte, en el año 2000 se alcanzó el mayor porcentaje de demanda de metadona (48.51%) entre los que iniciaron o reiniciaron tratamiento en la RADG, frente al 18.49% de 2013. Respecto al aumento de la demanda de psicoterapia, hemos pasado del 6.80% en 1995 al 26.75% en 2013. Esto se debe fundamentalmente al aumento de los inicios de tratamiento por cocaína y cannabis, sustancias que no disponen de un agonista o antagonista específico, y que por lo tanto el abordaje desde la práctica psicoterapéutica resulta imprescindible.

8.2.3. Fuente de la derivación

Esta variable nos indica cuál es la forma de acceso de los usuarios a la RADG. Según el tipo de derivación se puede saber si realmente las diferentes instituciones sanitarias y de servicios sociales están actuando de manera coordinada o si el modo de acceso depende más de otras variables o motivaciones personales.

Los pacientes siguen informando en su mayoría que acuden a tratamiento, por voluntad propia, si bien es una afirmación que no se contrasta lo suficiente, por lo que de profundizar en ella, se extraería otra realidad bien distinta. En general se puede concluir que a mayor severidad del problema adictivo, lo que en argot se denomina enganche, mayor posibilidad de que el paciente acuda por iniciativa propia. Esto se vio claramente durante los años de la generalización del acceso a los programas de metadona, todo el mundo deseaba no experimentar el síndrome de abstinencia, y el boca a boca hizo que muchos pacientes tomaran contacto por este motivo con la RADG.

Comparando cada variable de la fuente de derivación, no se aprecian grandes diferencias entre España y Galicia, siendo los más representativos y con porcentajes similares, las de iniciativa propia, familiares o amigos, centros de drogodependencias, centros de salud y servicios legales o policiales.

Por otra parte, la presión externa de los allegados, suele venir por parte de la familia, que en ocasiones acude a los centros, sin el paciente, para informarse y para recibir algún tipo de instrucción sobre la manera de convencer al afectado para que acuda a consultar su problema. En cuanto a la derivación desde otros centros de drogodependencia, cada vez es más frecuente. El hecho de trabajar en red, facilita la derivación intercentros de los pacientes para programas por ejemplo, de Comunidad Terapéutica, de Centro de Día, de Pisos Terapéuticos, etc. También la creciente movilidad

social, por trabajo o vacaciones, hace que en algunas épocas del año se incrementen de manera importante estas cifras. Por último, es notable el aumento de las derivaciones procedentes de otros servicios de salud aunque todavía insuficiente, ya que la cifra debería ser aún mayor. Se ha constatado, que después de treinta años de la existencia de la red asistencial del PGD, todavía hay profesionales sanitarios que no saben qué hacer cuando detectan una potencial adicción. Hay que seguir realizando esfuerzos por ambas partes, para potenciar el conocimiento mutuo.

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, casi la mitad (32%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia, o fueron estimulados por sus parientes o amigos (12.9%). El sistema público de salud derivó a tratamiento aproximadamente un tercio de los admitidos (27%). Estos datos son realmente muy parecidos a los obtenidos para Galicia.

8.2.4. Droga principal de consumo

Esta es una variable de primer orden para analizar con el paso del tiempo las tendencias de la población en el consumo de drogas, y especialmente entre los más jóvenes. Cada droga tiene un tratamiento de elección más eficaz, por lo que para programar una asistencia eficiente es preciso disponer de unos profesionales formadas en las técnicas terapéuticas más adecuadas para un abordaje más eficiente. Igualmente, es análisis de esta variable, nos facilitará comparar el tipo de drogas consumidas en Galicia, en relación con otras CCAA de España, o con otros países, especialmente europeos. Además de para el tratamiento, los datos obtenidos pueden servir para que las Administraciones Públicas puedan diseñar mejor sus políticas asistenciales y de prevención en la oferta, es decir, todo lo que tiene que ver con la lucha en general contra el narcotráfico.

A la hora de analizar este apartado se tendrán en cuenta una serie de cuestiones: existen dificultades para obtener datos homogéneos de los tres territorios (Galicia, España y Europa) como para poder establecer comparaciones absolutamente fiables, no siempre se recogen los datos de la misma forma, y existen países y zonas geográficas de esos países que no notifican con la puntualidad necesaria.

Los datos de este apartado se refieren a drogas ilegales, ya que en España y Europa se hace una especial distinción de los tratamientos iniciados por drogas ilegales a los comenzados por drogas legales como el alcohol

Los datos demográficos, en 2012, de los tres territorios a comparar: Galicia (2772928 habitantes), España (46815916 hab.) y Europa (Unión Europea, 505352186 hab.)

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, 80 millones de personas, han consumido drogas ilegales en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos se trata de cannabis, 73.6 millones, cocaína 14.1 millones, anfetaminas, 11.4 millones y éxtasis, 10.6 millones.

Realizando un análisis, ya expuesto teóricamente en los capítulos 3, 4, y 5, de las sustancias que provocan mayor número de admisiones a tratamiento en Galicia, España y Europa, se pueden formular las siguientes discusiones:

8.2.4.1. Heroína

Resulta evidente, y es para celebrarlo, que a pesar de que existe producción, tráfico, venta y decomisos de heroína en toda Europa, sin embargo, no se traduce en el aumento de los inicios de tratamiento por esta sustancia. Si los nuevos consumidores la usan, sin duda lo hacen con más moderación o control, de manera que evitan un síndrome de

abstinencia que tarde o temprano les conduciría a una UAD/UCA para desintoxicarse o para comenzar un programa de metadona.

En Europa, la heroína está en declive, pero son motivo de preocupación las sustancias de sustitución ya que debido a ellas han aumentado el número de muertes por sobredosis que se habían reducido por el consumo de heroína. La estimación es que existen en Europa 1.3 millones de consumidores problemáticos de heroína.

Los consumidores de opioides, sobre todo heroína, como droga principal representaron el 45.5 % de los 383175 pacientes que iniciaron tratamiento especializado en 2012 en Europa, es decir, 174345 pacientes, y supusieron el 26% de los que iniciaron tratamiento por primera vez. En general, se ha reducido la iniciación en el consumo de heroína y esto lógicamente, repercute sobre la demanda de tratamiento, al que accedieron un 79% de varones y un 21% de mujeres, con una edad media del primer consumo de 22 años y de 36 años al comienzo del tratamiento. También, destacar que el 44% la consumían de manera inyectada y que el 53% lo hacían a diario (OEDT, 2012,2014).

En España, el número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 14925, un 29.70% en 2011, lo que supone el valor más bajo desde que se inició el registro de este indicador. En Galicia, para el mismo período comenzaron tratamiento 1219 personas, que representan un 32.65% del total de admisiones a tratamiento. Por tanto se puede observar que hay mayor prevalencia del consumo de heroína en Galicia que en España, con un 5% de diferencia. Respecto, no a las admisiones a tratamiento, sino al volumen asistencial, en 2012 en España, fueron atendidas 146790 personas, en 527 centros ambulatorios y se estima que el 33% de estos pacientes han sido atendidos por problemas con el alcohol, es decir, 48543 usuarios, y el 67% por consumo de otras sustancias psicoactivas, siendo, el 30% por problemas con los opiáceos, el 21% por cocaína y el 12% por problemas con el cánnabis.

En Galicia fueron 1028 pacientes y supusieron el 36.09% del total de admisiones y readmisiones de 2012 por drogas ilegales, que fueron 2848 casos y 3697 casos incluyendo el alcohol. Teniendo en cuenta todas las sustancias, legales e ilegales, el porcentaje de admisiones a tratamiento por heroína en Galicia supondría el 27.81%, es decir una cifras alejadas del 46% europeo. La interpretación que se puede hacer es que el problema de la heroína en Europa sigue siendo a día de hoy más importante que en Galicia, donde las cifras se han estancado en las admisiones a tratamiento en función de unas tasas altas de pacientes incluidos en programas de sustitución con metadona, en el que, en muchos casos, permanecen en ellos de forma crónica, y al recuerdo de los efectos devastadores de la heroína desde 1980 a 1990, que ha quedado en la mente de la población y de los jóvenes españoles, y que la han situado como una sustancia desprestigiada. En Galicia, el hecho de que aunque disminuya, la heroína siga siendo la primera droga motivadora de inicios de tratamiento, se debe fundamentalmente a las readmisiones, es decir, a los pacientes crónicos que bien por haber obtenido un alta terapéutica o por haberlo abandonado el tratamiento, al experimentar una recaída solicitan uno de nuevo. Estas cifras, 28.47% en 2013, están influidas por el trasiego o fluctuación de los pacientes que entran, salen o son derivados de los PTDO.

Teniendo en cuenta los datos anteriores de población en 2012 de la Unión Europea, España y Galicia, e intentando comparar sus admisiones a tratamiento por heroína, se obtiene una tasa de 345, 319, y 381 admisiones por millón de habitantes respectivamente. Es decir la mayor incidencia por heroína se encuentra en Galicia, seguida de Europa y a continuación España.

Por otra parte, en Europa, en 2012, existían 698441 personas en tratamiento de sustitución de opioides, la mayoría de ellos con metadona, mientras en España era de 66945, la cifra más baja desde el año 2000, y en Galicia de 7278 pacientes. Si tenemos en

cuenta la población de los tres territorios expuesta en el párrafo anterior, se obtiene una tasa para Europa de 1382 pacientes en metadona por millón de habitantes, de 1430 en España y de 2695 pacientes en Galicia por millón de habitantes, es decir, aproximadamente el doble en esta última que en Europa y España. Este dato deja patente aún más el grave problema que ha existido en Galicia desde 1985 con el consumo de heroína, que adquirió tintes epidémicos, a la vez que un PTDO bien diseñado, con una preparación magistral centralizada de la metadona en comprimidos, así como una logística de reparto por las UADs bien organizada, y una cultura bien asentada entre los profesionales sobre la reducción del daño, hace que se mantenga una población tan alta y de manera estable de pacientes crónicos a tratamiento con metadona en Galicia.

Siguiendo con el análisis de datos sobre los tratamientos de sustitución, se observa que éstos siguen teniendo un protagonismo sobre los tratamientos de drogas ilegales, llegando a suponer el 68.13% para España y el 65.83% para Galicia. Estas cifras disminuyen en cuanto se incluyen las drogas legales como el alcohol, al 45.6% y 57.8% respectivamente.

En Galicia, en términos absolutos, el año 1996, con 4255 pacientes de heroína, un 90.44%, y 2012, con 1028 pacientes, y un 27.81%, suponen el máximo y mínimo de la serie anual 1995-2013 de admisiones a tratamiento por heroína en relación al total de admisiones por drogas legales e ilegales.

Este descenso, en España, se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia, 11021 personas, como por la disminución del número de primeras admisiones por el mismo motivo. En ambos casos, suponen las cifras más bajas desde 1991. Las estimaciones que se realizan en la actualidad nos confirman que la prevalencia de consumidores problemáticos de heroína llegó a su máximo en España a principios de los

años noventa con más de 150000 consumidores, descendiendo en los años posteriores (Sánchez-Niubó, Fortiana, Barrio, Suelves, Correa y Domingo-Salvany, 2009).

8.2.4.2. Cocaína

En Europa, la cocaína fue citada como droga principal por 54824 pacientes, el 14.30 % de los consumidores que iniciaron tratamiento especializado en 2012, y por el 18% de los que iniciaron tratamiento por primera vez, 26000 sujetos. El número de pacientes que iniciaron tratamiento por primera vez por consumo de cocaína como droga principal ha disminuido en los últimos años, ya que, tras el máximo de 38000 alcanzado en 2008, disminuyó hasta estos 26000 en 2012. Por sexos, el 84% eran varones y el 16% mujeres, la edad media del primer consumo de cocaína era de 22 años y en cuanto a la media de edad al acceder al tratamiento era de 34 años. Un 3% la consumían por vía parenteral y un 7% lo hacían a diario.

En Europa, los indicadores de consumo de cocaína y de anfetaminas muestran en general una tendencia también a la baja y solo cuatro países tienen estimaciones relativamente recientes de consumo intensivo o problemático de cocaína por lo que son difíciles las comparaciones entre ellos, debido a la divergencia de las definiciones.

En España han sido 20335 los pacientes que han comenzado un tratamiento por cocaína, lo que se traduce en un 40.40% sobre el total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. En España el número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15258 en 2005, año en que se alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años). Sin embargo, desde 2005

hasta 2011, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15258 en 2005 a 10637 en 2011.

En Galicia, la cocaína, se mantiene como segunda droga en cuanto a inicios de tratamiento, pasando del 1.06% en 1995 al 24.17% en 2013. Aunque se observa un pequeño descenso en los dos últimos años, es sin duda la sustancia que desde hace 10 años más pacientes nuevos conducen a la RADG, es decir, a sujetos que nunca han estado a tratamiento.

En Galicia, en 2012, fueron admitidos a tratamiento 965 casos que significaron el 33.88% del total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales, es decir un 6% menos de consumo de cocaína en Galicia que en el resto de España.

Comparando estos datos con la población de los tres territorios en 2012, vista más arriba, se obtiene una tasa de 108.5 pacientes de cocaína por millón de habitantes en Europa, de 434.5 en España y de 357.4 en Galicia. Una de las conclusiones a las que se podría llegar, es que en Galicia tiene más incidencia y prevalencia las admisiones a tratamiento por heroína, así como los tratamientos de sustitución con metadona, que en España, donde las admisiones a tratamiento por cocaína son más importantes que en Galicia. Por otra parte, que España ocupe el primer o segundo lugar de Europa en consumo de cocaína, queda patente a la vista de los datos obtenidos por millón de habitantes: España tiene cuatro veces más admisiones a tratamiento por cocaína que Europa.

8.2.4.3. Cannabis

En Europa, en 2012, el consumo de cannabis fue el motivo principal por el que accedieron más sujetos a tratamiento de drogodependencia por primera vez. Tras aumentar de 45000 a 61000 entre 2006 y 2011, el número total de consumidores que iniciaron tratamiento por primera vez se estabilizó en 2012, en 59000 pacientes. El

cannabis fue la segunda droga principal, después de los opiáceos/heroína, entre quienes iniciaron tratamiento en 2012, es decir 109436 sujetos. En Europa, a diferencia de otros lugares, el consumo general de cannabis parece ser estable o incluso decreciente, especialmente entre los grupos de edad más jóvenes. Aunque se ha estabilizado el número de consumidores que inician tratamiento especializado, el cannabis es la droga que más se notifica como droga principal entre los consumidores que inician tratamiento por primera vez en su vida (OEDT, 2014).

En España, el número de admitidos a tratamiento por consumo de cánnabis en ha seguido una tendencia ascendente que, en los últimos años, ha sido muy pronunciada. De hecho, ha pasado de suponer el 10.9% del total de las admisiones a tratamiento en 2005 al 25.6% en 2010. Estas cifras son compatibles con el elevado peso que suponen las demandas de tratamiento por cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en España. Así, el 93% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2011 en nuestro país, lo han hecho por problemas con el consumo de cánnabis. El número de personas que comenzaron tratamiento por cannabis en España, fue de 12873, que suponen también el 25.6% de los inicios de tratamiento por drogas ilegales.

En Galicia, en tercer lugar, el cannabis ha pasado de ser una droga considerada como blanda, incapaz de hacer que alguien se ponga a tratamiento, 0.94% en 1995, a conducir a consulta a un 19.54% en 2013. Esto se debe a varios motivos: a la sensibilidad de las familias que reaccionan ante el consumo de cannabis de sus hijos, al aumento de las dependencias severas al cannabis por la reciente y cada vez más extendida costumbre del autocultivo, con variedades de la planta seleccionadas genéticamente, con altas concentraciones en THC y al deseo de evitar pagar una sanción administrativa, por tenencia de drogas en la vía pública, mediante la realización de un tratamiento. Esta

medida, que tuvo su mayor apogeo con la instauración del Programa Alternativa, y ahora sin él, ha atraído a centenares de jóvenes de Galicia a las UADs, con el fin último de ahorrarse pagar un dinero, del que generalmente están escasos. Aunque todo esto los profesionales lo saben, se intenta, mediante la técnica de la entrevista motivacional, que esta toma de contacto sirva para mentalizar a los jóvenes de los riesgos del consumo de cannabis y del resto de sustancias, para forjar una relación terapéutica por si en el futuro hace una escalada a otras sustancias y por tanto ya sabe a dónde recurrir y para mejorar, en otros casos, la convivencia familiar y el rendimiento escolar. Hay que resaltar, que en Galicia, fueron admitidos a tratamiento por cannabis 676 personas, que se traduce en un 23.73% del total de admisiones por drogas ilegales.

Comparando estos datos con la población de los tres territorios en 2012, vista anteriormente, obtenemos 216.57 admisiones a tratamiento por cannabis por millón de habitantes en Europa, 275.1 en España y 250.4 en Galicia. Por tanto, se concluye que España y Galicia, están en niveles aproximados, superiores a los de Europa en cuanto a las admisiones a tratamiento por cannabis.

Los últimos datos, aportados en 2015, respecto al consumo de drogas en España, y del cannabis en particular, procedentes de una encuesta que se realiza en los hogares, con población general, de 15 a 64 años, proceden del Ministerio de Sanidad. Aunque desde 2011 aumenta ligeramente el consumo de las sustancias legales, las más consumidas por la población, como tabaco, alcohol e hipnosedantes, disminuyen ligeramente el consumo de las sustancias ilegales, entre ellas el cannabis. Pero casi el 10% de los entrevistados refieren haber consumido cannabis en el último año, porcentaje que aumenta entre el grupo de 15 a 17 años. Los hombres lo hacen más del doble que las mujeres, la edad media de comienzo del consumo está en 18.6 años y el consumo problemático se extendería al 2.2% de la muestra.

Extrapolando los datos nacionales a la pirámide demográfica de Galicia, nos encontraríamos, aproximadamente, con 186000 gallegos que habrían consumido cannabis en los últimos 12 meses, y con 41000 que lo habrían hecho de manera problemática. Sin embargo, lo más preocupante es que entre la población que más nos interesa proteger, los jóvenes de 15 a 24 años, el consumo de riesgo se duplica. Para ilustrar la implantación del cannabis en nuestra sociedad resaltar que, sorprendentemente, el número de personas que empezaron a consumir cannabis supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco y más grave aún, que entre los que comenzaron a consumir en el último año, las mujeres (5.4%) superan por primera vez a los hombres (5.2%). Como en otros aspectos de la vida las diferencias de género, desgraciadamente en este caso, son cada vez menores. En resumen, el consumo femenino de cannabis se está generalizando, y con el tiempo podría equipararse al de los hombres.

Otra cuestión muy preocupante es que la mayor tasa de personas que empiezan a consumir cannabis se produce en menores de edad. En el año previo a la encuesta, se habrían iniciado en el consumo de porros en Galicia 3337 menores y 1270 en la provincia de Pontevedra.

8.2.4.4. Alcohol

El alcohol ha pasado de ser una sustancia anecdótica en la RADG, 2.96% en 1995, a ser la cuarta sustancia más importante en cuanto a inicios de tratamiento con 17.42% en 2013. Esto se debe a varios factores: por un lado, al cambio de filosofía de las UADs hacia una configuración de UCAs, donde no se hacen distinciones entre drogas legales, ilegales u otras adicciones comportamentales. Este es el camino correcto, a pesar de las dificultades e impedimentos que se han encontrado para integrar la RADG en el Sergas, o para integrar en cada población las UCAs con las UTAs (Unidades de Tratamiento de

Alcoholismo). Por otro, a la disminución de la incidencia de consumidores de drogas ilegales, y por lo que para justificar su existencia y su trabajo los equipos de las UADs/UCAs han comenzado desde hace unos años a atender a una población alcohólica, que antes de derivaba casi automáticamente a las UTAs, a Atención Primaria, o a Salud Mental. Por último, dentro de lo que son las drogas legales, y de la intención de las autoridades sanitarias, la asistencia al tabaquismo no se ha visto reflejada de igual manera en la red asistencial que en el caso del alcohol. Aunque hemos pasado del 0.12% en 1995 al 4.65 % en 2013, no se han realizado los esfuerzos necesarios para informar a la población de que las UADs/UCAs puede tratar el problema de la adicción al tabaco, y se tampoco se ha formado de manera sistemática a los profesionales de la RADG en el abordaje del tabaquismo, y en las técnicas y programas más eficaces para dejar de fumar.

En España el número de pacientes que desde 2005 comenzaron algún tratamiento por alcoholismo no ha parado de aumentar hasta 2012, pasando de 18950 a 68145 usuarios. En cuanto a las admisiones a tratamiento, en 2011 en España fueron de 29014 pacientes, que supusieron el 36.6% del total de admisiones de drogas legales e ilegales. Por otra parte, el 78.6% lo hicieron sólo por alcohol, en el resto había más de una droga implicada. Por otra parte, la proporción de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, que ha consumido otras drogas ilegales durante los 30 días previos a la admisión en 2011 fue de 64% para la cocaína, 52% cannabis, 9% hipnosedantes y 6.5% opiáceos. En resumen, los intereses económicos, la publicidad del alcohol, y del tabaco, así como la apología de drogas como el cannabis, son algunos de los factores más importantes que conducen a la escalada en el consumo de drogas (Becoña, Gallego y Lorenzo, 1988).

En Galicia, en 2011, iniciaron tratamiento por alcohol 594 pacientes, que significaron el 15.91% el total de admisiones a tratamiento, muy inferior al caso de

España. Este resultado se justifica en la introducción de este apartado, y tiene que ver fundamentalmente con la doble red asistencial que existe en Galicia desde hace años para el alcohol, que hace que los datos obtenidos desde el GECEAS - RADG sean tan reducidos.

Comparando estos datos con la población de España y Galicia, vista anteriormente, obtenemos 620 admisiones a tratamiento por alcohol, por millón de habitantes en España, y 220 en Galicia. Esta gran diferencia, no tiene valor epidemiológico, ya que no es debida a que en Galicia exista una menor problemática de alcohol que en España, sino al factor antes mencionado, relacionado con diferente metodología de recogida de datos entre ambos territorios.

Aunque las admisiones por alcohol corresponden al alcoholismo tradicional y al relacionado con el consumo de cocaína, las correspondientes a los más jóvenes tienen que ver con el botellón y las nuevas formas de consumo recreativo tipo *binge drunk* (Calafat, Fernández, Jerez, Becoña y Gil, 2010) así como a la propuesta de Arnett (2000) sobre el concepto de “adultez emergente”, visto teóricamente en el Capítulo 1.

El inicio de tratamiento tanto en Europa, como en España o Galicia por otras sustancias es minoritario, aun así, se podría resaltar que el consumo de anfetaminas es decreciente, el éxtasis también muestra tendencias bajas y estables de consumo en la población general, y el grupo de las catinonas, administradas por vía parenteral, a pesar del bajo consumo, suponen en Europa un motivo de preocupación.

8.2.5. Droga secundaria de consumo

Es bien conocido que aunque existen pacientes fieles a una sola droga, hay muchos más que son consumidores de varias sustancias a la vez, aunque una de ellas sea la de primera elección. Los datos expuestos, correspondientes a esta variable, sirven para estudiar el fenómeno tan común de la politoxicomanía, es decir, que en general hay una

segunda droga que se consume simultánea o alternativamente con la droga principal, y que suele representar también un problema para el consumidor. Quedan excluidos aquí los casos de tabaquismo, en cualquier intensidad, y el consumo moderado de alcohol, ya que ambas sustancias están muy presentes, tanto en la vida de la población general como en la de nuestros usuarios.

Así como es muy frecuente que entre los heroínómanos exista un consumo de cocaína, bien sola o mezclada en *speed ball*, como droga secundaria, no ocurre lo mismo al revés, es decir, no es frecuente que los cocainómanos consuman heroína. Por ello, el porcentaje de heroína como droga secundaria es muy bajo, sólo un 2,57%. El consumo de cocaína como sustancia complementaria, se observa sobre todo en los pacientes de metadona (PTDO), que o bien la usan como estimulante, una vez que la función depresora de los opioides, proporcionada por la metadona, está satisfecha, o bien en forma de politoxicomanía simultánea, es decir, consumiendo a la vez metadona, heroína y cocaína. Esto es más preocupante en el caso de los pacientes que con metadona consiguen la abstinencia a heroína, pero que sin embargo no son capaces de superar su adicción a cocaína. Esto se explica por una escasa motivación para el cambio, por mantenerse en ambientes de toxicómanos, por estar vinculados al tráfico de drogas, por la búsqueda de sensaciones, por la necesidad de colocarse y por la negativa del paciente a participar en programas de rehabilitación de mayor intensidad, como por ejemplo, el de Comunidad Terapéutica.

Incluso también es común el fenómeno de que para el paciente que lleva años en un programa de metadona manteniendo la abstinencia de heroína, le resulte complicado saber si la heroína, puesto que sigue dependiendo de la metadona, es su droga principal o no, y cuál es el papel que juega la cocaína, que es en ese momento la droga que motiva el comienzo de un tratamiento, por ejemplo, el ingreso en una comunidad terapéutica para

superar el consumo de dicha sustancia. Es frecuente observar, desde el punto de vista clínico, que el paciente parece haber olvidado que su dependencia a la heroína no se puede dar por resuelta mientras no haya superado su dependencia a la metadona o a cualquier otro opiáceo de sustitución.

En cuanto a la explicación del aumento del alcohol como droga secundaria, la encontraríamos sobre todo en el aumento del consumo de cocaína. A la vez que aumenta éste aumenta el consumo de alcohol, y ello es debido a la asociación que se establece entre cocaína y alcohol, donde una potencia el consumo de la otra, a menudo de forma compulsiva y descontrolada. Existen numerosas teorías relacionadas con la intensificación del *craving* de cocaína, que aparece cuando el sujeto comienza a beber alcohol, incluso en cantidades pequeñas. Esta circularidad y compulsividad del consumo es atribuida al cocaetileno, un metabolito que aparece en sangre cuando el sujeto consume benzoilecgonina (cocaína) y alcohol etílico.

8.2.6. Vía de administración de la droga principal de consumo

Es preciso saber las formas de administración de la droga principal para conocer la eficacia de las políticas de prevención, especialmente hacia el uso de la vía parenteral. Todos los esfuerzos fueron dirigidos a sensibilizar a los pacientes contra esta vía de administración, por los riesgos que representaba para el contagio de enfermedades como el VIH/SIDA, VHB o VHC, y especialmente para la muerte por reacción aguda al consumo de drogas, es decir, por lo que popularmente se conoce como sobredosis. Es un tema que suscita una honda preocupación entre las autoridades sanitarias de Galicia, España y Europa por lo que ha sido prolijamente tratado en los capítulos 2, 3 y 4.

La disminución del uso de la vía parenteral hay que atribuirla fundamentalmente a la aparición del fenómeno del VIH/SIDA, lo que ha provocado un aumento de la vía

fumada, de heroína, cocaína y cannabis, hasta llegar al 52.66% de media durante el período 1995-2013. Es interesante contrastar estos datos con los más recientes, los de 2013, para ver que sólo utilizan la vía inyectada en Galicia el 7.14% frente al 6.1% de España, de los que inician o reinician tratamiento. Este cambio se confirma al comprobar cómo la proporción que representaron estas personas sobre el total de admitidos por heroína pasó de 42.9% en 1992 a 12.8% en 2011. También que aumenta el consumo por la vía oral, 19.49%, frente al 6% de España, que excluye de esta estadística el alcohol, todo ello debido al incremento de los tratamientos por alcoholismo en Galicia, y por la vía esnifada, sin duda a causa del consumo de cocaína.

Los ADVP que permanecen, son en general antiguos consumidores de las décadas de 1980-1990, muchos de ellos a tratamiento con metadona, que consumen también cocaína inyectada, con frecuencia con una salud deteriorada por el VIH/SIDA y la VHC, pero que aparentemente siguen los consejos preventivos de no intercambiar jeringuillas ni cualquier otro material inyectable. Suelen ser clientes de los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) o de las farmacias donde consiguen el *kit* de inyección más segura, promocionado por la Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. A la luz de los datos y de los resultados de la prueba estadística basados en la evolución del consumo por vía inyectada durante las últimas dos décadas, podría predecirse que, de mantenerse la misma tendencia, esta vía de administración prácticamente habría desaparecido para 2017 ($B = 1.638$, $R^2 = .94$, $p < .001$).

En Europa, en 2012, 50.759 usuarios, un 38.2%, de opiáceos y un 3% de los consumidores de cocaína, consumieron estas drogas por vía parenteral, mientras que en España, en 2011, lo hicieron el 6.1% de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas ilícitas. De forma oral fue el 6%, pulmonar el 51.7%, e intranasal o esnifada el 35.7%.

Respecto a la subvariable denominada “Última vez que se inyectó drogas”, que es una ampliación de la anterior, pero centrada más específicamente en el estudio de la vía de administración parenteral o inyectada, y que aporta información sobre los datos globales de frecuencia y, sobre todo, acerca de qué porcentaje de casos no se ha inyectado nunca, resulta interesante comprobar que los datos más recientes, los de 2013, son aún más esperanzadores, puesto que en este año se ha registrado un 72.02% de pacientes que nunca se han inyectado, y esto hay que considerarlo como algo positivo dentro de lo que se considera como las políticas de reducción del daño. En España, en 2011, el 16.7% de estas admisiones por drogas ilegales se inyectó en el último año y el 6.2% lo hizo en los últimos 12 meses.

8.2.7. Frecuencia de consumo

Los datos aunque no estén desagregados por cada sustancia, facilitan información sobre el grado de dependencia física o psicológica de los usuarios que acuden buscando ayuda a las unidades asistenciales. En general, se puede partir de la base, de que cuando más frecuente es el consumo, sea de la droga que sea, más grave será el trastorno por dependencia. Unos datos que reflejen que los sujetos acuden a tratamiento con una menor frecuencia de consumo, se podría interpretar favorablemente, de diversas maneras: como que de forma preventiva acuden antes a tratamiento, que las familias detectan antes el problema, o que simplemente acuden para resolver el problema judicial de la comisión de algún delito o económico derivado de la imposición de una sanción administrativa.

Sorprende que el porcentaje de los que consumen a diario se mantenga estable, porque la experiencia nos dice que los consumidores de cocaína, muy numerosos en la RADG, no consumen en general a diario, sino alguna vez por semana, y que quienes los hacen a diario, los heroinómanos, cada vez son menos. Por lo tanto la explicación se

encuentra en el aumento de paciente que son usuarios de alcohol o cannabis, sustancias cuyo pauta o hábito de consumo siempre es diaria. Por otra parte, el 15.45% de los que acuden sin haber consumido recientemente, hay que interpretarlo en términos de la existencia de consumos moderados, de formas de autocontrol o de control externo (familia, centros penitenciarios, etc.), de acceso al tratamiento por problemas judiciales antiguos, etc.

En España, en 2011, los datos informan que el 43.1% consumieron a diario la droga por la que iniciaron tratamiento, frente al 46.16% de Galicia, varios días a la semana 20.5%, un día a la semana 5.6%, menos de un día a la semana 7.0%, y un 23.9% informa no haber consumido durante el mes anterior a la admisión a tratamiento, frente al 19.80% de Galicia.

8.2.8. Tiempo máximo sin consumir

Esta variable ayuda a conocer los ciclos de recaída, es decir, los períodos de tiempo máximos entre el abandono del consumo y el reinicio del mismo, así como la cantidad de pacientes que nunca han podido dejar de consumir la sustancia principal, por la que acuden a consulta, es decir que apenas han podido mantenerse un tiempo significativo abstinentes.

Sin embargo, es una variable cuya medición resulta poco fiable ya que para registrarla se cuenta con la memoria del paciente, y su recuerdo no se puede contrastar con otros jueces para asegurar la fiabilidad. En cualquier caso, lo habitual en la práctica clínica es encontrarse con pacientes que nunca han dejado de consumir la droga principal más de un mes, sería sobre todo el caso de los que consumen alcohol, cannabis, cocaína y tabaco; con pacientes que han conseguido un tiempo de abstinencia más prolongado, caso de los heroínómanos, cocainómanos y alcohólicos, sobre todo porque son los que más

tratamientos previos realizan en instituciones tipo Comunidad Terapéutica o Centro de Día, en las que se asegura una mayor control externo (horarios, dinero, analíticas de orina, etc.), que facilita la consecución de la abstinencia prolongada. El aumento en 2013 del número de pacientes (34.58%) que nunca han dejado de consumir la droga por la que acuden a tratamiento, se debe a la incorporación a la red de un número cada vez más creciente de consumidores de alcohol, cannabis y tabaco, que son drogas que habitualmente se consumen a diario.

8.2.9. Años de consumo de la droga principal

Esta variable facilita información sobre la antigüedad desde el comienzo del consumo, hasta el momento en que los pacientes acuden a alguno de los servicios asistenciales. Si se compara el aumento de los años de consumo que se observan en 2013 frente a los de 2003-2013, en la franja de más de 21 años de consumo, sólo se puede explicar por el acceso a tratamiento en la RADG del colectivo de alcohólicos y por el grupo de pacientes cronificados de heroína que retoman de nuevo el tratamiento, y que empujan hacia arriba estas cifras. En general se observa, que en la toma de la decisión de acudir a un centro, deben transcurrir una serie de fases, como las que proponen Prochaska y di Clemente, y que por tanto en un principio es común que el paciente no tenga conciencia de enfermedad, del riesgo o del daño producido por el consumo.

8.2.10. Edad de inicio de consumo de la droga principal

Como decíamos, el hecho de no poder separar las edades de consumo por tipo de droga, solo nos permite realizar algún tipo de afirmación, por ejemplo, que es infrecuente que la gente comience a consumir después de los 25 años. Por tanto, de cara a la prevención, sabemos que hay una época de máximo riesgo, que se sitúa entre los 17 y los

22 años, en los que hay que prestar una mayor atención a los hijos y adolescentes. La tendencia observada en 2013 a la precocidad se debe al acceso al tratamiento de alcohólicos y fumadores de cannabis y tabaco, lo cual rebaja la media de edad de consumo. En cuanto a los que se inician pasados los 25 años, se debe a la dependencia a psicofármacos y a la cocaína tardía. Por otra parte, hay que insistir que estos datos corresponden a la media de admisiones y readmisiones, por lo tanto siempre muestra una tendencia a incrementarse. Por el contrario, si tomáramos solo los datos de las admisiones, las cifras serían menores: 30 años, de consumo para el tabaco, 40 años para el alcohol, 10 años para el cannabis, 7 años para heroína, o 5 años para cocaína. La edad media de inicio del consumo de la droga que motiva el tratamiento en Galicia, durante el período 1995-2013, ha sido de 19.29 años, mientras que en el último años de estudio, 2013, ha sido de 19.1 años. En España es similar, con una media de 19.6 años, comenzando en el caso de las mujeres, el consumo de forma más tardía, 21.1 años.

En resumen, no hay suficientes evidencias para poder llegar a la conclusión de que todos los esfuerzos en materia de prevención en la oferta y en la demanda de drogas, es decir, los programas de prevención, fundamentalmente escolar, que desde hace décadas se desarrollan en los centros educativos, hayan podido retrasar de manera significativa la edad de comienzo del consumo. Sosteniendo que este retraso es beneficioso tanto para la evolución como para el pronóstico del paciente, habrá que mantener entonces, que en principio, son más fuertes las pulsiones de determinadas etapas de la vida, que las políticas preventivas.

8.3. Variables relacionadas con la salud

8.3.1. Infección por VIH

El VIH/SIDA supuso en la década de los 90 quizás el reto más importante para las autoridades sanitarias, y reducirlo era un objetivo prioritario. Pues bien, con estos datos podemos saber si se cumplió o no, y si dicho cumplimiento guarda relación con las formas de administración de las drogas, es decir, una reducción, por ejemplo, del consumo por vía parenteral, en favor de la vía inhalada. También éste ha sido un problema que ha preocupado de manera importante a las instituciones sanitarias, sociales y políticas de Europa, España y Galicia, y por ello se ha hecho una abundante revisión teórica en los puntos 2.2.2, 3.4 y 4.4.

El consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo la principal categoría de transmisión del SIDA en Galicia, atribuyéndose a la misma el 67.8% del total de casos diagnosticados desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad. No obstante, en los nuevos casos diagnosticados en los últimos años se detecta una pérdida de la influencia de esta categoría de transmisión, supuso el 61% de los casos diagnosticados en 2001, en detrimento de la transmisión heterosexual.

Los resultados indican que durante el período 1995-2013, un 9.19% de los usuarios de RADG, ha sido VIH+ o enfermo de SIDA, de los cuales una parte importante ha fallecido y el resto sobreviven. Los consumidores de drogas admitidos a tratamiento en 2001 presentaban elevadas tasas de prevalencias de enfermedades infecciosas como el VIH (12.2%), hepatitis B (8.6%) y C (18.4%) y tuberculosis.

Con las cautelas necesarias se podría estimar que aproximadamente 4350 drogodependientes en Galicia han sido infectados por el VIH/SIDA. La tasa de mortalidad detectada en algún estudio, como el realizado en ACLAD Alborada, alcanza la cifra del

25%, por lo que al menos, podríamos calcular más de 1100 pacientes, habitualmente jóvenes, los que han fallecido. La idea general es que este colectivo comprendió en mensaje preventivo que decía que debían cambiar sus hábitos de consumo, no compartir material de inyección, etc., y las tasas de contagios se redujeron drásticamente. De ser el grupo más numeroso durante los primeros años de la pandemia, pasó a ser relegado por el grupo de homosexuales, o de hombres que practican sexo con hombres, o dicho de otra forma, se sustituyó el riesgo de contagio por compartir jeringuillas al riesgo de contagio por no usar preservativo. En Galicia, en 2013 la tasa de VIH/SIDA fue del 4.91%, del 65.5% de negativo al VIH y d 29.5 de pacientes que desconocer su estado serológico, frente al 5.9%, 42.7% y 51.5% por el mismo orden de España. Se constata que hay diferencias muy importantes entre Galicia y España, ya que hay casi el doble de pacientes españoles frente a los gallegos que no se han realizado, por diferentes razones, el análisis del VIH.

En Europa, en 2012, la tasa media de diagnósticos de VIH por consumo de drogas por vía parenteral fue de 3.5 por millón de habitantes (1771 casos), con tendencia a disminuir, incluso en países que tuvieron una alta tasa de infección, como España y Portugal. España con 4.4 casos por millón de habitantes (166 sujetos), diagnosticados de VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral, ocupa un lugar bajo en comparación con países como Estonia, Grecia y otros países del este, pero la tasa es alta si la comparación la hacemos con países del entorno como Francia (1.2), Reino Unido (1.8) o Alemania (1). Actualmente, las encuestas mundiales muestran que el VIH es principalmente transmitido a través de relaciones sexuales sin protección; en consecuencia, las políticas preventivas deben dirigirse a la educación en prácticas de sexo seguro, para prevenir la transmisión del VIH (Colquhoun y Christian, 2014).

Por otra parte, algo que puede resultar una obviedad pero que es realmente importante por las implicaciones que ha tenido sobre la salud de la población de Galicia,

es el haber encontrado y establecido, como se puede comprobar en la Tabla 8.2, una relación entre la disminución progresiva de las admisiones a tratamiento por consumo de heroína, la disminución del consumo también progresiva por vía parenteral, y la evolución en cuanto al aumento y la disminución del volumen de los programas de metadona (PTDO) sobre el volumen asistencial total de la RADG, en relación a la evidente disminución de la incidencia anual del VIH/SIDA.

Tabla 8.2

Relación entre admisiones a tratamiento por heroína, vía de administración inyectada, volumen asistencial de metadona y disminución de la incidencia por VIH/SIDA

Año	Admisiones a tratamiento por heroína	Vía de administración inyectada	Volumen PTDO / Volumen asistencial.	VIH/SIDA
1995	91.30	31.88	42.80	11.09
1996	90.44	30.29	40.40	9.03
1997	88.77	33.96	50.00	10.35
1998	83.71	32.90	55.60	11.48
1999	78.66	31.84	61.20	11.93
2000	78.12	32.47	65.80	13.80
2001	78.56	28.62	69.90	11.12
2002	69.33	26.21	72.10	11.38
2003	58.85	25.26	71.00	10.06
2004	52.74	23.37	69.30	10.33
2005	48.93	20.91	67.70	9.44
2006	48.72	20.47	68.20	9.42
2007	46.88	18.03	67.80	9.28
2008	41.82	14.48	62.50	8.08
2009	37.78	10.71	62.50	6.43
2010	36.30	9.61	61.80	6.20
2011	32.65	9.80	61.00	5.65
2012	27.81	8.17	57.80	5.11
2013	28.47	7.14	55.40	4.91
Min	27.81	7.14		4.91
Máx	91.30	33.96		13.80
Media	58.94	21.90		9.23
DT	22.39	9.51		

Esos tres parámetros, junto con el del propio cambio experimentado por los drogodependientes en sus actitudes y conductas respecto a la protección ante las prácticas de riesgo para su salud, fueron decisivos para detener la pandemia y reducir, al menos, los contagios del VIH/SIDA derivados especialmente de la forma de

administración de las drogas, de la falta de información sobre las vías de contagio del VIH/SIDA, y de la tardanza en universalizar los programas de sustitución con metadona y de intercambio de jeringuillas.

8.3.2. Infección por hepatitis B y C

Aunque con menor protagonismo que la variable anterior, las prácticas de riesgo, frecuentemente sin medidas de protección, generó un importante número de casos infectados por el virus de la hepatitis B y C. Sus efectos se vieron plasmados en las secuelas de las enfermedades hepáticas y en la posible muerte, en la disminución de la calidad de vida, en las incapacidades laborales para desarrollar un puesto de trabajo, o en el elevado coste de los tratamientos para enfrentarse a la enfermedad. Los datos obtenidos nos servirán para saber si las políticas preventivas sirvieron para reducir el impacto social y personal de estas enfermedades. Esta infección se ha revisado teóricamente, y de manera especial, en el punto 2.2.2.

Se constata la existencia de diferencias muy importantes en los niveles de prevalencia de estas patologías infecciosas en función de que se trate de sujetos admitidos por primera vez a tratamiento o previamente tratados (Pereiro, Castro y Pereira, 1993). El hecho de que las prevalencias de la infección por hepatitis B y C, y VIH sean, respectivamente, dos y tres veces inferiores en los sujetos admitidos a tratamiento por primera vez, permite constatar el positivo impacto que han tenido, tanto los programas puestos en marcha para la prevención y el control específico de las mismas, como de los programas de reducción del daño, que han hecho posible que los pacientes que utilizan en la actualidad la vía intravenosa hayan descendido en más de 40 puntos porcentuales desde 1991 (SEMFYC, 2010).

El hecho de estar infectado por el virus de la hepatitis C, hoy en día, 2015, cobra una especial vigencia por las reivindicaciones que los afectados de toda España están haciendo a los gobiernos estatal y autonómicos, reclamando el acceso alguno de los recientes tratamientos descubiertos, que suponen una solución definitiva a la enfermedad. La magnitud del problema se va reduciendo, así en 2004 se detectó la mayor incidencia de VHC, con un 29.4% y en 2013 la menor, con un 16.5%, siendo la media del período de un 21.4%, que traducido en pacientes, serían 10100 los infectados en Galicia por VHC. Otro aspecto importante, es que en torno al 40% de los pacientes desconocen su estado de seropositividad a VHB y VHC, por lo que habría que insistir en las políticas de detección precoz desde atención primaria, servicios de drogodependencias, etc., con el fin de mejorar la salud de los pacientes, y de evitar la propagación de la enfermedad por el desconocimiento de la propia infección.

En España, la prevalencia de portadores de anticuerpos anti VHC en el colectivo de usuarios de drogas ilegales es del 74% y ocasionará en el futuro importantes perjuicios individuales y sociales (Rivera y Oliva, 2007).

Los niveles de anticuerpos del VHC en las muestras nacionales de consumidores de drogas por vía parenteral en 2011-2012 variaban entre el 19% y el 84 %, aunque siete de los 11 países que disponían de datos nacionales notificaron niveles superiores al 50%. El consumo de drogas por vía parenteral representó el 64% de los casos notificados de infección por el VHC y el 50% de los diagnósticos agudos. En cuanto a la hepatitis B, los consumidores de drogas por vía parenteral representaron el 9% de los casos notificados y el 21% de los diagnósticos agudos notificados. Actualmente, las encuestas mundiales que el VHC se transmite casi exclusivamente por la inyección de drogas. En consecuencia, las políticas preventivas deben dirigirse a la educación en prácticas consumo sin riesgo, para prevenir la transmisión del VHC, respectivamente (Colquhoun y Christian, 2014).

8.3.3. Tratamiento psiquiátrico previo

Se pretende medir con esta variable fundamentalmente la presencia o no de patología dual entre los consumidores de drogas que inician un tratamiento en las unidades asistenciales. Los cambios experimentados durante el período de estudio nos permitirán saber si ha aumentado o no la psicopatología, fuera del apartado de las conductas adictivas, y por tanto poder concluir si con el paso de los años ha habido factores de protección para la población general, y por el contrario, factores de riesgo y por tanto de vulnerabilidad para las personas afectadas por algún trastorno mental. La patología dual, que requiere tratamiento psiquiátrico previo o simultáneo, ha sido revisada teóricamente en todos los capítulos de este trabajo, pero especialmente en los puntos 1.3.1, 2.2.1, 4.2, y 5.5.

Desde 1995 en que solo 11 de cada 100 pacientes habían estado a tratamiento psiquiátrico antes de acudir a una UAD/UCA, hasta 2013 en que lo hicieron 37 de cada 100, han pasado muchas cosas. Primero, se confirma el aumento de la patología dual entre los pacientes, cambiando el perfil clásico del paciente *simplemente adicto* de 1980, a un perfil más complejo, donde cohabita una comorbilidad de trastornos mentales variopinta: psicosis, trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, de ansiedad, TDAH, etc. Esto admite varias interpretaciones: por un lado que entre la población normal, especialmente joven, se han consolidado los factores de protección, por otra, que son los más vulnerables, los de patología dual, los que recalcan en las múltiples adicciones posibles, que acudir a un servicio de psiquiatría se ha normalizado con el paso del tiempo y por último que la integración funcional de la RADG en el Sergas, ha facilitado la derivación de pacientes en ambas direcciones. Un análisis más detallado, muestra que este incremento de los tratamientos psiquiátricos previos realizados antes del comienzo de un tratamiento

por drogodependencia, es además estadísticamente significativo $B = 1.397$, $R^2 = .98$, $p < .001$.

Como se veía en la parte teórica, la existencia de predictores comunes para explicar la transición a la dependencia en todas las sustancias, sugiere que están implicados mecanismos compartidos, que aún no son del todo conocidos. El mayor riesgo de la transición a la dependencia aparece en personas con comorbilidad psiquiátrica, por lo que hay que aplicar políticas para que inicien tratamiento y lo continúen. (López-Quintero, Pérez de los Cobos, Hasin, Okuda, Wang, Grant y Blanco, 2011). El uso drogas incrementa sus problemas en salud mental, y viceversa, por lo que esta reacción circular sugiere que los profesionales deben tratar ambos problemas de forma integrada (Ramchand, Griffin, Slaughter, Almirall y McCaffrey, 2014).

Si sabemos que el 73.4% de los adictos a cocaína tienen un diagnóstico de patología dual, principalmente relacionado con los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de personalidad, es previsible que en algún momento de su vida hayan acudido a un servicio de salud mental antes que a uno de drogodependencias. Esto sugiere la necesidad de introducir cambios en los centros, tanto en los aspectos diagnósticos como en los programas de tratamiento, y en las normas de funcionamiento, adaptándolos al nuevo perfil y a las nuevas necesidades de los pacientes actuales (Vergara-Moragues, González-Saíz, Lozano, Betanzos, Fernández, Bilbao-Acebos y Verdejo, 2012).

8.3.4. Urgencias hospitalarias

Con el fin de dimensionar los daños para la salud que representa el consumo de drogas, esta variable nos permitirá saber qué uso hacen los pacientes de las urgencias hospitalarias. La diferente frecuentación que se observe con el transcurso de los años, nos

permitirá deducir que los usuarios ponen en práctica los principios generales de la reducción del daño, o que se siguen consumiendo drogas con claros riesgos para la salud.

Que un 75% de los usuarios de la red asistencial, no hayan acudido nunca a un servicio de urgencias, por algún motivo relacionado con el uso de drogas, es un resultado que llama la atención. Se puede explicar desde varios puntos de vista: por un lado, porque los drogodependientes son muy reacios a usar los servicios de urgencias, ya que tendrían que dar explicaciones a los profesionales sanitarios, podrían tener complicaciones policiales, avisos a la familia, etc. Por tanto, cuando se encuentran mal suelen aguantar el malestar, y solamente cuando éste es preocupante deciden acudir a urgencias. Por otra parte, significa que si una práctica tan agresiva para el organismo (consumo intravenoso, adulteraciones de las sustancias, desconocimiento de su pureza, drogas de síntesis cuya composición es desconocida, etc.), conlleva esta escasa frecuentación de urgencias, entonces es que los pacientes toman ciertas precauciones al consumir para evitar efectos indeseables importantes. Desgraciadamente, habría que incluir en el apartado de efectos graves, a todos los pacientes fallecidos durante estos 19 años por reacción aguda al consumo de drogas, por ejemplo, por sobredosis, ya que aunque algunos fallecieron en el traslado o en los propios servicios de urgencias, otros nunca llegaron a acudir, puesto que fueron encontrados cadáveres en el propio lugar de consumo.

En términos generales, veíamos que los consumidores de opioides tienen una probabilidad al menos 10 veces mayor de morir que las demás personas de su edad y sexo. En dos países europeos, el número de muertes relacionadas con la metadona es mayor que el de las relacionadas con la heroína. En muchos casos en los que se identifica la presencia de metadona, la víctima no estaba recibiendo en el momento de la muerte tratamiento de sustitución, sino que consumía la droga proveniente de un mercado negro bien abastecido, como es el caso de las ciudades de Galicia, en un contexto de policonsumo.

Pero en otros sí, es decir, el paciente recibe el tratamiento y consume otras sustancias, como heroína o hipnosedantes que, en el mejor de los casos, le llevan a un servicio de urgencias. El hecho de que solo el 10% de estas muertes en Europa se producen en menores de 25 años y que el 78% son varones, da a entender el perfil del posible usuario de los servicios de urgencias.

La cocaína es también responsable de casos de hospitalización por problemas agudos y de muerte. Puede influir además en la mortalidad por problemas cardiovasculares. Aunque los datos al respecto son limitados; en Europa, 19 países notificaron en 2012 muertes relacionadas con la cocaína, habiéndose identificado más de 500 casos (Karila, Petit, Lowenstein y Reynaud, 2012).

En cuanto a los episodios de altas hospitalarias relacionadas con las drogodependencias han comenzado a reducirse a partir del año 2000, alcanzando en el año 2001 los 490 episodios anuales, 4.4 veces menos que en 1999. Esta evolución estaría en principio relacionada con el mayor control asistencial y sanitario que se está logrando de la población gallega con consumos problemáticos de drogas.

8.3.5. Mujer embarazada

De cara a prevenir riesgos importante de salud pública en general, y para el feto y la madre en particular, debemos saber si es una variable que presenta una incidencia relevante, o por el contrario las mujeres drogodependientes, han asumido un papel preventivo de cara a los embarazos no deseados, y por tanto las medidas necesarias para ello, por ejemplo, utilizando los diferentes métodos anticonceptivos.

El total de mujeres embarazadas registradas durante el período 1995-2013 en Galicia ha sido de 167. La tendencia decreciente con el paso de los años, estimula la labor que se ha estado realizando en materia de prevención del consumo de drogas, de

enfermedades de transmisión sexual, de información sobre sexualidad, etc. En ocasiones acuden por propia iniciativa pero en otras son derivadas desde servicios sociales, centros de salud, servicios de ginecología, etc. Sin embargo esta cifra solamente corresponde a los que admisiones o readmisiones a tratamiento, es decir se registra este estado en el momento de cubrir la historia clínica. Por ello, no aparecen contabilizadas las mujeres que han quedado embarazadas, accidental o deliberadamente, estando a tratamiento, ya que el GECEAS no permite registrarlo. Sin duda ha sido una cifra superior, y en general, se ha trabajado en dos líneas, mediante la derivación y coordinación con unidades de ginecología especializadas en embarazos de riesgo, o respetando la decisión de la paciente hacia la interrupción voluntaria del embarazo.

8.4. Variables relacionadas con la problemática legal

8.4.1. Menores tutelados

Una de las conclusiones que se puede formular, es que la mayor parte de los usuarios de los centros de drogodependencias no han sido nunca tutelados por ninguna institución, o lo que es lo mismo, que la mayor parte, el 91.49%, proceden de familias más o menos estructuradas, pero representativas del tejido social de Galicia. El perfil de estos menores tutelados, que en general han sido conducidos por algún centro de menores hasta las UADs/UCAs, estaría caracterizado por la comisión conductas disociales, o delictivas, por el consumo de drogas, el fracaso, la expulsión o la violencia escolar, la pertenencia a pandillas disociales, los trastornos psicopatológicos, etc. Las familias de procedencia suelen estar afectadas por separaciones traumáticas, maltrato infantil sufrido por los padres, maltrato de los hijos o a los hijos, toxicomanía de los padres, negligencia en la educación, ludopatía de los padres, trastornos psiquiátricos,

alcoholismo, penuria sociocultural y económica, prostitución, etc. El riesgo de consumo de drogas entre los adolescentes en conflicto es muy alto, aunque en general no se producen situaciones de dependencia de una sustancia hasta la mayoría de edad. Durante la etapa de los 14 a los 18 años, comienzan a tomar contacto con el tabaco, alcohol, cannabis, drogas de síntesis y algunos prueban la cocaína antes de la mayoría de edad. Es evidente que es el momento de actuar para evitar, como se observa con frecuencia, que estos menores acudan a tratamiento por alguna adicción una vez alcanzada la mayoría de edad.

8.4.2. Primer delito

Esta es una variable, que con otro grupo de ellas, sirven para analizar la relación que tradicionalmente se ha establecido entre el consumo de drogas y la delincuencia. Concretamente, y en primer lugar, estudiaremos a qué edad se comete el primer delito, y por tanto intentar establecer cuáles son las edades de riesgo y su relación con la edad media de consumo.

El apartado de sin delito se refiere a los pacientes que nunca se les ha incoado algún expediente delictivo, bien porque nunca han cometido ningún delito o bien porque no se les ha detectado. Es improbable que a lo largo de los años de drogodependencia un paciente no cometa algún delito, pero esa cifra del 47% se puede interpretar positivamente a la hora de no vincular obligatoriamente las drogodependencias con la delincuencia. Es decir, que casi la mitad de los usuarios de la red mantienen su adicción sin meterse en problemas judiciales, por lo tanto no se puede establecer inequívocamente dicha relación. Muchos drogodependientes viven su enfermedad de pertas adentro, sacrificando su calidad de vida para mal que bien poder mantenerlas. Esto no significa que no comentan otro tipo de actos ilícitos no castigados, por ejemplo, lo que se denomina la

delincuencia familiar, donde es habitual que los pacientes roben, amenacen, o extorsionen a sus familias para obtener dinero para adquirir drogas, y que éstas nunca les denuncien. Otros actos ilegales comunes, habitualmente no detectados, son *trapicheos* a pequeña escala, receptación de mercancías robadas, hurtos en grandes superficies o en el comercio general, múltiples recibos de diversa índole impagados, etc. Por otra parte, desde el punto de vista preventivo, es importante comprobar de la edad para comenzar a delinquir se sitúa antes de los 25 años, siendo menos frecuentes los casos que comienzan a hacerlo después de esa edad.

8.4.3. Detenciones

Se obtiene información sobre la reincidencia o no de los pacientes, en cuanto que la relación entre las detenciones y la reincidencia, aunque con matices, se supone que siempre será directamente proporcional. Al igual que en la variable anterior, nos indicará si el tópico se puede mantener o si por el contrario es un falso mito.

Es destacable que coincida de manera importante el porcentaje de los que no han cometido ningún delito, de la variable anterior (46.78%), con el porcentaje de los que nunca han sido detenidos (48.09%), de esta variable. Esta coincidencia da más fiabilidad y congruencia a los datos. Por otra parte, un 49.82% han sido alguna vez detenidos, y habría que resaltar que un 8.4% lo han sido entre once y más de treinta veces. Este grupo, que podríamos denominar como de superreincidentes, es el que habitualmente tiene problemas con la policía, comete hurtos como forma de vida, y en consecuencia, suelen entrar numerosas veces en prisión.

Si se concluyera que un 8.4% de los usuarios de la red son los que están cometiendo delitos de manera habitual, se obtendría la cifra de 1000 pacientes que en 2013 estarían en esta situación en Galicia, y que supondrían el mayor problema de seguridad

relacionada con el consumo de drogas. De todas formas la medición de esta variable también es discutible, ya que el sujeto facilita, a veces en un estado poco compatible con la capacidad para recordar, de una manera aproximada el número de veces que ha sido detenido. En general es una variable infrarregistrada, y son más las detenciones reales que las referidas.

8.4.4. Procesos pendientes

Estos datos aportan información sobre la actividad delictiva, la reincidencia, pero también sobre la motivación que pueden tener los pacientes a la hora de realizar un tratamiento. Cuantas más causas judiciales tengan pendientes, más pueden desear que se conmuten dichas sentencias por el sometimiento a un tratamiento. También se pueden interpretar, en el sentido de que los procesos judiciales pendientes pueden incrementar la adherencia al tratamiento.

No hay una gran variación de la actividad delictiva relacionada con los procesos pendientes de ser juzgados, durante el período de estudio. Aproximadamente un 30% cuando inician un tratamiento en algún centro de la red de Galicia, informan tener alguna causa pendiente. Esto podría interpretarse como una motivación espúrea para el cambio, o como un momento en el que se toca fondo, y por tanto el paciente decide dar un paso y cambiar. Es preocupante el 5.08% de paciente que informan tener entre tres y más de diez juicios pendientes.

En cualquier caso, estos datos son una fotografía de los que suponen las admisiones y readmisiones de tratamiento, no reflejan toda la realidad de los pacientes a tratamiento en la RADG. Es decir, los pacientes que permanecen en continuidad a tratamiento también pueden delinquir, y de hecho lo hacen, pero no aparecen reflejados estas cifras. Sorprende que en 2013 aumente un 3% los pacientes con procesos pendientes. La única explicación

posible es que se deba a la incorporación a tratamiento de antiguos pacientes que hagan que descienda el porcentaje de los que no tienen ningún proceso pendiente.

8.4.5. Procesos cumplidos

Los datos obtenidos de esta variable, nos permiten saber el número de sentencias condenatorias, que han sufrido nuestros usuarios. En esta variable quedan excluidos los procesos en que han resultado absueltos, y se han recogido atendiendo a la información que proporcionan los pacientes en la entrevista inicial.

Resulta indiscutible que el tándem droga-delincuencia existe fundamentalmente por dos razones: en primer lugar por el estatus ilegal de la mayoría de las sustancias de abuso, y en segundo lugar, por los trastornos mentales asociados con las drogodependencias (trastorno antisocial, cluster B de los trastornos de la personalidad, etc.) donde el consumo no es la causa del delito sino una consecuencia más de la forma de ser de cada sujeto.

Que drogas, como la cocaína y la heroína, sean ilegales, genera detrás de ellas un sinfín de problemas asociados con la actividad delictiva, derivados de la relación inevitable, a mayor o menor escala, con el narcotráfico y con la necesidad de conseguir dinero para pagar un consumo de sustancias, que en general, son muy caras. Una forma de diferenciar cuándo un paciente delinque por un estado de necesidad imperiosa motivada por un síndrome de abstinencia o cuando lo hace simplemente porque transgredir la norma, reside en los programas de metadona. Los PTDO supusieron una solución extraordinaria para los usuarios del primer grupo, mientras que otros, los del segundo caso, siguen mantenido una actividad marginal y/o delictiva, derivada de la falta de trabajo, formación, deterioro de la salud, problemática familiar, etc. El ligero

incremento en 2013 respecto a la serie anterior, obedece fundamentalmente a los procesos judiciales cumplidos por los pacientes readmitidos a tratamiento.

8.4.6. Ingresos en prisión

Junto con las variables anteriores, ésta contribuye a proporcionar más información sobre la relación de los usuarios con el sistema penitenciario, nos informa también sobre la reincidencia, y sobre los delitos que como consecuencia provocaron la entrada en prisión.

Casi un tercio de los usuarios de la RADG ha ingresado alguna vez en prisión y un 3,78% lo ha hecho más de seis veces. Sin embargo, recientemente, en 2013 se constata la disminución de todas las cifras relacionadas con los ingresos en prisión, y se obtiene una media de 2.99 ingresos en prisión, entre los pacientes que ingresaron alguna vez en prisión. La disminución de estos parámetros penitenciarios, se debe a varios factores, como, el descenso del consumo de heroína, la generalización de los programas de sustitución y de reducción del daño, el trabajo interdisciplinar e interinstitucional con la patología dual, y la práctica judicial cada vez más extendida, donde se sustituyen las medidas de privación de libertad, por otras como la suspensión de condena.

8.4.7. Duración de los ingresos en prisión

Esta variable amplía la información anterior, y permite averiguar cuánto tiempo de su vida han pasado los pacientes ingresados en prisión. Se observa una elevada media, de más de cuatro años, entre los pacientes que han ingresado alguna vez en prisión, y esto se debe a que, aunque muchos han permanecido menos de un año, otros muchos han tenido condenas muy largas, próximas a los veinte años de prisión. Esto tiene efectos sobre la incorporación social de estos pacientes una vez excarcelados, ya que superados

los 40 años de edad, las posibilidades para encontrar empleo, etc., disminuyen notablemente, con el consiguiente riesgo de volver a delinquir y repetir el ciclo. Por otra parte, si analizados el último año del que se disponen datos, 2013, comprobamos que aumenta en un 6%, hasta un 76% el número de pacientes que no ingresado nunca prisión, lo que puede traducirse en aparentemente una menor actividad delictiva o a un mayor cumplimiento de suspensión de condenas.

8.5. Indicadores de admisiones a tratamiento y volumen asistencial en Galicia

8.5.1. Admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales

Este apartado tiene como objetivo conocer el número de admisiones y readmisiones a tratamiento por año y por tipo de droga, legal o ilegal, y la evolución de la carga asistencial de las admisiones y readmisiones de alcohol, tabaco y otras sustancias respecto de las drogas ilegales. En cuanto al estudio sobre el volumen asistencial, tendría como objetivo, conocer el número de usuarios atendidos cada año por drogas legales e ilegales y el porcentaje respecto del total, y la evolución del número total de usuarios atendidos cada año así como la del volumen asistencial por alcohol, tabaco y otras sustancias respecto de las drogas ilegales. Este aspecto se ha visto abundantemente en los temas puntos 2.2.1.1, 3.5.1 y 4.2 de la parte teórica.

Aunque resulta imposible asegurarlo, debido a la forma de recogida de datos del SEA, se podría hacer una estimación, atendiendo a que si de los 47378 pacientes a tratamiento, como máximo, 27843 (58.7%) fueron en algún momento readmitidos de nuevo, otros 19553 (41.3%) se supone que no acudieron en ningún otro momento a la RADG solicitando asistencia. Esto puede deberse a diferentes motivos, tanto positivos

como negativos. En el primer supuesto, puede entenderse que no acuden porque se han rehabilitado, porque controlan los episodios de consumo o porque son capaces de convivir adaptativamente con su trastorno. En el segundo caso, no acuden porque se mantienen de manera crónica a tratamiento en la RADG, ininterrumpidamente desde 1995, porque han cambiado de red asistencial hacia otra CCAA, porque han fallecido, porque se encuentran internados en prisión, etc.

En Galicia, además de los casi cincuenta mil pacientes que han comenzado algún tipo de tratamiento por alguna sustancia de abuso en RADG, y aproximadamente 12000 usuarios permanecen cada año a tratamiento, en lo que se viene denominando volumen asistencial anual. Esto supone el 0.4% sobre los aproximadamente 2780000 habitantes con que cuenta Galicia. Dicho de otra forma, nos encontraríamos con una tasa de 4316 pacientes por millón de habitantes, siendo la mayor parte de ellos usuarios de drogas ilegales, especialmente heroína y cocaína.

En resumen, se puede concluir que la RADG ha servido para atender problemas de drogas ilegales, aunque progresivamente se observa una disminución de los inicios de tratamiento por esta causa, y un aumento de la demanda por alcohol, habiéndose atendido por esta razón a 5243 pacientes. Los datos del último ejercicio, a partir de los cuales se pueden deducir tendencias futuras, nos muestran que el 77% de las admisiones y readmisiones corresponderían a las drogas ilegales, el 17.4% a alcohol, el 4.7 a tabaco y el 1% a otras adicciones.

También se puede concluir que, generalizando, 47378 gallegos han sido atendidos por la RADG durante el período 1995-2013, y que ésta es una red especializada en drogas ilegales, aunque con el paso de los años cada vez se tratan más casos de alcohol. Las adicciones sin sustancia, por ejemplo ludopatía, apenas tienen, por el momento, incidencia.

De la Tabla 7.32, se puede extraer una serie de conclusiones: en primer lugar, que el total de admisiones y readmisiones a tratamiento por consumo de drogas ilegales, durante el período de estudio, ha sido de 66840, que corresponden a un total de 40837 casos, es decir, a sujetos diferentes que han comenzado un tratamiento, en general, por consumo de heroína, cocaína o cannabis. Se observa una disminución progresiva de admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas ilegales, pasando del máximo en 1997 con 4574 personas, a 2848 en 2012. Por otra parte, el porcentaje de inicios respecto al total, va decayendo también, hasta llegar al 54.3%, lo cual quiere decir, que el 45.7% restante corresponde con sujetos que han recaído y han comenzado de nuevo un tratamiento. También se puede destacar que la media de admisiones y readmisiones por drogas ilegales, atendidas cada año se sitúa en 3518, que corresponden con 2149 sujetos diferentes.

En España, el perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo. La reducción general observada a partir de 1998 en el número de admisiones a tratamiento registradas en Galicia es un proceso perceptible también en el resto del Estado, si bien en este caso es a partir 1999. En el año 2000, el volumen de las admisiones en España se habría reducido en un 9% con respecto a 1998. En los últimos años ha descendido el número de las admisiones por heroína y se ha registrado un aumento de las admisiones por cocaína y por cannabis.

Todo esto da a entender que se ha experimentado un cambio en la RADG, con el desplazamiento hacia la asistencia a drogas legales, debido al cambio de las políticas institucionales y al cambio en la percepción que la población tenía sobre lo que era la RADG, es decir, una red para atender a heroinómanos. En este sentido, aunque la asistencia al alcoholismo en la RADG se está normalizando, todavía queda mucho trabajo

por hacer en lo que se refiere al tratamiento del tabaquismo, aun cuando ha llegado a constituir en 2013 el 4.65% de las admisiones a tratamiento.

Resumiendo, referente al alcohol y tabaco, se constata el creciente aumento de la atención a las personas con problemas relacionados con alcohol, quintuplicándose desde 1995 a 2013, mientras que la asistencia al tabaquismo solamente se duplica, lo que podría interpretarse como la normalización de la red para la atención del alcoholismo, y no en la misma medida para la demanda de atención a los problemas derivados del consumo de tabaco.

En 2011, no se observan cambios llamativos con respecto a 2010, pero se debe destacar que la presencia del cannabis es cada vez mayor, tanto en el total de las admisiones como en las admisiones por primera vez. Así, el cannabis ha pasado de suponer el 10.9% del total de las admisiones a tratamiento en 2005 al 25.6% en 2010, año en el que es responsable del 38.9% de los admitidos a tratamiento por primera vez y de la mayoría (93%) de las admisiones a tratamiento en menores de 18 años de edad. Este ascenso es compatible con el contexto actual de prevalencias de consumo de cannabis tanto en la población general como entre los estudiantes de enseñanzas secundarias. A pesar de haber mostrado una estabilización en las ediciones de 2011 y 2012, el cannabis es la droga ilegal más consumida por ambas poblaciones en España. Las admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) muestran una tendencia ascendente desde el inicio de la serie, que resulta coherente con el aumento de las prevalencias de consumo registrado en la encuesta en población general (EDADES) de 2011 y en el resto de indicadores (mortalidad, urgencias, etc.)

En España se observa que la cocaína es la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento en 2011, (40.4%) del total, seguida de los opioides (29.7%), y del cannabis (25.6%). Si se consideraran sólo los datos referentes a las admisiones por

primera vez en la vida, las diferencias a favor de la cocaína son aún mayores. En este caso, la cocaína es la droga que causó más primeras admisiones (42.5%), seguida del cannabis (38.9%), y los opioides (13.2%). La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33 años para el conjunto de las admisiones, para ambos sexos, similar a la de años anteriores y de 30.3 años para las primeras admisiones.

El número de admisiones a tratamiento en España en 2012 fue de 146790, distribuidas por CC.AA. como se puede ver en la Tabla 8.3.

Tabla 8.3

Distribución de admisiones a tratamiento ambulatorio por CC.AA. de España en 2012.

CCAA	Admisiones	CCAA	Admisiones
Andalucía	21349	Extremadura	2685
Aragón	5645	Galicia	12606
Asturias	4500	Madrid	21867
Baleares	6491	Melilla	213
Canarias	12632	Murcia	4387
Cantabria	1473	Navarra	2062
Castilla - La Mancha	9858	País Vasco	10325
Castilla y León	4298	Rioja	1039
Cataluña	12450	Comunidad Valenciana	12013
Ceuta	897	Total España	146790

La evolución seguida por las admisiones a tratamiento registradas en Galicia muestra como entre 1986 y 1994 se produce un continuado incremento en las mismas, al que le sigue un período de estabilización entre 1995 y 1997, para iniciar a partir de 1998 un descenso que se mantiene hasta el año 2000. En el año 2001 se ha producido un cierto repunte en las admisiones, que rompe el ciclo descendente que se venía produciendo en los tres últimos años, al haberse incrementado las admisiones en un 4.6% respecto al año 2000. Durante 2001 se produjeron un total 3666 admisiones a tratamiento en los centros extrapenitenciarios integrados en la red gallega de atención a las drogodependencias, de las cuales 306, estuvieron motivadas por el abuso y/o dependencia del alcohol y el tabaco,

el 8.3%, y el resto a drogas ilegales. La reducción de las admisiones a tratamiento, se compatibiliza con el ligero incremento experimentado en el número de personas atendidas en los centros asistenciales del PGD.

La explicación a las tendencias contrapuestas observadas en la evolución de las admisiones a tratamiento, de signo descendente, y del volumen asistencial, ligeramente ascendente, se encuentra en las variaciones que se han producido a lo largo de la década de los noventa en la oferta de servicios dirigidos a la población drogodependiente. El creciente nivel de desarrollo alcanzado por los programas de tratamiento con derivados opiáceos (PTDO) en los últimos años ha contribuido a la fidelización o estabilización en el tratamiento de los consumidores de opiáceos, evitando en gran medida la rotación de los mismos por los diferentes centros asistenciales.

Mientras que las admisiones en los programas de tratamiento con antagonistas opiáceos (PTANO) han sufrido una reducción muy intensa, del 66.8% entre 1995–2001, las entradas en los PTDO aumentaron de forma continuada hasta 1998, reduciéndose posteriormente, hasta situarse en los niveles de 1996. Pese a esta reducción, los PTDO continúan canalizando la mayoría de las admisiones a tratamiento que todos los años se producen en Galicia. Por su parte, las admisiones en los programas de tratamiento libres de drogas (PTLD) se han mantenido estables, con variaciones interanuales poco definidas, desde 1996.

Más recientemente, en Galicia el volumen asistencial de 2012 fue de 12606 pacientes, mientras que en España sumando todos los pacientes atendidos en las CC.AA., fue de 146790, en Europa se estima que al menos 1.3 millones de personas recibieron tratamiento por consumo de drogas ilegales durante 2012, de los cuales 383175 fueron admisiones o readmisiones a tratamiento. El número de personas a tratamiento por consumo de drogas, por millón de habitantes, en Galicia, España y Europa, fue de 4669,

3137 y 2572 respectivamente. Es decir, la tasa gallega de pacientes a tratamiento es superior a la de España y a la de la Unión Europea.

En relación al volumen asistencial de los pacientes a tratamiento en España, Galicia supone en 2012 el 8.58%, casi un 3% por encima de lo que le correspondería por población, que como se vio al comienzo del capítulo era del 5.96%. Si comparamos Galicia con Europa, el volumen asistencial de Galicia es del 0.97%, cuando Galicia solo supone el 0.55 de la población Europea.

Por lo tanto se puede concluir que el problema de las drogodependencias en Galicia, tiene una mayor prevalencia que en España y en Europa.

Pero no se puede hacer una proyección del futuro de las drogodependencias en Galicia, así como de sus potenciales drogodependientes, sin analizar los cambios demográficos que se están produciendo. Galicia cerró 2014 con una población de 2748695 personas, lo que supone un descenso de 17245 personas, 7780 mujeres y 9465 hombres, respecto a 2013, en el que la población fue de 2765940 personas, siendo la quinta comunidad autónoma de España en cuanto a población se refiere. La población femenina es mayoritaria, con 1423038 mujeres, lo que supone el 51.77% del total, frente a los 1325657 hombres que son el 48.22%. Galicia presenta una densidad de población moderada, con 93 habitantes por kilómetro cuadrado, está en el puesto siete de las CC.AA. en cuanto a densidad poblacional. Galicia ha arrancado demográficamente el 2014 con los peores registros de lo que va de siglo. Al imparable saldo negativo, que desde finales de los años ochenta presenta más fallecimientos que nacimientos, se une, para ensombrecer aún más el escenario poblacional, una creciente fuga de residentes extranjeros y una más que notable pérdida de jóvenes.

El desastroso panorama demográfico, retrata a una Galicia que pierde población por cuarto año consecutivo, según los datos del padrón continuo que con efectos del 1 de

enero de 2014 publica Instituto Nacional de Estadística. La comunidad tiene ahora 2.74 millones de habitantes, 18381 menos que al inicio del año pasado. Es el mayor descenso de todo el siglo XXI, lo que evidencia que el problema demográfico no encuentra en Galicia ni solución ni tampoco freno, es como si hubiera retrocedido doce años poblacionalmente.

Pero lo más importante, la pérdida de integrantes de los grupos más jóvenes aporta gran parte de las respuestas a la intensidad del declive demográfico que está sufriendo Galicia. A los 118622 jóvenes que ha perdido el grupo de edad de entre 15 y 34 años desde el 2008 hasta el 2013 se unen ahora 27207 más en los que dicho contingente ha vuelto a bajar en el último año, también el peor en lo que a su evolución negativa se refiere. Los jóvenes comprendidos entre ambas edades eran hace solo dos años el 22.5 % de la población de Galicia, y ahora, a 1 de enero del 2014 son el 20.7 %, en total 569955 integrantes. Con dicho desplome en el padrón respecto al número de jóvenes, no es de extrañar que entre ellos se encuentre el grupo quinquenal que más desciende de toda la pirámide de población de la comunidad. El repunte en la emigración joven y la marcha de parte de los inmigrantes llegados en los últimos años hace que entre 30 y 34 años se registre una caída en el padrón de 12155 personas entre enero de este año y el mismo mes del anterior. Ahora son 193799 los jóvenes de dichas edades que viven en Galicia, 37030 menos que hace tan solo cinco años. En otros 8626 jóvenes baja el grupo de 25 a 29 años, y en más de tres mil cada uno lo hacen también los que abarcan de 20 a 24 y de 15 a 19.

Habría que preguntarse si estas cifras son perjudiciales para todos los ámbitos de la sociedad (empleo, pensiones, vertebración territorial, etc.), o si en el terreno de las drogas sería beneficioso, ya que se experimentará una clara disminución cuantitativa del consumo y por tanto de los posibles usuarios que acudirían a la red asistencial. El escenario que nos podemos encontrar en los próximos años será el de una reducción de

los inicios de tratamiento entre la población joven, una estabilización de las readmisiones a tratamiento, una población estable cronificada en PTDO o en otros programas, y un aumento de la atención a usuarios de drogas legales (alcohol y tabaco), y por adicciones comportamentales. Igualmente será notorio el incremento de la edad media de los pacientes a tratamiento, ya que en un plazo de diez años, es decir en la década 2020-2030, las UCAs deberán estar dotadas y preparadas para la atención a unos pacientes que se han hecho mayores, y por tanto estaríamos hablando de una asistencia con un componente importante gerontológico.

8.5.2. Volumen asistencial

La importancia del volumen asistencial reside en que gracias a él, se puede dimensionar correctamente la respuesta sanitaria que hay que dar al problema de las drogodependencias, tanto en su vertiente organizativa, formativa, preventiva, como de asignación recursos económicos para hacerlas frente. En este último supuesto, es de especial consideración lo referente al tamaño de la RADG, y por tanto a las zonas geográficas donde deben implantarse las unidades asistenciales especializadas y a los profesionales encargados de la asistencia a los usuarios de drogas.

Los datos de inicios y reinicios anuales corresponden con lo esperado puesto que A Coruña, con 1141286 habitantes (41.17%) es la provincia más poblada de Galicia, seguida de la de Pontevedra, con 954887 habitantes (34.43%). Es razonable pensar que a mayor población, que además comparte una serie de características culturales y sociales comunes, mayor porcentaje de pacientes. Sin embargo, esa posición no se mantiene en el caso del volumen asistencial, puesto que es mayor en Pontevedra que en A Coruña, básicamente debido a que los pacientes de la primera se mantienen más tiempo en la red que los de la segunda. Esta mayor permanencia se debe al mayor número de pacientes de

metadona de la provincia de Pontevedra que de A Coruña. Razones de tipo histórico justifican esta relación inversa: una sociedad industrial y postindustrial mayor de Pontevedra, una población de aluvión procedente de unos ciclos migratorios masivos durante la década de 1960, que supuso, por ejemplo el excepcional crecimiento de la ciudad de Vigo. Igualmente en esta provincia ha estado implantado desde hace décadas la actividad ilegal del narcotráfico más importante de Galicia, y por último, es en Pontevedra donde mayores niveles de consumo de heroína ha habido, lo cual repercute en una cantidad mayor de inicios de tratamiento y consecuentemente de programas de mantenimiento con metadona.

En Galicia se evidencia una reducción del número de pacientes a tratamiento con metadona, que llegó a alcanzar el 72.1% de la asistencia total de la RADG en 2002, hasta llegar el 55.4% en 2013. Esto en términos generales se puede interpretar como algo positivo aunque quedan algunas sombras de dudas. Por ejemplo, dilucidar si esta reducción se debe a la menor incidencia o prevalencia del problema, o bien a que habiendo un importante contingente de metadona en el mercado negro muchos pacientes prefieren adquirir la metadona en estos círculos antes de acudir a un centro donde se van a enfrentar a una normativa cuanto menos incómoda (horarios, controles de orina, distancias, etc.).

En 2012 recibieron este tratamiento de sustitución en Europa unos 734000 consumidores de opioides. Esta cifra es relativamente estable en comparación con la de 2011, 726000, pero superior a la de 2007, 630000 pacientes. En 2012, cinco países notificaron incrementos de más del 25% en el número de consumidores en comparación con el año anterior.

8.6. Intervenciones sobre la población de drogodependientes

8.6.1. Número de intervenciones por programa

El análisis de los datos conseguidos de la agrupación de las series anuales sobre la intensidad interventiva de los programas de tratamiento, permite comprobar una serie de tendencias:

1. Que el programa de tratamiento con derivados opiáceos (metadona) es el auténtico protagonista de la red, con un 66.20% del total, y con una tendencia a disminuir, como se comprueba en 2013, con un 59.81% del total. Ha sido una red asistencial montada para los consumos de heroína de la década 1985-1995, y la mayor parte de la actividad de los centros gira en torno a este programa: intervenciones individuales, sanitarias, de urinoanálisis, etc., con muchos pacientes cronificados que en general mantienen un contacto muy estrecho con las UADs. Pacientes que pueden llevar más de veinte años a tratamiento con metadona, que frecuentan muy a menudo las UADs, incluso a diario, y que su vida gira en torno a la toma de la sustancia y a las relaciones que establecen con los profesionales del centro y con los pacientes con los que allí se encuentran. Sin embargo, a pesar del descenso de los inicios de tratamiento por heroína, y por tanto, de la disminución de PTDOs, no podemos infravalorar la importancia de este programa, ya que hoy por hoy sigue absorbiendo casi el 60% de la energía de los centros de la RADG.

2. Que se percibe un incremento reciente en las intervenciones de los programas libres de drogas, debido fundamentalmente, a la incorporación de los consumidores de cannabis, a los que hay que incorporar a este programa, y que suplen a los de heroína, en descenso, que eran los que alimentaban las cifras del PTLD.

3. Que aparece una tendencia a la disminución del número de intervenciones en el PTDP (cocaína), siendo 2010 el año que más intervenciones registró, con 35444, y 2013

con 29684 intervenciones. La explicación más razonable para este fenómeno, es que el consumo de cocaína no ha ido en aumento, sino todo lo contrario (las encuestas del PNSDs, así lo corroboran), debido a la crisis económica y probablemente a la mayor toma de conciencia de la población sobre los graves riesgos que entraña el consumo de cocaína.

4. Que el programa de antagonistas opiáceos (naltrexona) se ha convertido en un programa testimonial, cada vez menos utilizado y que año tras año disminuye su presencia en la red, pasando del 26% de todas las intervenciones en 1996 a un 0.94% en 2013.

5. Que se nota claramente el aumento de las intervenciones relacionadas con el alcohol (PTIA), lo que quiere decir, que la RADG se está normalizando cada vez más, que atienden más casos de drogas legales, y que, en el caso del alcoholismo, está ocupando un espacio que tradicionalmente correspondía a las UTAs (Unidades de Tratamiento del Alcoholismo) y a otras muchas instancias que lo compartían, como atención primaria, atención especializada, salud mental, ONGs y grupos de autoayuda.

6. La RADG ha realizado durante el período 1995-2013 un total de 5155324 intervenciones, con una media anual de 271333 intervenciones. Anualmente se fue incrementando la actividad interventiva hasta 1999, que alcanzó la cifra de 339795, para ir decayendo posteriormente hasta 2013 con 291161 intervenciones. Se observa una tendencia al aumento de intervenciones en todos los programas, excepto en el PTDO en que se aprecia una disminución, pasando de 233265 en 2009 a 174204 en 2013.

8.6.2. Indicador diario de atención sociosanitaria: intervenciones médicas, psicológicas y sociales.

Este indicador trata sobre las intervenciones médicas, psicológicas y sociales y permite estudiar la evolución del rendimiento asistencial diario (media) y anual (suma) y

total de las categorías de médico, psicólogo y trabajador social, así como la evolución del porcentaje sobre el volumen asistencial anual de las tres categorías profesionales.

Los datos de este apartado han sido seleccionados en función del número de casos diarios atendidos, no del número de las intervenciones realizadas diariamente. Esto quiere decir que un profesional puede realizar más de una intervención diaria por paciente, de hecho así es, pero creemos que es más ilustrativo reflejar los casos atendidos cada día por profesional. Se trata de saber cómo recaen las 5151421 intervenciones, ejecutadas en 47378 pacientes diferentes, sobre el ejercicio profesional de las tres categorías antes mencionadas. Aprovechando esta coyuntura, podrían generalizar diciendo que cada paciente ha sido beneficiario de media, entre 1995 y 2013, de 108.7 intervenciones (médicas, psicológicas, sociales, etc.) por sujeto.

La interpretación sobre el número de casos diarios atendidos es compleja, sobre todo si lo comparamos con el rendimiento en otras áreas sanitarias, por ejemplo, en atención primaria o especializada. Habrá quien piense que no es una carga excesiva atender entre seis y nueve pacientes diarios de media, en el peor de los casos, y habrá quien considere que dadas las características de este tipo de población es más que suficiente.

Analizando la serie anual, no se observan grandes diferencias, que puedan ser indicativas de grandes variaciones en la presión asistencial, manteniéndose uniforme durante las últimas dos décadas. Únicamente se detecta una leve reducción a ocho casos diarios, por parte del médico y un ligero incremento de las otras categorías. A la vista de los datos, por la consulta del médico, en algún momento determinado, pasan el 78% de los pacientes, en general para iniciar un tratamiento farmacológico, con metadona, modificar dosis, dispensar recetas, solicitar analíticas de sangre, etc. Muchas de estas intervenciones, además, son exclusivas de la categoría médico, por lo que forzosamente

deben pasar por ella la mayor parte de los pacientes. Se constata una disminución de la atención de esta categoría en 2013, es decir dejar de atender a un 6% menos de los pacientes, lo cual puede explicarse por el acceso a la red de pacientes que no requieren obligatoriamente atención médica, por ejemplo, consumidores de cannabis, pacientes que acuden sólo por una problemática judicial o para evitar la multa derivada de una sanción administrativa.

Por último los datos medios de la red albergan grandes diferencias entre las diferentes unidades asistenciales. Así un análisis pormenorizado por UAD/UCA nos permite comprobar grandes diferencias intercentros, que se traduce que en algunos centros pueden llegar a trabajar el doble que en otros, dependiendo de la forma de trabajo de cada servicio, del estilo de los profesionales, de la zona geográfica, del tamaño de la población donde está ubicada, etc.

8.6.3. Intensidad de la intervención por programas: intervenciones recibidas, días con actividad, permanencia en programa.

El índice de actividad en los programas de drogas ilegales, tanto en los DCA SU y DCA CU, oscila entre el 5% y el 14%, lo que quiere decir que del total de días de permanencia a tratamiento, esos porcentajes reflejan los días en que hubo algún tipo de actividad. El IAS total más importante corresponde al PTDO seguido del PTDP con un 0.14 y un 0.13 respectivamente.

En general, como era de esperar, los días con actividad, sea con análisis de orina o no, siempre reflejan una cifra menor que las intervenciones recibidas, ya que es relativamente común, en todas las UADS, aprovechar el día que el paciente acude al centro, no solo para realizarle un control de orina, sino para que le atienda el psicólogo, el médico y/o la trabajadora social con una intervención individual, familiar, sanitaria, etc.

Respecto al Índice de actividad, es decir a las intervenciones realizadas, las cifras obtenidas son superiores si se comparan con el IAS, por la razón antes argumentada. Esta diferencia se sitúa en todos los programas entre el 30% y el 50%, lo que quiere decir es el porcentaje de intervenciones recibidas sobre los días con actividad.

En resumen, los datos obtenidos de los dos índices anteriores, el de asistencia y el de actividad, informan que no hay grandes variaciones entre los programas, porque, si bien globalmente, el número de días con actividad y el número de intervenciones pueden ser muy diferentes en cada programa, en cuanto se introduce en el denominador el factor número de días de permanencia, el resultado tiende a igualarse.

Desde otra perspectiva, y procediendo al análisis singular de cada programa, del PTLD, se desprende el aumento progresivo anual de los días de actividad y de las intervenciones, tanto con urinoanálisis (DCA-CU) como sin urinoanálisis (DCA-SU), así como de la Media de Días de Permanencia (MDP), llegando a obtener una media de 29 días con actividad, 64 intervenciones y 280 días de media de permanencia, durante el período 1995-2013, habiéndose obtenido un incremento en 2013 un incremento de todos estos valores.

En segundo lugar, los datos del PTDO, sugieren igualmente el progresivo aumento anual de los DCA-CU, de los DCA-SU, y de la así como de la MDP, llegando a obtener una media de 104 de DCA, 140 intervenciones y 713 días de MDP, durante el período 1995-2013, habiéndose obtenido también en 2013 un incremento de estos valores.

En tercer lugar, los datos del PTANO, proponen lo contrario, en lugar de tendencias al alza, se observan tendencias a la baja tanto en todos los parámetros, con una muestra cada vez más pequeña y poco representativa debido a la baja utilización de este programa, hasta caer en el desuso, tanto por parte de los profesionales, pero sobre todo por la falta

de interés mostrada por los pacientes, desde el momento en que se generalizaron los programas de metadona.

En cuarto lugar, los datos al PTIA, resultan paradójicos ya que no muestran una tendencia uniforme, sino fluctuante. Esto es debido, por una parte, a la recencia del programa en la RADG, y por otra, a las diferencias en la forma de trabajar el alcoholismo desde las distintas UADs de Galicia, donde para algunas es una adicción que han tratado históricamente, mientras que para otras, sobre todo las de las grandes ciudades, es algo más novedoso. Esto tiene implicaciones, ya que algunos datos extremos registrados desde algunas UADs modifican severamente algunas medidas, como la media, y puede alterar la interpretación de los valores expuestos en la Tabla 7.48. Se trata, en definitiva, de un programa que para ser evaluado correctamente, es preciso que transcurran unos años más con el fin de comprobar el grado de implantación y de normalización que puede llegar a alcanzar en la RADG. En cualquier caso, al igual que en los programas anteriores, los datos arrojan que media de DCA es de 42, que la media de intervenciones es de 70 y que la MDP, durante el período 2004-2013, ha sido de 265.

En quinto lugar, y por último, los datos correspondientes PTDP, de los cuales se puede colegir un aumento general y paulatino de todos los indicadores, llegando a obtenerse una media de 45 de DCA, de 71 intervenciones y de 344 días de MDP, durante el período 2004-2013, habiéndose alcanzado recientemente, en 2013, un incremento de estos valores hasta llegar a 66, 98 y 481 respectivamente. Esto demuestra la fuerte implantación que ha adquirido este programa en la red, con indicadores realmente exitosos, pero al que hay que realizar un seguimiento durante los próximos ejercicios para saber cómo le pueden influir el descenso en las tasas de consumo entre la población de Galicia, así como las repercusiones que haya podido tener sobre el consumo de cocaína la crisis económica y los altos niveles de desempleo entre la gente joven. Por otra parte, un

significativo contingente de pacientes que acudían solicitando asistencia por el consumo de cocaína, lo hacían con motivo de la imposición de una sanción administrativa, cuya remisión dependía del comienzo de un tratamiento. Esta situación puede cambiar, y así ha sido, con la promulgación de la nueva Ley de Seguridad Ciudadana, donde se ha derogado para los mayores de edad, la posibilidad de sustitución de multa por tratamiento.

La conclusión más importante que se puede extraer, es que los tratamientos de drogodependencias son largos, que los pacientes deben acudir muchas veces a sus centros de referencia, que reciben numerosas intervenciones y que permanecen muy a menudo varios años, o incluso toda la vida, a tratamiento. Esto da cuenta de la intensidad de la intervención, ya que en períodos breves de tiempo, los pacientes son vistos, desde una vez por semana, a varias veces al mes, lo cual no admite parangón con otros trastornos del resto de disciplinas médico-sanitarias, donde el sistema sanitario no soportaría este nivel de atención, y donde los espacios entre consultas son mucho mayores, como lo son las listas de espera, la recuperación de consultas perdidas, etc. Resulta evidente, que la eficacia de los tratamientos de las adicciones depende de la continuidad, y de la rapidez de las intervenciones, así como del seguimiento constante que se haga del caso.

Por otra parte, la tasa de retención en tratamiento ha sido considerada como un criterio de evaluación de los programas asistenciales, y se ha sugerido que la retención debería ser un indicador de calidad. Algunos estudios sugieren que menos de 90 días en tratamiento apenas producen cambios en los sujetos. Para los programas de metadona es necesario permanecer más de un año y para los libres de drogas, la eficacia aparece a partir de los seis meses.

Si se aceptan estos parámetros, se podría decir que la asistencia que proporciona la RADG está por encima de ellos, ya que no hay ningún programa cuya MDF sea inferior

a 90 días, los PTDO están casi en el doble, es decir, dos años, y los PTLD y PTDP, también duplican las previsiones de calidad.

8.7. Motivos de salida y permanencia en los programas asistenciales de la RADG

8.7.1. Motivos de salida por programa

Este epígrafe facilita el conocimiento de la evolución de los motivos de salida de cada programa durante el período 1995-2013 y la evolución anual por datos agrupados: alta, abandono, derivación, reestructuración, fuerza mayor, fallecimiento, expulsión y total de salidas de programa.

El Indicador de motivo de salida, de programa o centro, define la causa y la fecha de salida, por los siguientes motivos: alta terapéutica, abandono, expulsión, fuerza mayor, derivación (total y parcial), continuidad y cambio de programa (por necesidad de reestructuración terapéutica o por cumplimentación de los objetivos inicialmente propuestos).

El objetivo asistencial más importante de la RADG, es que además de que los pacientes obtengan el alta terapéutica, no recaigan y no tengan que volver a entrar en el sistema. Para ello es necesario mejorar las intervenciones con el fin de evitar abandonos, limitar las derivaciones a lo necesario, y reducir en la medida de lo posible la habitual circulación de los drogodependientes por toda clase de dispositivos. No se menciona, por obvio, que otro objetivo primordial es evitar la muerte de los pacientes, que aunque es imposible saberlo con exactitud, al menos se tiene constancia de que la RADG ha notificado el fallecimiento de 1923 usuarios, lo que sobre un total de 47378, nos proporciona un porcentaje del 4.05%. Estas muertes han sido producidas por diferentes

motivos, desde reacciones agudas por el consumo de drogas, es decir, sobredosis y adulteraciones, a enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, VHC, etc.), neoplasias, accidentes, actividades delictivas, etc., lo que supone un importante coste social, emocional y productivo para la sociedad gallega.

Por programas, el POA, cada vez cumple mejor su cometido, ya que de lo que se trata es que exista una transición hacia otro programa terapéutico y esto es consigue, en otras palabras cada vez retiene más y la oferta terapéutica que se realiza al paciente en la acogida suele ser de su interés. Los datos reflejan que el 87% de las acogidas, en 2013 finalizan con éxito pasando el paciente a un programa posterior de tratamiento. Uno de los objetivos sería intentar perder el menor número de pacientes posibles en la transición desde la acogida al tratamiento, ya que un 9.3% no acuden a la siguiente consulta programada, es decir, abandonan el tratamiento. No se detectan casos de expulsiones en este programa, y se localizan 61 casos de fallecimiento mientras no transitan a otro programa de tratamiento, lo que supone un 0.1% de todas las acogidas durante 1995-2013.

En cuanto al PTLD, éste es un programa complejo, mal diseñado desde el SEA, ya que puede dar cabida tanto a pacientes de heroína como a pacientes de otras sustancias, como el cannabis, que poco tienen que ver entre ellos. Aunque se constata que anualmente el porcentaje de altas o de cumplimentaciones de objetivos en general no ha dejado de aumentar, sin embargo, también aumentan los abandonos, sin duda debido a la disminución de la adherencia motivada por la reducción de los PTDO que transitan hacia el PTLD una vez finalizada su desintoxicación de metadona. Estos pacientes mantenían unos vínculos más estructurados con los profesionales, mientras que la incorporación más reciente a los PTLD de pacientes consumidores de cannabis, más proclives al abandono prematuro, hace que se incrementen los porcentajes de este tipo de salida. Este

es un fenómeno, que también se repite en el PTIA, por alcohol, y en el PTDP por cocaína. Insistiendo en el tema, se observa reciente una tasa de abandono del 42.70% de los sujetos que o bien lo dejan porque no sienten recibir ningún beneficio de la asistencia, y por lo tanto porque no cesan en el consumo, o bien porque se dan ellos mismos el alta terapéutica, sin pactarla con el centro o con los terapeutas, y en este caso habría que pensar que el problema de adicción estaría en vías de resolución. Por lo tanto, un objetivo fundamental del PTLD es incrementar las altas terapéuticas y reducir al máximo los abandonos.

Respecto al PTDO, como en el caso anterior, hay que trabajar en el aumento de las altas terapéuticas (16.4%), reducir las tasas de abandono (26.2%) y de los fallecimientos (5.19%), que han repuntado tal y como se ha analizado anteriormente, debido al deteriorado estado de salud y a las prácticas de riesgo de los pacientes del PTDO. También se constata una estabilización de la tendencia al aumento de los abandonos, después de una zona valle donde desde 2003 a 2007, donde se había reducido al máximo. Este dato se puede interpretar y justificar de varias formas: debido a que cada vez hay más metadona en el mercado negro de la calle de la cual se pueden suministrar sin acudir a la UADs, o bien porque los pacientes disponen cada vez de mayor cantidad de metadona acumulada en sus domicilios y por tanto pueden dejar de acudir a los centros sin dar cuenta de ello a sus terapeutas. Esta tendencia a la disminución por alta terapéutica o por cumplimentación de objetivos, hace pensar que cada vez hay más pacientes crónicos a los que les resulta muy difícil superar su dependencia a la metadona. Por otra parte, el aumento de los fallecimientos da a entender la precaria situación de salud de los pacientes, que en general no solo fallecen por el uso de drogas sino por múltiples enfermedades asociadas con su consumo. También es notoria la alta tasa de derivaciones (34.79% en 2013), que en gran parte se debe a los traslados de los pacientes de una UAD

a otra de Galicia, o de España, y sobre todo a los ingresos en los diferentes Centros Penitenciarios de Galicia. Del mismo modo, la comprobación de la disminución de expulsiones, señala que por un lado los pacientes se han vuelto más normativos, que los profesionales han avanzado en el manejo de los pacientes conflictivos y que las normas del PTDO se han flexibilizado con el paso del tiempo.

Relacionado con el PTANO, que es un programa en franco desuso, tan sólo 44 salidas de programa en 2013, con poca aceptación por parte de los pacientes y con un difícil control externo debido a la falta de apoyo familiar con que en la actualidad cuentan los consumidores de opiáceos. Se trata de un programa de la época de antes de la metadona, es decir, pre-metadona, donde a partir de la generalización del uso de los PTDO, comenzó su declive. Además del desinterés que despierta entre los pacientes, la suma de lo que podríamos denominar fracasos llega al 80% en 2013. Sin embargo, sigue siendo útil para un muy reducido grupo de pacientes, especialmente para aquellos que nunca han querido recurrir a la metadona, y que ante una recaída solicitan incorporarse a este programa.

En relación al PTIA, señalar que los datos indican que cada vez se producen más admisiones durante los últimos años por problemas de alcohol, pero todavía es muy reducido el número de salidas por algún motivo, 42 en 2013, por lo que no se pueden generalizar las conclusiones. De esta cifra, se puede concluir que hay que reducir las tasas de abandono y para ello se requiere una mayor formación sobre alcoholismo para unos profesionales de una red que fundamentalmente estaba especializada en el tratamiento de adicciones a drogas ilegales.

Por último, el PTDP, ha sido el programa que más ha crecido durante los últimos años, y como en los otros, hay que intentar reducir ese 50% de abandonos, pero teniendo en cuenta que una parte de ellos no se debe forzosamente a que el paciente siga en recaída.

Por el contrario, el PTDP es un programa que recibe a pacientes que consumen una vez al mes como a los que lo hacen a diario, y muchos de ellos deciden darse a sí mismos el alta terapéutica una vez que han conseguido sus objetivos. Estos objetivos no tienen por qué coincidir con los de su familia o los de los profesionales.

En resumen, extrayendo sólo aquella información más relevante del período 1995-2013, se encuentra que los programas que más altas terapéuticas y CP-CO generan, son por este orden el PTIA, PTLT, PTDP, PTANO Y PTDO, con valores entre el 29,46% del primero y el 18,82% del último, es decir, el PTDO es el programa en el que más complicado resulta salir con un éxito terapéutico.

En cuanto a la tasa de abandono el orden sería PTDP, PTLT, PTIA, PTANO y PTDO, con valores entre el 49.07% y el 22.33%, lo que quiere decir que el PTDO es el programa que menos abandonan los pacientes y que más retención consigue, al igual que menos CP-RO. Por lo tanto, aunque el PTDO proyecte el menor número de altas terapéuticas, sin embargo es el programa más estable, a la hora de mantener a la población a tratamiento. Este resultado, siempre fue uno de los objetivos perseguidos por las diferentes entidades y autoridades sanitarias. Sin embargo, hay que prestar especial atención a la tasas de fallecimiento, puesto que el PTDO, con un 4.07% llega a cuadruplicarla en relación a otros programas, como el PTLT, con un 0.97%.

Otra forma de agrupar los datos más relevantes en relación a las altas terapéuticas (AT), que son lo más parecido al concepto social de curación, es seleccionando únicamente los datos provenientes de los programas que más impacto han tenido en la RADG durante el período de estudio. Así se obtiene que la media de salida por alta terapéutica durante 1995-2013 en el PTLT fue del 21.8% mientras que la del PTDO fue del 5.7%, claramente y de forma alarmante, inferior. Esta disparidad se compensa, en cuanto se incluye en el PTDO los datos de CP.CO, es decir, los casos de pacientes de metadona que finalizan

adecuadamente su programa y que antes de ser dados de AT transitan hacia otro programa, en general al PTLD, para evitar recaídas y preparar su proceso de incorporación social. En este supuesto, la media que alcanza el PTDO llega al 18.6%, acercándose de manera importante al 21.8% del PTLD o al 20.5% del PTDP. Los tres programas más significativos de la RADG como el PTLD, PTDO y PTDP, acaban obteniendo cifras similares, en torno al 21%, en cuanto al porcentaje de salidas por alta terapéutica, es decir por éxito terapéutico, incluyendo el CP.CO en el PTDO. En cualquier caso, uno de los objetivos más importantes sería el de aumentar progresivamente estos porcentajes de alta terapéutica, ya que pueden interpretarse como bajos o moderados. Como ya se ha mencionado, esto no significa que aquellos pacientes cuyo motivo de salida no sea el alta terapéutica, realmente no se hayan recuperado. Se sabe que lo mismo que los pacientes se auto medican, también se conceden a sí mismos el alta terapéutica una vez que se sienten recuperados, solo que en este caso lo más probable es que el SEA los contabilice como abandonos.

Para concluir, si la muestra está formada por 47378 sujetos diferentes admitidos a tratamiento, de los cuales 27843 fueron readmitidos de nuevo, una o varias veces en general debido a una recaída, es de suponer que como mínimo 19535 no volvieron a demandar tratamiento en la RADG, lo que podría interpretarse de varias maneras. Por ejemplo, que siguen consumiendo pero que no solicitan tratamiento, que recurren a centros fuera de RADG, o bien, que han superado su adicción, es decir, altas terapéuticas. En este caso, el porcentaje de éxito terapéutico habría que situarlo en el 41.23%, pero la falta de datos homogéneos de España y Europa, impide establecer comparaciones interterritoriales.

8.7.2. Permanencia

Se trata de conocer la evolución de los días de permanencia en cada programa, según el año y el motivo de salida, aspecto fundamental de esta tesis, es decir, conocer el tiempo de permanencia de los sujetos en cada programa, desde que se le abre hasta que se le cierra. Se observa un aumento progresivo en los días de permanencia, lo cual confirma el objetivo de la RADG de mantener a los sujetos el mayor tiempo posible en contacto terapéutico. Así por ejemplo, si la media de permanencia durante el período 1995-2013 en el PTLD era de 280 días, en 2013 fue de 362, en el PTDO de 713 a 1229 días, y en el PTDP de 344 a 481 días, es decir, un aumento de permanencia entre un 30% y un 40% de incremento.

Los datos reflejan que el tiempo de permanencia, en las altas terapéuticas de los PTLD está en torno a un año de tratamiento y que la permanencia en los abandonos es de año y medio. Esto sugiere que muchos de los abandonos son debidos a que el propio paciente se otorga el alta terapéutica, al considerar que ya no necesita los servicios de un centro de drogodependencias. Incluso las expulsiones del tratamiento de los 564 sujetos, casi exclusivas de los PTDO, está en 716 días, es decir no se expulsa a sujetos recién llegados a la red.

En general los datos confirman que se cumple el objetivo de mantener el mayor tiempo posible a los sujetos dentro de la red asistencial, como una forma de reducción del daño a todos los niveles. Los valores de días en permanencia aumentan en todos los supuestos de motivos de salida, tanto para recibir el alta como para el abandono, el CP-CO o el CP-RO. Igualmente, aumentan de manera considerable los días a tratamiento incluso para los casos de fallecimiento. En 2013, destaca la cifra de 454.7 que los pacientes del PTLD tardan en abandonar el programa, lo cual duplica la media del período de estudio.

Por otra parte, que las altas terapéuticas en los PTDO, estén en torno a los 3.6 años, y que el cambio de programa por cumplimentación de objetivos sea de 2.8 años, significa que los PTDO son largos, y que a pesar de los deseos manifestados por los pacientes cuando se inicia el tratamiento con metadona, de hacerlos lo más cortos posible, esto no se plasma en la realidad, y al final son varios los años necesarios para deshabituarse de los agonistas opioides.

Como ya se ha mencionado en otras ocasiones, los resultados que ofrecen los datos del PTIA, hay que reasegurarlos durante los próximos años, mediante la incorporación a la RADG de un mayor volumen de admisiones a tratamiento por alcoholismo, y mediante una implantación más homogénea del programa en todas las Unidades Asistenciales de Drogodependencias.

También hay que destacar los altos niveles de retención que logra el PTDP, para el tratamiento de psicoestimulantes, véase cocaína, donde la media de permanencia para obtener el alta terapéutica es de casi dos años, y los abandonos que se producen, lo hacen después de un año de tratamiento.

Lamentablemente, queda por responder qué se entiende por alta terapéutica, y qué relación guarda con la abstinencia. Para ello, sería útil contar con un Indicador de Abstinencia fiable, basado en la técnica de urinoanálisis, y en el número de controles positivos o negativos. Este es un indicador complejo que no mide lo que se propone por diversas razones, como la frecuencia de solicitud urinoanálisis no está reglada ni intercentros ni intracentros, la pureza la droga que cambia los parámetros resultantes, las manifestaciones de consumo que evitan la realización de la prueba y que no siempre se registran, las falsificaciones de orina, etc.

Para finalizar, los datos de la Tabla 7.62, son elocuentes, ya que se aprecian diferencias significativas entre el aumento de la MDP entre los diferentes programas.

Todos aumentan progresivamente, si bien con pendientes de crecimiento muy distintas, correspondiendo el crecimiento más acelerado al PTDO, corresponde a PTDO ($B = 50.863$, $R^2 = .97$), seguido de PTDP ($B = 35.153$, $R^2 = .90$) y de PTLD ($B = 6.781$, $R^2 = .70$), lo que también indica que el aumento es mucho menor y menos predecible en PTLD. Estos datos son compatibles con la práctica clínica, donde se comprueba esta realidad a diario, especialmente en lo referido al incremento de los pacientes y de las intervenciones correspondientes al PTDO, durante los primeros 10 años del estudio, y al PTDP, durante los 10 últimos.

8.8. Programas asistenciales e intervenciones

Este apartado permite conocer las intervenciones realizadas en todos los centros y servicios de la red durante el período 1995-2013, y obtener un sumatorio de ellas, así como el porcentaje que cada tipo de intervención supone sobre el total y sobre cada programa de tratamiento.

Además de la prolijidad de los datos obtenidos, tanto absolutos, en porcentaje horizontal (por tipo de intervención), como en porcentaje vertical (tipo de programa), se comprueba que la RADG ha sido una estructura asistencial montada en gran parte para atajar el problema de la heroína surgido en Galicia y en España. Al decir heroína, hay que mencionar inevitablemente la palabra metadona, puesto que desde 1990, cinco años antes del período de estudio del presente trabajo, se utilizó dicho medicamento de forma masiva en la mayor parte de los programas de rehabilitación de heroinómanos, lo que potenció la apertura de centros, la contratación de personal, la previsión de sistemas logísticos de dispensación de metadona (horarios, fines de semana, colaboración con las oficinas de farmacia, unidades móviles, etc.), la seguridad en los centros por el previsible aumento de la de la conflictividad y/o violencia, de la cumplimentación de la normativa

legal en materia de estupefacientes, etc. A todo esto habría que añadir que el volumen de pacientes por esta droga y por este tratamiento ha sido enorme, y ha alimentado, además de la modalidad ambulatoria, a las comunidades terapéuticas y a los centros de día.

Desde hace diez años, este fenómeno se está invirtiendo, cada vez hay menos inicios de tratamiento por heroína y más por otras sustancias como cocaína, cannabis o alcohol. Sin embargo hay que seguir dando respuesta a los drogodependientes crónicos a heroína, a la vez que hay que adaptar la RADG al tratamiento de drogas legales (tabaco y alcohol), así como a los retos de una sociedad en evolución, como son las nuevas conductas adictivas de tipo comportamental.

Durante el período 1995-2013, se habrían realizado más de cinco millones de intervenciones, ejecutadas sobre un total de casi cincuenta mil pacientes. Esto se traduciría, a grosso modo, en que cada paciente habría recibido 109 intervenciones, de las cuales 59 tendrían un carácter más clínico (25 individuales, 14 médicas, 12 familiares, 1.5 terapia de grupo, 0.5 grupo de padres y 6 otras), y 50 corresponderían a urinoanálisis. Del total de intervenciones, casi la mitad, corresponderían a UA, el 22.8% individuales, el 13.2% médicas, el 10.8% familiares, el 1.4% terapia de grupo, el 0.4% grupo de padres y el 5.6% otras.

El PTDO, con casi tres millones y medio de intervenciones, absorbe la mayor parte del esfuerzo asistencial, con el 66.24% del total, seguido del PTLD con un 12.91%. Por detrás, el resto de programas, con un incremento progresivo del PTDP y del PTIA, que son los últimos programas incorporados al SEA, y que con esta tendencia, es previsible que en los próximos años, estos dos programas superen en intervenciones al PTLD

Respecto al tipo de intervención, señalar que el 57.19% y el 16.73% de las más de un millón intervenciones individuales, por ejemplo, de psicoterapia, corresponden al PTDO y al PTLD, que las casi setecientas mil intervenciones médicas se ejecutan sobre el

PTDO, PTANO y PTLD con un 62.02%, 12.69% y 11.32% respectivamente y que las más de quinientas mil intervenciones familiares, son propias del PTDO y del PTLD con un 44.52% y un 18.29% respectivamente.

Paradójicamente, sin embargo, visto desde la carga que suponen para cada programa estas intervenciones, los datos varían, y por ejemplo, el PTDO se nutre en un 19.68% de intervenciones individuales frente al 53.30% de urinoanálisis. Es decir los pacientes del PTDO, se mantienen mucho tiempo a tratamiento, pero llega un momento en que la relación con el centro está basada fundamentalmente en la toma de metadona, en su preparación para llevar al domicilio (*take home*), y en los urinoanálisis de rutina. En este sentido, hay que señalar, que en los últimos años se observa una reducción en el número de determinaciones de orina, lo cual se puede relacionar con un tipo de práctica clínica menos basada en el control estricto de la abstinencia o con la política de austeridad, en virtud de la cual las UADs han visto disminuida su dotación anual de kits de urinoanálisis.

Igualmente resulta paradójico que el 16.73% de las intervenciones individuales recaigan en el PTLD, pero que sobre el total de éste supongan realmente un 29.53%, lo que da a entender que realmente es un programa donde el mayor esfuerzo se realiza desde el contacto individual con el paciente y con su familia.

Otro análisis más pormenorizado permite investigar sobre cómo han evolucionado porcentual y anualmente los diferentes tipos de intervención ejercitados desde la RADG. En general habría que destacar el mantenimiento estable de todas las intervenciones con excepción de las relacionadas con el ámbito familiar, donde cada vez resulta más complejo hacer partícipe a la familia de la terapia, debida a factores como el envejecimiento de los usuarios, fallecimiento de los familiares, negativa a participar por agotamiento, etc.

Por programas, resaltar que los datos del PTLD proponen una gran estabilidad en algunas de las intervenciones a pesar del paso de los años, observándose un incremento durante los últimos dos años debido a la incorporación de nuevos pacientes consumidores de cannabis, cuyo programa de elección y cuyas intervenciones son computadas tradicionalmente en el PTLD.

Respecto al PTDO se observa desde 1995 a 2013 un incremento de casi todas las intervenciones, hasta 2007 en que comienza a notarse un descenso, debido al ya mencionado menor protagonismo del PTDO a causa del menor número de admisiones a tratamiento por consumo de heroína u otros opiáceos. Hay que prestar atención, a la tendencia descendente que se detecta, en cuanto a la realización de urinoanálisis en el PTDO. Esto puede deberse a varios factores, por ejemplo, a la necesidad de un menor control y fiscalización de la metadona basado en el criterio de abstinencia comprobada mediante UA, al incremento de la permanencia de la población crónica en el PTDO, a los recortes económicos para la dotación de *kits* de urinoanálisis, etc.

El PTIA desde 2003, fecha de su implantación como programa propio en el SEA-GECEAS, ha ido creciendo anualmente, y por tanto sus intervenciones cada vez tienen un mayor peso en relación al resto de los programas. La incorporación paulatina del tratamiento del alcoholismo a la RADG, el consumo de alcohol en jóvenes y la asociación cocaína-alcohol, ha hecho que el PTIA genere un esfuerzo cada vez mayor entre los profesionales de las UADs.

Por último, el PTDP, pensado para el tratamiento por cocaína, también ha ido aumentando su peso relativo entre las intervenciones de la RADG en correspondencia con el elevado consumo de esta droga que registran todas las encuestas e informes nacionales e internacionales. Sin embargo, esta curva ascendente, desde 2003, fecha de su creación, manifiesta una tendencia a la estabilización e incluso a la disminución, debido a la menor

afluencia de admisiones a tratamiento por cocaína, presumiblemente provocada, por reducción del consumo de cocaína debido a diversos factores como la crisis económica, las altas tasas de desempleo entre la juventud de Galicia y también, por qué no, debido a los programas de prevención escolar que hayan podido implantar la percepción de riesgo asociada a esta droga entre los alumnos.

Toda esta información puede resultar útil para ampliar estudios relacionados con el tema o para incorporarla a otras investigaciones que comprendan un período más amplio de análisis sobre la evolución asistencial de las drogodependencias en Galicia.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

El hombre busca escapar de sí mismo en mito, y lo hace por cualquier medio a su disposición. Las drogas, el alcohol, o las mentiras. No puede encerrarse en sí mismo, se disfraza. Las mentiras y la inexactitud le dan unos momentos de comodidad.

Jean Cocteau

Esta tesis doctoral tiene la pretensión de ser uno de los trabajos de investigación más importantes que se hayan realizado hasta la fecha en materia de la asistencia a las drogodependencias en Galicia en la época moderna, es decir, desde 1995 a 2013. Además de arrojar luz sobre el tema, también pretende, aprovechando la enorme cantidad de datos que se han recogido y procesado, presentar las posibles consecuencias del trabajo y servir para que otros investigadores los utilicen en futuras investigaciones.

En esta investigación se ha podido describir la historia social de la enfermedad, conocer la prevalencia e incidencia del consumo problemático de distintas sustancias en Galicia, calcular la influencia de las políticas de prevención en el retraso de la edad del comienzo del consumo, estudiar la relación entre la creciente accesibilidad de los servicios asistenciales y el comienzo del tratamiento, y analizar la tendencia asistencial por consumo de drogas. También se ha intentado desentrañar la evolución del consumo de casi todas las sustancias, establecer relaciones entre la situación de Galicia, España y la Unión Europea, disertar sobre las repercusiones de la reciente crisis económica sobre el consumo de drogas ilegales, y por último, analizar la evolución del fenómeno en

diversas áreas de la vida de los drogodependientes, como la social, la sanitaria y la judicial. Todo ello resulta imprescindible para establecer estrategias de acción, para mejorar las políticas de carácter asistencial que se implementen sobre la población de Galicia, que solo será posible si se realiza un correcto diseño y evaluación de los programas de salud y de intervención en drogodependencias.

En resumen, las conclusiones finales de este trabajo, que como decíamos tiene como objetivo fundamental el generar un mayor conocimiento sobre la asistencia que se ha dado a las drogodependencias en Galicia durante el período 1995-2013, se pueden concretar en dos aspectos troncales: por un lado disponer de una mayor información sobre el perfil sociodemográfico, de consumo de drogas, de salud y legales de los pacientes drogodependientes de Galicia y por otro analizar los diversos indicadores del tratamiento que se ha venido ofertando a los usuarios desde la RADG durante las últimas dos décadas. Antes, recalcar aunque sea obvio, la gravedad del problema que ha supuesto el consumo de drogas para Galicia, España y Europa, incrementado exponencialmente por los procesos de globalización.

Respecto a la variables sociodemográficas, se debe concluir que el 83% de los pacientes atendidos son varones, que la media cuando acuden solicitando tratamiento es de 33.6 años, observándose, debido al acceso de los pacientes alcohólicos a la RADG, un constante envejecimiento de la población atendida, que la mayor parte se encuentra incluida, con un 73%, entre los 21 y 40 años, y que la RADG apenas atiende a menores de 14 años. Actualmente, las edades de comienzo de tratamiento son similares en Galicia, España y Europa. Sin embargo, si a estas cifras le añadiéramos las de los pacientes que nunca han dejado de estar a tratamiento, especialmente los procedentes del PTDO, la media de edad, es decir el envejecimiento, aumentaría considerablemente.

También se observa que más de dos tercios de los pacientes están solteros y no tienen hijos, y que un 15% de ellos tienen pareja drogodependiente, lo cual da a entender que el consumo de drogas aboca en una situación de cierta soledad, donde se truncan las etapas evolutivas naturales del ser humano, y donde a veces la única socialización es la que procede de personas con la misma problemática, a quien se conoce en la calle, y sobre todo en los centros de tratamiento, siendo este es uno de los pocos efectos negativos del hecho de solicitar asistencia en un centro especializado. También se comprueba que el perfil del drogodependiente gallego alcanza un menor nivel de estudios que la población general, que se traduce en más enseñanza primaria, pero menos secundaria y mucho menos universitaria. También se constata el alto nivel de desempleo, superior al de la población general, por tanto una mayor dependencia de la ayuda familiar y de las diversas prestaciones sociales. Es más, la mayor parte de ellos, podrían estar incluidos en el colectivo catalogado en riesgo de pobreza, con un bajo o nulo nivel de ingresos, una salud deteriorada, una problemática judicial añadida y una adicción pendiente de resolver, que dificulta el establecimiento de metas para completar el proceso de incorporación social. También se detecta un incremento del porcentaje de los que conviven solos o en alojamientos precarios, especialmente entre los consumidores de heroína, lo cual evidencia el cambio que se está produciendo en modelo tradicional de familia.

En cuanto a las variables de consumo de drogas, los datos reflejan que cada vez es más frecuente que los pacientes hayan realizado un tratamiento especializado con anterioridad, y que la demanda de metadona, aunque siga siendo la más importante, disminuye progresivamente mientras que aumenta la de psicoterapia, debido a la incorporación a tratamiento de nuevos pacientes de cannabis, cocaína y alcohol, sustancias que como es sabido, carecen de un fármaco agonista o antagonista específico.

También se constata un incremento de las derivaciones realizadas por los diferentes servicios de salud, lo cual es muy positivo, aunque hay que seguir realizando esfuerzos de coordinación entre los diferentes niveles de atención sanitaria.

Aunque las drogas que más inicios de tratamiento provocan en Galicia siguen siendo la heroína, la cocaína y el cannabis, se ha comprobado que porcentualmente el número de pacientes a tratamiento por heroína, y por consiguiente en programas de sustitución, es muy superior que en España y que en Europa. En cuanto a la cocaína, que es sin duda la sustancia que desde hace diez años conduce en Galicia a más pacientes nuevos, es decir por primera vez, a la RADG, su peso entre las admisiones a tratamiento es inferior que en España y muy superior al de Europa. Estas proporciones se mantienen igualmente en el caso del cannabis entre los tres territorios. En este sentido, aunque las drogodependencias tradicionalmente se han caracterizado por su dinamismo, esto no parece confirmarse del todo en el caso de Galicia. Con el paso de las décadas, las drogas de abuso siguen siendo las mismas, cambiando entre ellas el orden de importancia: heroína, cocaína, cannabis y alcohol. El resto de sustancias, numerosas por cierto, siguen mostrando un consumo bien residual, o bien oculto, que no se traslada a la red asistencial en forma de demanda de tratamiento. Todas las informaciones periodísticas sobre nuevas sustancias en otras partes de España o del mundo, no tienen un correlato que pueda generar preocupación en el caso de Galicia.

En cuanto a la vía de administración, se confirma la tendencia generalizada que ha llevado a una reducción drástica de la vía parenteral, obteniendo en 2013, un 72% de los pacientes que jamás se habían inyectado, lo cual es absolutamente positivo. También se observa, que ha descendido la frecuencia del consumo, siendo cada menos los pacientes que lo hacen a diario, y que es raro que alguien comience a consumir la droga principal

después de los 25 años, siendo la franja de edad más crítica la comprendida entre los 17 y 22 años.

Respecto a las variables relacionadas con la salud, se registra una reducción extraordinaria de nuevas infecciones por VIH, relacionadas con el consumo de drogas, al igual que de las hepatitis víricas B y C. También se comprueba una disminución de los embarazos entre las mujeres drogodependientes, y un aumento del tratamiento psiquiátrico previo, debido fundamentalmente a la respuesta sanitaria que se ofrece para abordar la, cada vez más frecuente, patología dual.

Para finalizar el perfil del paciente drogodependiente de Galicia, los datos sobre la problemática legal arrojan cifras estremecedoras del pasado en cuanto a la actividad delictiva, los procesos judiciales o el tiempo pasado en prisión, que han contribuido a arruinar el futuro de estos pacientes. Sin embargo, se detecta una reducción de la problemática legal en los últimos años, hasta llegar en 2013 a que tres cuartas partes de los pacientes admitidos a tratamiento nunca habían ingresado en prisión. En general, la actividad delictiva por delitos contra la propiedad y contra la salud por tráfico de drogas, pertenece a ese otro tercio, que además de reincidente, se podría ubicar en el antiguo perfil del consumidor crónico de heroína y de cocaína.

Uno de los datos que resultan novedosos, y que hasta ahora no se conocían, es el procedente del cálculo de las personas que han sido admitidas a tratamiento, encontrando que 47378 gallegos, o residentes en Galicia, han sido atendidos por la RADG durante el período 1995-2013. Ésta es una red claramente especializada en drogas ilegales, aunque con el paso de los años se está reconvirtiendo, tratando cada vez más casos de drogas legales, como el alcohol y el tabaco. Sin embargo, aunque también forma parte de la cartera de servicios de una UAD/UCA, por el momento apenas es relevante la tasa de admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales, como por ejemplo, las

ludopatías o las adicciones tecnológicas. Otro dato desconocido eran las 27843 readmisiones a tratamiento producidas, lo que sumado a las admisiones, proporcionaría la cifra de 75221 procesos de rehabilitación o de recuperación que habrían sido comenzados durante el período de estudio. También resulta una aportación original la exposición de datos y el análisis de las admisiones y readmisiones a tratamiento por año de estudio, y por tipo de sustancia, así como el volumen asistencial en Galicia por año, por provincia, y por el total del período de estudio.

En resumen, se constata una reducción progresiva de las admisiones a tratamiento, mientras que se mantiene estable el volumen asistencial anual, que gira en torno a los doce mil pacientes año. Por otra parte, dada la relevancia que han tenido en Galicia los programas de sustitución con derivados opiáceos, también se ofrece una amplia perspectiva sobre la menor carga que están suponiendo desde los últimos años estos programas sobre el volumen asistencial, su distribución por las cuatro provincias gallegas, y las tasas superiores de Galicia en los programas de metadona en comparación con España y con Europa. En este sentido, otra aportación de este trabajo, es la de comprobar que la tasa gallega de pacientes a tratamiento es también superior en función del tamaño poblacional, en comparación con España y con Europa.

En cuanto a la distribución por provincias de Galicia, se constata en A Coruña el mayor número de admisiones a tratamiento, como corresponde a su mayor nivel poblacional, pero sin embargo, es Pontevedra la que más volumen asistencial soporta debido a que es la provincia con un mayor número de pacientes en PTDO, que como ya se ha repetido, es el programa que más tiempo mantiene a los pacientes a tratamiento en la red.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el efecto que tendrá a corto plazo el saldo vegetativo poblacional negativo de Galicia, por ejemplo, de -10706 ciudadanos

gallegos en 2013, que provocará una clara disminución cuantitativa del consumo y por tanto de los posibles usuarios que acudirán solicitando asistencia a la red asistencial. El escenario que se puede encontrar en los próximos años será el de una reducción de los inicios de tratamiento entre la población joven, una estabilización de las readmisiones a tratamiento por causa de las recaídas, una población estable cronificada en PTDO y en otros programas, y un aumento de la atención a usuarios por drogas legales y por adicciones comportamentales.

A modo ilustrativo, la RADG ha realizado durante el período 1995-2013 un total de 5155324 intervenciones, con una media anual de 271333 intervenciones. Anualmente se fue incrementando la actividad interventiva hasta 1999, para ir decayendo posteriormente en un 10%. Esta disminución se puede explicar por la reducción del número de admisiones a tratamiento y por el menor protagonismo de los PTDO, derivado de la reducción de los consumos de heroína. No parece tener demasiado impacto, sin embargo, el factor humano ligado al envejecimiento de los profesionales de la RADG. Se trata de una red muy estable, con profesionales médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería, etc., que llevan décadas desempeñando un puesto de trabajo en el que apenas ha habido cambios en las rutinas diarias, y que sin embargo han sido capaces de suplir este cansancio con altas dosis de veteranía y de motivación personal. Por otra parte, se observa una tendencia al aumento de intervenciones en todos los programas, menos en el PTDO en el que se aprecia una disminución en un 20% entre el máximo de 2009 y el mínimo de 2013.

En cuanto al número de intervenciones realizadas en cada programa, sigue siendo el PTDO, aunque se observa un paulatino retroceso anual, el que más intervenciones acapara, aunque, por el contrario, también se constata un incremento en las intervenciones del PTLD, PTDP y del PTIA debido, fundamentalmente, a la incorporación

reciente de los consumidores de cannabis y alcohol. Recientemente, también se verifica una ligera tendencia a la disminución del número de intervenciones en el PTDP, es decir, en el programa de tratamiento por cocaína. Este último dato, es importante, porque puede significar el comienzo del declive del consumo de una sustancia de la que España ha sido el principal consumidor de Europa, y que puede ser justificarse bien por la crisis económica y las altas tasas de desempleo juvenil, o bien por la toma de una mayor conciencia social acerca de los graves riesgos que entraña a todos los niveles el consumo de cocaína. Para saberlo, habrá que esperar a que se resuelva la primera situación, es decir, a que especialmente la gente joven pueda volver a tener trabajo y por tanto cierto poder adquisitivo para ver qué decisiones toma al respecto.

Para ilustrar este esfuerzo, traducido en más de cinco millones de intervenciones, se puede concluir que cada paciente ha recibido de la RADG, durante su proceso de rehabilitación, una media de 109 intervenciones. También es interesante los datos obtenidos que sirven para comparar los índices de asistencia y los índices de actividad, por cada programa, con el fin de saber cuánto acuden los pacientes a los centros en relación a la duración de su tratamiento, y cuántas intervenciones recibieron en cada momento. En este sentido, es el PTDO el que mayor índice de asistencia y de actividad registra, es decir, días con actividad con y sin urinoanálisis así como en el número de intervenciones recibidas de media por paciente, 157, seguido del PTDP y a más distancia del PTLD.

En relación a los motivos de salida de los programas o de la red, es importante proponerse, como objetivos fundamentales, que los pacientes transiten de un programa a otro por cumplimentación de objetivos, y que se mantengan el mayor tiempo posible en contacto con la RADG, o en caso de que salgan de ella, lo hagan por motivo de alta terapéutica. En este último supuesto se encuentran el PTDO, PTDP y PTLD con un 19%,

26%, y 26% respectivamente. En este sentido, comprobamos que resulta paradójico, aunque no nos haya sorprendido, que el PTDO sea el programa que menos altas terapéuticas consigue, pero que a su vez sea el que menor porcentaje de abandonos representa, con un 22%. Por el contrario, en el apartado de abandonos, hay que intentar reducir cifras tan altas como las del 50% del PTDP, o el 35% de la media de abandonos de todos los programas asistenciales, excluyendo al POA. En este último, el dato más sobresaliente es que se ha conseguido que la mayor parte de los pacientes transiten del POA hacia otros programas, lo cual quiere decir que la acogida se ha realizado adecuadamente, o dicho en otras palabras, que se han hecho los esfuerzos para proponer al paciente algo de su interés, lo cual resulta de extrema utilidad para el comienzo de una fidelización al programa y al servicio.

En resumen, si la muestra está formada por casi cincuenta mil sujetos diferentes de Galicia admitidos a tratamiento, de los cuales casi treinta mil fueron readmitidos de nuevo, una o varias veces, en general debido a una recaída, es de suponer que como mínimo 19535 no volvieron a demandar tratamiento en la RADG, lo que podría interpretarse de varias maneras. Por ejemplo, que siguen consumiendo pero que no solicitan tratamiento, que recurren a centros fuera de RADG, o bien, que han superado su adicción, es decir, altas terapéuticas. En este caso, el porcentaje de éxito terapéutico habría que situarlo en el 41.23%, aunque la falta de datos homogéneos de España y Europa, impide establecer comparaciones interterritoriales. Establecer cuál sería el objetivo de porcentaje de altas terapéuticas que habría que alcanzar, y delimitar si el anterior porcentaje obtenido es satisfactorio o no, forma parte de un debate científico permanente.

Si las adicciones deben ser entendidas como una enfermedad crónica, grave, que cursa con recaídas, y para la que no se disponen todavía de herramientas absolutamente

eficaces, ese 41.23% podría resultar tranquilizador. Sin embargo el sistema no permite realizar un seguimiento individual, de manera que con toda seguridad, ese porcentaje resulta de la suma y de la mezcla de los casos cuyo pronóstico podría ser el de grave, moderado y leve. Esto quiere decir que si tuviéramos la posibilidad de seguir a los casos más complicados, con mayor patología dual, con más años de consumo, más deteriorados en todos los sentidos, etc., el nivel de altas terapéuticas sería menor.

Otro aspecto fundamental de esta tesis es conocer el tiempo de permanencia a tratamiento de los sujetos en cada programa, desde que se le abre hasta que se le cierra. También se observa un aumento progresivo en los días de permanencia, lo cual confirma el objetivo de la RADG de mantener a los sujetos el mayor tiempo posible en contacto terapéutico. Así por ejemplo, si la media de permanencia durante el período 1995-2013 en el PTLD era de 280 días, en 2013 fue de 362, en el PTDO de 713 a 1229 días, y en el PTDP de 344 a 481 días, es decir, una evolución de la permanencia de entre un 30% y un 40% de incremento.

En cuanto al número y tipo de intervenciones, habría que destacar que de las más de cinco millones de intervenciones realizadas por la RADG durante el período de estudio, el PTDO, con tres millones y medio de intervenciones, absorbe la mayor parte del esfuerzo asistencial lo cual representa el 66% del total, seguido del PTLD con un 13%. Le siguen el resto de programas, con un incremento progresivo del PTDP y del PTIA, los últimos programas incorporados al SEA y a la RADG, y que con esta tendencia, es previsible que en los próximos años, estos dos programas superen en intervenciones al PTLD. Por tipo de intervención también es el PTDO y el PTLD los que absorben mayor trabajo asistencial en cuanto a intervenciones de tipo individual y de tipo médico, siguiendo el mismo patrón de tendencia futura. En cifras, de media a cada paciente le habrían correspondido 109 intervenciones, de las cuales 59 serían de tipo clínico y 50 de urinoanálisis.

Evidentemente, estas medias no reflejan toda la realidad, ya que como es obvio, existen pacientes crónicos, con muchos años de tratamiento, que multiplican estas cifras, y por el contrario, también existen aquellos pacientes que abandonan el tratamiento precozmente, y que no se aproximan ni remotamente a ellas.

Sin embargo, hay que resaltar las muchas limitaciones metodológicas que aparecen a la hora de obtener información sobre drogodependencias con unos niveles adecuados de validez y fiabilidad, tanto para la elaboración de encuestas poblacionales como para la extracción de conclusiones en el ámbito clínico. Esta enfermedad continúa, a pesar de los progresos, teniendo un estigma social, y por ello, el síntoma, es decir el consumo, suele ocultarse entre otras razones para no enfrentarse a la normativa interna de los centros, por las implicaciones judiciales o penitenciarias que pueda tener, etc. Una alternativa para resolver este problema es realizar también estimaciones a partir de indicadores objetivos de problemas relacionados con las drogas, basados en la información sobre los consumidores atendidos en un servicio o en una red asistencial, como la de Galicia, en las urgencias hospitalarias, en las tasas de mortalidad, en los nuevos contagios de algunas enfermedades infecciosas, en el número de detenciones y de procesos judiciales abiertos a causa de este problema, en los nuevos casos de exclusión social o marginalidad, etc.

En definitiva la mera información en drogodependencias es útil para conocer su evolución, pero hay que ir más allá, diseñando sistemas de evaluación que permitan relacionar los perfiles de los pacientes con el proceso asistencial dispensado y con el motivo de salida, es decir, con los resultados obtenidos. Una de las innovaciones más relevantes del Sistema de Evaluación Asistencial (SEA), conseguida gracias al esfuerzo de los profesionales de la RADG, es que fue pensado para que facilitara la realización de estudios de seguimiento y efectividad de los tratamientos a partir de las fichas de registro

individual de casos. Sin embargo, otra cuestión es que lo haya conseguido. Desafortunadamente, desde los profesionales que trabajan en la base, se tiene la impresión de que realmente no se ha aprovechado en todas sus posibilidades y que ha faltado una retroalimentación cualitativa desde las autoridades sanitarias a quienes han sido los artífices de la recogida de la información. Tampoco está claro que toda la información acumulada haya servido para guiar a los responsables políticos en la toma de decisiones sobre la RADG: financiación, rectificación o implantación de programas, integración y coordinación con el sistema público de salud, etc.

Es un sistema que aunque aporta mucha más información que la que se podría obtener, al menos en Galicia, de cualquier otro ámbito de la salud mental. Sin embargo aunque haya que reconocer el mérito del esfuerzo y de la capacidad de innovación desplegados por una serie de interlocutores liderados desde la administración autonómica, todavía admite muchos puntos de mejora y de adaptación a la realidad cambiante de las drogodependencias. Así los tipos de demandas de usuarios cambian con el paso del tiempo, y el motivo por el que acuden a los centros también. Cada vez es más frecuente observar que la motivación para el comienzo de un tratamiento viene derivada de la imposición de una sanción administrativa, y eso no existía cuando se diseñó el sistema de evaluación. Hasta ahora no era posible la conexión entre los centros, por razones técnicas y de confidencialidad, y en breve está previsto que esto se resuelva. Los programas de tratamiento no guardan una coherencia interna ya que algunos reciben su nombre por la sustancia que se utiliza para el tratamiento, como PTDO, PTANO y PTIA, y otros por el tipo de droga por la que está siendo tratado, por ejemplo el PTDP. Así el programa de tratamiento libre de drogas es una amalgama de intervenciones sobre cosas tan dispares como el tratamiento por heroína, sin necesidad de metadona, o la asistencia simplemente por el uso de cannabis. Tampoco tiene sentido la denominación del

programa de tratamiento con interdictores de alcohol, cuando el alcoholismo puede ser tratado de muy diversas formas sin el uso de estos medicamentos. También se podría mejorar la evaluación de los tratamientos mediante el seguimiento de cada paciente a través de un código personalizado que facilitara saber todas las incidencias por las que atraviesa un paciente durante su proceso de rehabilitación, que siempre dura años y muchas veces toda una vida. Por último, las nuevas tecnologías, absolutamente extendidas entre la gente joven, y ya no tan joven, deberían ser incluidas entre las nuevas formas de relación terapéutica entre pacientes y profesionales, lo cual permitiría realizar intervenciones a distancia mediante portales, por ejemplo, de videoconferencias. Por otra parte, el desarrollo de aplicaciones específicas en drogodependencias, diseñadas para el seguimiento de los pacientes, e incluso para recordar y reforzar los diversos temas tratados en las diferentes consultas médicas, psicológicas, educativas o sociales realizadas, son algo que en el futuro se verá como cotidiano.

Galicia cuenta en su conjunto con una red asistencial ampliamente desarrollada, que ha atraído a consulta a miles de pacientes pero que debe seguir intentando captar a las personas que presentando problemas de abuso y/o dependencia de drogas aún no formulan, por un lado, ninguna demanda de tratamiento y, por otro, seguir optimizando los niveles de calidad asistencial de los servicios que se prestan a las personas que ya están siendo atendidas. Por otra parte, se deberá estimular la diversificación y especialización de la oferta asistencial, ampliando la carta de servicios de los centros de tratamiento y diseñando programas específicos de apoyo y tratamiento para determinados colectivos, como por ejemplo, el de los jóvenes consumidores de alcohol. Estos esfuerzos deben ir acompañados de una estrategia que asegure la divulgación de la oferta de recursos y servicios de la red asistencial, así como la correcta visualización de la misma por parte de los ciudadanos que no siempre perciben que puedan recibir apoyo y atención a sus

problemas en unos centros que habitualmente estaban asociados con la asistencia a la población consumidora de heroína. También debe continuar ampliándose los programas de reducción del daño con el fin de reducir aún más los niveles de mortalidad asociados al consumo de drogas y las prevalencias de ciertas enfermedades infectocontagiosas y de prácticas de riesgo, en particular el uso de la vía intravenosa y la no utilización del preservativo en los contactos sexuales. En este sentido también habría que establecer medidas para evitar el deterioro físico que está conduciendo actualmente a la muerte, en cifras muy superiores a las habituales, a muchos pacientes de lo que podríamos denominar, colectivo de usuarios de drogas con una larga trayectoria de consumo.

En un tiempo de crisis como el que se está viviendo durante los últimos años, no sólo en Galicia, sino en el resto de España y en Europa, es necesario mantener las políticas asistenciales que afectan a los más desfavorecidos y a los excluidos sociales, como son, en general, los pacientes drogodependientes. Diversos estudios confirman el impacto negativo de la reciente crisis económica y de desempleo entre la juventud sobre la salud de los ciudadanos, como por ejemplo, en el aumento de la incidencia de algunas enfermedades transmisibles, trastornos de salud mental, ansiedad y depresión, en tasas de suicidio más altas o en un aumento del consumo de psicofármacos y de alcohol entre la población más vulnerable. Para evitarlo los gobiernos deben mantener los servicios públicos asistenciales universales y gratuitos para un amplio colectivo de pacientes cronificados, sin apoyo familiar y sin recursos económicos. Es necesario incrementar el 20% de AT, y disponer de mayor conocimiento sobre los pacientes que abandonan el tratamiento, mediante la realización de estudios de seguimiento, programados ya desde el momento de la acogida de cada paciente.

Si hubiera que interpretar los datos expuestos, en términos de gravedad social y sanitaria del problema, se podría concluir que la evolución ha sido progresivamente más

positiva, especialmente durante los últimos cinco años. Se detecta una menor incidencia y una menor prevalencia de los sujetos que son admitidos a tratamiento en la RADG, y desde el punto de vista clínico, una menor gravedad de los casos, exceptuando aquello incluido en el concepto de patología dual. Como se ha repetido en diversas ocasiones, los casos que inician un tratamiento por primera vez, por ejemplo, en 2015, es frecuente que lo hagan por consumo de cannabis, por consumos moderados de cocaína y alcohol, o motivados por la remisión de una sanción administrativa mediante la realización de un tratamiento.

Sin embargo, aunque se detecten un menor número de casos, la presencia de patología dual complica la evolución de muchos de ellos. Los trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, del control de impulsos, de la alimentación, o los de tipo psicótico, son algunos de los que con más frecuencia se tratan. Esto tiene ciertas repercusiones sobre la planificación de los recursos y sobre la tipología de los mismos. Por ejemplo, además de detectarse una menor presión asistencial ambulatoria, también se detecta una disminución de las lista de espera para ingresar en recursos de tercer nivel como comunidades terapéuticas y centros de día. Los pacientes, en general, sienten menor necesidad de realizar este tipo de programas tan intensos puesto que confían en conseguir recuperarse ambulatoriamente, y en los que lo solicitan, es muy frecuente comprobar la motivación judicial, penitenciaria o de exclusión social.

Por lo tanto, y para concluir, toda la información obtenida en este trabajo, para lo cual se ha revisado y referenciado la mayor parte de la producción científica de Galicia, así como el ingente grupo de datos recogido, agrupado y analizado desde 1995 a 2013, se pone al servicio de todos, especialmente, de instituciones públicas, profesionales e investigadores que puedan utilizarlos al servicio de la ampliación del conocimiento.

En cualquier caso, no se puede mejorar la calidad asistencial a los usuarios, ni los indicadores de tratamiento de un servicio o de una Red en sentido amplio, sin la adecuada inversión pública en la formación de los profesionales y en el desarrollo de investigaciones que puedan dar respuesta a todos los interrogantes que se han planteado en esta tesis.

REFERENCIAS

- Abella, D. (1993). Prólogo. En: Casas, M. y Gossop, M. (Coords.). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. V-XIII). Barcelona: CITRAN-FISP.
- Aklin, W.M., Wong, C.J., Hampton, J., Svikis, D.S., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E., y Silverman, K., (2014). A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: Eight-year outcomes of a social business intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 329–338.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.013>
- Albrecht, U., Kirschner, N. y Grüsser, S. (2007). Diagnostic instruments for behavioural addiction: an overview. *PsychoSocial Medicin*, 4, 1-11.
<http://www.egms.de/en/journals/psm/2007-4/psm000043.shtml>
- Alcaide González, R. (1999). La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 50. Universidad de Barcelona. ISSN 1138-9788.
<http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>
- Alonso Fernández, F. (1988). *Alcohol-Dependencia*. Madrid: Salvat.
- Alsaker, F.D. y Flammer, A. (1999). *The Adolescent Experience*. London: Psychology Press.
- Araújo Gallego, M. (2000). *Plan de Galicia sobre Drogas 1997-2000*. Comisionado do Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-30.pdf>

- Arévalo, J. y Vizcarro, C. (1990). Métodos de investigación en psicología médica y psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (pp. 315-341). Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C. y Babin, F. (2012). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 121-128.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002>
- Banegas Banegas, J.R. y Rodríguez Artalejo, F. (2009). Inferencia causal en epidemiología. En: Royo Bordonada, M.A., y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp. 207-226). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf
- Barona, J. (2003). La evolución histórica y conceptual del alcoholismo. En: Varios (Eds.) *Manual SET de alcoholismo* (pp. 1-17). Madrid: Médica Panamericana.
- Becoña Iglesias, E., Galego Feal, P., Lorenzo Pontevedra, M.C. (1988). *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela. Dirección Xeral de Saúde Pública. Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40008&idcatalogo=27&csssize=1>
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf

-
- Bender, K., y Ioannis, T. (2015). A reappraisal of the unemployment-mortality relationship: Transitory and permanent effects. *Journal of Public Health Policy*, 36, 81-94.
- Beranuy Fargues, M., Chamarro Lusar, A., Graner Jordania, C. y Carbonell Sánchez, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21, 480-485.
<http://www.psicothema.com/pdf/3658.pdf>
- Bermejo, A.M. (1994). *Investigación toxicológica e drogodependencias*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=41>
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S., y Hirvikosk, T. (2015). Long-term outcomes of pharmacologically treated versus non-treated adults with adhd and substance use disorder: a naturalistic study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 82-90.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.005>
- Billieux, J., Van Der Linden, M. y Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology*, 22, 1195-1210.
<http://dx.doi.org/10.1002/acp.1429>
- Bishop, Y.M.M., Fienberg, S.E. y Holland, P.W. (1991). *Discrete multivariate analysis. Theory and practice*. Cambridge: MIT Press.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U. y John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcoholdependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100, 405-413.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01008.x>
-

Block, J. J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.

<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07101556>

Bogdanowicz, K.M., Stewart, R., Broadbent, M., Hatch, S.L., Hotopf, M., Strang, J. y Hayes, R.D. (2015). Double trouble: Psychiatric comorbidity and opioid addiction. All-cause and cause-specific mortality. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 85-92.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.025>

Bromet, E. J. (1984). Epidemiology. En: Bellack, A. S. y Hersen, M. (Eds.). *Research methods in clinical psychology* (pp.266-282). Nueva York: Pergamon Press.

Brookmeyer, R., y Damiano, A. (1989). Statistical methods for short-term projections of AIDS incidence. *Statistics in Medicine*, 8, 23-34.

<http://dx.doi.org/10.1002/sim.4780080105>

Brookmeyer, R. y Liao, J. (1990). The analysis of delays in disease reporting: methods and results for the acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Epidemiology*, 132, 355-365.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Brookmeyer%2C+R.+and+Liao%2C+J.+\(1990a\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Brookmeyer%2C+R.+and+Liao%2C+J.+(1990a))

Brugal, M.T., Barrio, G., Royuela, L., Bravo, M.J., de La Fuente L. y Regidor, E. (2004). Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Medicina Clínica*, 123, 775-777.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1150838>

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 193-202.

<http://www.adicciones.es/files/193-202%20Calafat.pdf>

-
- Calafat, A., Fernández, C., Jerez, M., Becoña, E. y Gil, E. (2010). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA. Extraído de la dirección:
http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_2004_Diversi%20n%20drogas.pdf
- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56.
<http://www.adicciones.es/files/49-56%20Calvete.pdf>
- Cancelo Martínez, J. (1986). Resume de l'étude d'épidemiologie realisee sur la population heroinomane, accueillie au centre de diagnostic et traitement des toxicomanies Alborada, *Bulletin de Liaison du Centre National de Documentation sur les Toxicomanies, Université de Lyon II*, 10, 29-37.
- Cancelo Martínez, J. (1996). Intervención psicológica: experiencia con personas seropositivas y drogodependientes. *Publicación Oficial de la SEISIDA*, 7, supl.1, 48.
- Cancelo Martínez, J. (2008). Intervenciones en el medio recreativo. Creative: Programa de prevención del consumo de drogas en los espacios de ocio nocturno y de "botellón". En *III Congreso Luso-Galaico sobre Avances en Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS). Xunta de Galicia.
- Cancelo Martínez, J. (2010). Cómo mejorar la calidad asistencial y el clima laboral de los profesionales de las adicciones. En: *Actas XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol* (pp.54). Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Jornadas_sociodorgascohol_Oviedo_abril2010.pdf
-

Cancelo Martínez, J. et al. (1996-2010). *Fases I a XV del Estudio epidemiológico sobre la infección por VIH en pacientes drogodependientes (incidencia, prevalencia, tasas de mortalidad y de supervivencia) y otros factores asociados*. Orden del DOG, por la que se resuelve la convocatoria de subvenciones a proyectos o acciones de investigación-acción, formación y reciclaje, que tengan relación con el esfuerzo global anti-sida en Galicia. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. En prensa.

Camba Cortés, B. (1990). *Prensa e drogas: análise de contido*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40008&idcatalogo=32>

Carballo, J.L., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez. O. (2008). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*, 20, 49-58.

<http://www.adicciones.es/files/49-58%20carballo.pdf>

Carrera Machado, I. y Fariñas Vasco, E. (1991). *Drogodependencias e atención primaria de saúde*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40008&idcatalogo=35>

Carrera Machado, I., Fraga Ares, J., Bermejo Barrera, A. M^a. y López de Abajo Rodríguez, B. (2005). *Sistema de avaliación asistencial. Indicador de mortalidade por reacción aguda a sustancias psicoactivas*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

-
- Carson, R. C., Butcher, J. N. y Coleman, J. C. (1988). *Abnormal psychology an modern life* (8ª ed.). Glenview, IL: Scott, Foresman y Com.
- Casal Rodríguez, B. (2013). *Estudio económico de los costes de la enfermedad: aplicación empírica al caso del Alzheimer y los consumos de drogas ilegales*. Madrid: Fundación Cajas de Ahorros Confederadas.
- Casas Brugué, M. (1991). Factores neurobiológicos y conductuales que influyen en el proceso de recaída de los pacientes heroínómanos correctamente desintoxicados. *Anuario de Psicología*, 49, 51-60.
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64657/88684>
- Casas Brugué, M. y Guardia Serecigni, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, N.º. Extra 1, 195-220.
<http://www.adicciones.es/files/casas.14.pdf>
- Castilla Catalán, J. (2009). Diseño y tipos de estudios epidemiológicos. En Royo Bordonada, M.A. y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp. 31-46). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf
- Castillo Soria, O. y Montesdeoca, Y. (2014). *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
- CEPES - Confederación Empresarial Española de la Economía Social (2013). *La economía social en España*. Madrid: Cepes.

Chóliz, M. (2010). Mobile phone addiction: A point at issue. *Addiction*, 105, 373-374.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02854>

Chóliz, M., Villanueva, V. y Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*, 1, 74-88.

http://www.infocoponline.es/pdf/180310_Choliz.pdf

Chorot, P., Pérez-Llantada, C. y Sandín B. (2008). Métodos de investigación en psicopatología. En: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de Psicopatología* Vol.1 (pp. 95-126). Madrid: McGrawHill/Interamericana de España.

CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas (2015). Barómetro del mes de febrero de 2015. Percepción de los principales problemas de España. Madrid: CIS.

<http://www.cis.es/cis/opencms/ES/index.html>

Colquhoun, R. y Christian, G. (2014). HIV and HCV transmission among intravenous drug users. *The journal of global drug policy and practice*, 8, 1-39.

http://www.globaldrugpolicy.org/Issues/Vol%208%20Issue%204/Vol8Issue3_Full.pdf

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (2000). *Plan de Galicia sobre drogas 1997-2000*. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-30.pdf>

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (2003). *Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004. Colección Drogodependencias. Documentos*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-41.pdf>

-
- Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (2003). *Programa de incorporación personalizado*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-40.pdf>
- Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (2004). *Catálogo de programas asistenciais Plan de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (2005). *Sistema de avaliación asistencial. Informe 2003. Indicador de mortalidade por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Memoria 2003*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas (2004). *O consumo de drogas en Galicia VII*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- Conde, F. y Herranz, D. (2004). *Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia*. Madrid: Fundación Crefat.
<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/ProcesosIntegraInmigrantes.pdf>
- Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude (2002). *Informe sobre a Xuventude Galega 2002*. Santiago de Compostela: Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude. Xunta de Galicia.
- Consellería de Sanidade. (2001). *Organización y funcionamiento de la red asistencial*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-35.pdf>
- Consellería de Sanidade (2003). *Catálogo de programas asistenciais. Plan de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
-

http://www.lugo.es/cs/prevencionPDFS/CatalogoProgramasAsistenciais_PGD.pdf

Consellería de Sanidade (2003). *Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-41.pdf>

Consellería de Sanidade - SERGAS (2008). *Clima organizacional e asistencia ao drogodependente no Plan de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF-1846-ga.pdf>

Consellería de Sanidade - SERGAS (2008). *Sistema de saúde pública de Galicia. Memoria 2008*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/GaliciaSNS2008.pdf>

Contreras Martínez, L., Molina Banqueri, V. y Cano Lozano, M.C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24, 31-38.

<http://www.adicciones.es/files/31-38%20contreras.pdf>

Cooper, B. y Shepherd, M. (1983). Epidemiología y psicología anormal. En Eysenck, H.J. (Ed.), *Manual de psicología anormal* (pp. 30-54). Méjico: Manual Moderno.

Cortés Tomás, M.T., Espejo Tort, B. y Giménez Costa, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19, 357-372. <http://www.adicciones.es/files/cortes.pdf>

Craig, G. (1994). *Psicología del desarrollo* (6ª. ed.). México: Prentice-Hall.

Damián Moreno, J. (2009). Medidas de frecuencia y de efecto. En: Royo Bordonada, M.A., y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp. 19-30). Madrid: Escuela Nacional

- de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf
- Damián Moreno, J. y Aragonés Sanz, N. (2009). Análisis de datos epidemiológicos. En: Royo Bordonada, M.A. y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp.75-92). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf
- Davenport-Hines, R. (2001). *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000*. Madrid: Turner Publicaciones.
- De Angelis, D., Hickman, M. y Yang, S. (2004). Estimating long-term trends in the incidence and prevalence of opiate use/injecting drug use and the number of former users: back-calculation methods and opiate overdose deaths. *American Journal of Epidemiology*, 160, 994-1004.
<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwh306>
- Del Rey Calero, J. (1980). Epidemiología y salud mental. En: González de Rivera, J. L., Vela, A. y Arana, J. (Eds.). *Manual de psiquiatría* (pp. 237-261). Madrid: Karpos.
- Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dobkin, R. (1984). *Visionary vine. Hallucinogenic healing in the Peruvian Amazon*. Prospect Heights Illinois: Waveland Press Inc.
- Doce Feliz, F. (1991). *De la eficacia de la naltrexona, su utilidad clínica e indicaciones*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

<http://www.sergas.es/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40008&idcatalogo=36>

Doreste, J. (1993). Epidemiología analítico-observacional en salud mental (II); Estudios casos-controles. En: J. L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 57-71). Barcelona: Salvat.

Doreste, J., Gracia, R. y Rodríguez-Pulido, F. (1993). Epidemiología analítico-observacional en salud mental (I): Estudios de cohortes. En: González de Rivera, J.L., Rodríguez, F. y Sierra, A. (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 37-55). Barcelona: Salvat.

Eassey, J. M., Gibson, C. L. y Krohn, M. D. (2015). Using a group-based trajectory approach to assess risk and protective factors of marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 45, 4-21.
<http://dx.doi.org/10.1177/0022042614542508>

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 91-96.
<http://www.adicciones.es/files/91-96%20editorial%20echeburua.pdf>

EDIS (1990). *O consumo de drogas en Galicia*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40008&idcatalogo=28&csssize=1>

EDIS (1993). *O Consumo de drogas en Galicia II*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

EDIS (1996). *O Consumo de drogas en Galicia III*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

EDIS (1998). *O Consumo de drogas en Galicia IV*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

-
- <http://www.sergas.es/Buscador/ResultadosBusqueda.aspx?IdPaxina=0&seccion=0&textobusqueda=navarro+botella>
- EDIS (2000). *O Consumo de drogas en Galicia V*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/Buscador/ResultadosBusqueda.aspx?IdPaxina=0&seccion=0&textobusqueda=navarro+botella>
- EDIS (2001). *As drogas de síntese en Galicia. 1999*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- EDIS (2002). *O Consumo de drogas en Galicia VI, 2000*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/gal/publicaciones/docs/drogodependencias/zip3-38.zip>
- EDIS (2003). *O Consumo de drogas en Galicia VII, 2002*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-42.pdf>
- EDIS (2006). *O Consumo de drogas en Galicia VIII, 2004*. Santiago de Compostela: SXSMD. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- EDIS (2008). *O consumo de drogas en Galicia IX 2006*. Santiago de Compostela: SXSMD. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
<http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-94.pdf>
- EDIS (2009). *O consumo de drogas en Galicia. Año 2008*. Santiago de Compostela: SXSMD. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
http://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/Drogodependencias/Consumo_drogas_Galicia_Voll.pdf
-

- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: A WHO memorandum. *Bulletin of the World Health Organization* 5, 225-242.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396054/>
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. y Skog, O.J. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- ERIT- Fédération Européenne des associations d'intervenants en toxicomanie (2001). *Indicateurs de qualité en Communautés Thérapeutiques*. Liege: ERIT.
- Escohotado, A. (1989). *Historia de las Drogas I y II*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (2001). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fenn, J.M., Laurent, J.S., y Sigmon, S.C. (2015). Increases in body mass index following initiation of methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 59-63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.007>
- Fernández Miranda, J.J. (2005). Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Monografía Opiáceos. *Adicciones*, 17, suplemento 2, 167-180.
<http://www.adicciones.es/files/Fernandez.pdf>
- Fishman, R. (1986). *Alcohol and alcoholism. The encyclopedia of psychoactive drugs*. London: Burke Publishing Company Limited.
- Fleury, M. y Henry, L. (1976). *Nouveau Manuel de dépouillement et d'exploitation de l'état civil ancien*. París: INED.
- Freixa, F., Masferrer, J. y Sala, Ll. (1988). *Urgencias en drogodependencias*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

-
- Freixa, F. (2002). De la embriaguez al alcoholismo. Magnus Huss (1807-1890) conceptos vigentes en 2002. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 133-136.
http://www.aesed.com/descargas/revistas/v27n2_ed.pdf
- Gálvez, R. (1993). El método epidemiológico aplicado a los problemas de salud mental. En: González de Rivera, J. L., Rodríguez, F. y Sierra, A. (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 3-9). Barcelona: Salvat.
- Gfroerer, J. y Brodsky, M. (1992). The incidence of illicit drug use in the United States, 1962-1989. *British journal of addiction*, 87, 1345-1351.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb02743.x>
- Gilchrist, G., Fonseca, F. y Torrens, M. (2011). Accesibilidad a tratamiento en personas con problemas de alcohol y otras sustancias de abuso. *Adicciones*, 23, 343-348.
<http://www.adicciones.es/files/343-348%20Gilchrist.pdf>
- Goldberg, D. P., Cooper, B., Eastwood, M. R., Kedward, H. B. y Shepherd, M. (1970). A standardized psychiatric interview suitable for use in community surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 24, 18-23.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059220/>
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press.
- González Martínez, P., Isorna Folgar, M., y Platas Domínguez, L. (2008). *Manual de intervención nas autoescolas. Alcohol, outras drogas e conducción*. Santiago de Compostela: SXSMD. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Gordis, L. (2005). *Epidemiología*. Madrid: Elsevier España S.A.

- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, *98*, 291-303.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603229>
- Götz, W. (2014). *Informe europeo sobre drogas 2014*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Boletín electrónico Unión Europea.
[file:///C:/Users/usuario/Downloads/TDAT14001ESN%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/TDAT14001ESN%20(9).pdf)
- Grüsser, S.M. y Thalemann, C.N. (2006). *Verhaltenssucht-Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber.
- Guardiola, E., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Bellé, A. (2006). La producción científica española sobre la dependencia de drogas en el consumo de la Unión Europea: 1976-2000. *Adicciones*, *18*, 119-134.
<http://www.adicciones.es/files/119-134%20SANCHEZ%20CARBONELL.pdf>
- Ha, J., Chin, B., Park, D., Ryu, S. y Yu, J. (2008). Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, *11*, 783-784.
<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2008.0096>
- Hart, A., y Moore, D. (2014). Alcohol and alcohol effects constituting causality in alcohol epidemiology. *Contemporary Drug Problems*, *4*, 393-416.
http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=75200
- Hallett, T.B., Zaba, B. y Todd, J. (2008). Estimating Incidence from Prevalence in Generalised HIV Epidemics: Methods and Validation. *PLOS Medicine*, *5*, 611-622.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0050080>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

-
- Heather, N. (2006). El problema del alcohol en el Reino Unido y lo que hace (y no hace) el gobierno al respecto. *Adicciones*, 18, 225-236.
<http://www.adicciones.es/files/1-Heather.pdf>
- Hickman, M., Seaman, S. y De Angelis, D. (2001). Estimating the relative incidence of heroin use: application of a method for adjusting observed reports of first visits to specialized drug treatment agencies. *American Journal of Epidemiology*, 153, 632-41.
<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwh306>
- Hill, A.B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proc. Roy. Soc. Med.*, 58: 295-300.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1898525/>
- Hume, D. (1739). *Tratado de la naturaleza humana*. En Madrid: Tecnos (2005), y en Albacete, Libros en la Red, Diputación de Albacete.
<http://www.dipualba.es/publicaciones/LibrosPapel/LibrosRed/Clasicos/Libros/Hume.pm65.pdf>
- Hunt, L.G. y Chambers, C.D. (1976). *The Heroin Epidemics: A Study of Heroin Use in the United States, 1965-75*. New York: Spectrum.
- Huss, M. (1849). *Alcoholismus chronicus: Chronisk alcoholisjudkom: Ett bidrag till dyskrasiarnas kändom*. Trans. quoted in John William Crowley, William L. White, *Drunkard's Refuge* (2004), 5.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1982). *Psicología clínica*. Valencia: Promolibro.
- Imaz Iglesia, I. y González Enríquez, J. (2009). Epidemiología Clínica. En: Royo Bordonada, M.A., y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp.169-186). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
-

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiológico_ultimo_23-01-10.pdf

Institute of Medicine (U.S.A.) (1997). *Marihuana y salud: Informe sobre un estudio realizado por un Comité del Institute of Medicine División of Health Sciences Policy*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública. Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Jason, L. A., Olson, B. D. y Harvey, R. (2015). Evaluating alternative aftercare models for ex-offenders. *Journal of Drug Issues*, 45, 53-68.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25641984>

Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F. y Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction Research and Theory*, 15, 309-320.

<http://dx.doi.org/10.1080/16066350701350247>

Jenicek, M. (1996). *Epidemiologia. La lógica de la Medicina Moderna*. Barcelona: Masson. S.A.

Jiménez Arriero, M.A., Ponce Alfaro, G., Rubio Valladolid, G. y Palomo Álvarez, T. (2003). Bases neurobiológicas del consumo de sustancias. En: Boves García, J., Casas Brugué, M., y Gutierrez Fraile, M. *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias* (pp. 1-12). Barcelona: Ars Médica.

Johanson, C.E. (1986). *Cocaine. A new epidemic. The encyclopedia of psychoactive drugs*. London: Burke Publishing Company Limited.

Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.

Jones, M. (1968). *Beyond the Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry*. 1968, New Haven, CT: Yale University Press.

-
- Kaplan, E.H. (1997). Snapshot samples. *Socio-Economic Planning Sciences*, 31, 281-291.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0038-0121\(97\)00011-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0038-0121(97)00011-6)
- Karila, L., Petit, A., Lowenstein, W. y Reynaud, M. (2012). Diagnosis and consequences of cocaine addiction. *Current Medical Chemistry*, 19, 5612-5618.
<http://dx.doi.org/10.2174/092986712803988839>
- Kendler, K.S, Karkowski, L.M., Neale, M.C., y Prescott C.A. (2000). Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57, 261–269.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.3.261>
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. y Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic Research: Principle and Quantitative Methods*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Labrador, F. y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: Conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.
<http://www.psicothema.com/pdf/3713.pdf>.
- Laudet, A.B., Harris, K., Kimball, T., Winters, K.C. y Moberg, D.P. (2015). Characteristics of Students Participating in Collegiate Recovery Programs: A National Survey. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 38-46.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.004>
- Laurie, P. (1980). *Las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lilienfeld, A. M. y Lilienfeld, D. E. (1980). *Foundations of Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló del Río, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 7, 90-96.
-

http://old.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/tr_mentales_organicos_y_consumo_de_toxicos/22188/

López-Abente, G. (2009). Estudios ecológicos. En: Royo Bordonada, M.A. y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp. 137-148). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf

López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M.L. y Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del “Mobile Phone Problem Use Scale” para población adolescente. *Adicciones*, 24, 123-130.
<http://www.adicciones.es/files/lopez-fernandez%20123-130.pdf>

López-Quintero, C., Pérez de los Cobos, J., Hasin, D. S., Okuda, M., Wang, S., Grant, B. F. y Blanco, C. (2011). Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 1, 120-130.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.004>

Lorenzo, M.C. (2005). *Alcoholismo*. Vigo: Nova Galicia Edicions.

Lu, X., Watanabe, J., Liu, Q., Uji, M., Shono, M. y Kitamura, T. (2011). Internet and mobile phone text-messaging dependency: Factor structure and correlation with dysphoric mood among Japanese adults. *Computers in Human Behavior*, 27, 1702-1709.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2011.02.009>

-
- Luengo Martín, M.A. (1994). *Análise psicosocial do consumo de drogas nos afolescentes galegos*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- <http://www.sergas.es/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40008&idcatalogo=46&csssize=1>
- McDaid, D., Quaglio, G., Correia de Campos, A., Dario, C., Van Woensel, L., Karapiperisb, T. y Reevese, A. (2013). Health protection in times of economic crisis: Challenges and opportunities for Europe. *Journal of Public Health Policy*, 34, 489–501.
- <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2013.35>
- McHugh, K., Nielsen, S., Pharm, B. y Weiss, R.D. (2015). Prescription drug abuse: from epidemiology to public policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 48, 1–7.
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.08.004>
- MacMahon, B. y Pugh, T.F. (1970). *Epidemiology: Principles and Methods*. Boston: Little, Brown.
- MacMahon, B. y Trichopoulos, D. (1996). *Epidemiology. Principles and methods*. 2ª ed. Boston: Little, Brown.
- Magallón-Neri, E., Díaz, R., Forns, M., Goti, J., Canalda, G. y Castro-Fornieles, J. (2012). Subtipos de adolescentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica utilizando los análisis de cluster y discriminante de perfiles MMPI-A. *Adicciones*, 24, 219-228.
- <http://www.adicciones.es/files/219-228%20MAGALLON.pdf>
- Magidson, J. F., Wang, S., Lejuez, C. W., Iza, M. y Blanco, C. (2013). Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 30, 538-545.

<http://dx.doi.org/10.1002/da.22122>

Martínez Raga, J., Haro Cortés, G. y Cervera Martínez, G. (2004). Epidemiología de la patología dual. *Monografías de psiquiatría*, 16, 7-12.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1148802>

Manniche, L. (1999). *An ancient egyptian herbal*. London: British Museum Press.

Marco, C. y Chóliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de adicción a Internet y videojuegos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 125-141.

<http://www.redalyc.org/pdf/560/56025664009.pdf>

Martinotti, G., Vilella, C., Thiene, D., Nicola, M., Bria, P., Conte, G., Cassano, M. y Torre, G. (2011). Problematic mobile phone use in adolescence: a cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 19, 545-551.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-011-0422-6>

Marina, P. (1999). ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? *Adicciones*, 1, 237-241.

<http://www.adicciones.es/files/marina.pdf>

Martínez, M., Alonso, C. y Montañés, J. (2010). Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes Castellano-Manchegos. *Revista española de drogodependencias*, 1, 78-91.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3183671>

Mathews, A., Mogg, K., May, J. y Eysenck, M. W. (1989). Implicit and explicit memory bias in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.

<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.98.3.236>

Miller, N. S. (1991). Nosology of drug and alcohol addiction. En: Miller, N. (Ed.) *Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction* (pp. 179-191). New York: Marcel Dekker.

-
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Vigilancia epidemiológica del Vih/Sida en España. Actualización 30 de junio de 2014. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH registro nacional de casos de SIDA*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1987). *Antiguo SEIT (Sistema Estatal de Toxicomanías). Informe 1987*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Monrás, M. (2001). Cambios en la edad de inicio del tratamiento de la dependencia alcohólica. ¿Debemos cambiar la oferta asistencial? *Adicciones*, 13, 139-146.
- <http://www.adicciones.es/files/139-146%20Original%20.pdf>
- Morel, B. (1860). *Traité des maladies mentales* (2 vol.) París: Victor Masson.
- <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76604w/f6.image.langES>
- Mulvey, E. P., Steinberg, L., Piquero, A.R., Besana, M., Fagan, J., Schubert, C. y Cauffman, E. (2010). Trajectories of desistance and continuity in antisocial behavior following court adjudication among serious adolescent offenders. *Development and Psychopathology*, 22, 453-475.
- <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579410000179>
- Muñoz, M.J., Graña, J.L., Peña, M.E. y Andreu, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*, 14, 313-320.
- <http://www.adicciones.es/files/03.%20Influencia%20de%20la%20cond.pdf>
- Navarro Botella, J. y Sánchez Pardo, L. (2003). *Observatorio de Galicia sobre Drogas. Informe general 2002*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Navarro Botella, J. y Sánchez Pardo, L. (2006). *Observatorio de Galicia sobre Drogas. Informe general 2004*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Nordt, C. y Stohler, R. (2008). Estimating heroin epidemics with data of patients in methadone maintenance treatment, collected during a single treatment day. *Addiction*, 103, 591-597.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02055.x>

Observatorio de Galicia sobre Drogas (2003). *Informe General 2002*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia.

Observatorio Español sobre Drogas (2003). *Informe nº 6*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica.

Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Informe sobre la situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías OEDT (2012). *Informe anual 2012: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_ES_TDAC12001ESC_.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías OEDT (2014). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

-
- http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDAT14001E_SN.pdf
- Office of National Drug Control Policy (ONDCP). (2012). *Report 2012: National Drug Control Strategy*. Washington, D. C.: Executive office of the President of the United States. The White House.
- https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/2012_ndcs.pdf
- Olievenstein, C. (1983). *La drogue ou la vie*. Paris: Editions Robert Laffont.
- Oliva, J., y Rivera, B. (2006). Los costes sociales del consumo de drogas ilegales en la Comunidad de Galicia. Instituto de Estudios Fiscales. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. *Presupuesto y Gasto Público* 44, 105-131.
- http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/44_DrogasGalicia.pdf
- Otero López, X.M., Mirón Redondo, L. y Luengo Martín, A. (1991). *Consumo de drogas nos adolescentes: unha aproximación ás variables familiares e grupais*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Palamar, J. (2014). An Examination of opinions toward marijuana policies among high school seniors in the United States. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46, 351-361.
- <http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2014.962716>
- Parlamento de Galicia (1996). *Lei de Galicia sobre drogas 2/1996*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. Torres, A. (Coord.). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. (pp. 13-36). Valencia: Sociodrogalcohol.

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf

Pascual Pastor, F., Guardiola Serecigni, J., Pereiro Gómez, C. y Bobes García, J. (2013).

Alcoholismo. Madrid: Socidrogalcohol.

Pedreira Crespo, V. (2006). *Estudo sobre poboación drogodependente en situación de emerxencia social*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Pereiro Gómez, C., Castro Iglesias, M.A. y Pereira Andrade, J.D. (1993). *Hepatitis vírica como complicación do consumo de drogas por vía parenteral*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Pérez, F. (2007). El imperativo de la felicidad. *Liberaddictus. Revista especializada en adicciones, depresión y ansiedad*, 95, 14-17.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2265328>

Pérez Vilariño, X. y Veira Veira, X.L (1988). *La cultura de la droga en Galicia*. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Pérez Vilariño, X. y Veira Veira, X.L. (1991). *Proceso de iniciación e hábitos de consumo de drogas nas cidades de Santiago, A Coruña e Vigo: estudio epidemiolóxico*. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Plan Autonómico sobre Drogodependencias (1987). *Memoria del PAD*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

Plan Autonómico sobre Drogodependencias (1991). *Memoria 1988-1989 PAD*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

-
- Plan de Galicia sobre Drogas (1994). *Manual del Sistema de Evaluación Asistencial (SEA)*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade.
- Plan Autonómico sobre Drogodependencias (1994). *Programas Asistenciales del PAD*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicos Sociais.
- Plan Autonómico sobre Drogodependencias (1993). *Sistema de Evaluación Asistencial*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicos Sociais.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Pogue-Geile, M. F. y Harrow, M. (1984). Strategies for psychopathology research. En: A. S. Bellack, A.S. y Hersen, M. (Eds.), *Research methods in clinical psychology* (pp.179-207). Nueva York: Pergamon Press.
- Pomeranz, J.L., Munsell, C.R. y Harris, J.L. (2013). Energy drinks: An emerging public health hazard for youth. *Journal of Public Health Policy*, 34, 254-271.
<http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2013.6>
- Pooling Project Research Group (1978). Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and EKG abnormalities to the incidence of major coronary events. *Journal of Chronic Diseases*, 31, 201-306.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968178900735>
- Popper, K.R. (1980). *The logic of scientific discovery* (3ª ed.). London: Routledge.
<http://strangebeautiful.com/other-texts/popper-logic-scientific-discovery.pdf>
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include nonsubstance-related conditions? *Addiction*, 101, 142-151.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x>
-

- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company.
- Puig-Junoy, J. y Pinto. J.L. (2001). El coste de oportunidad del tiempo remunerado en la producción de salud. *Documento de Trabajo de la FSIS*, 5, 1-30.
<http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/paper40.pdf>
- Pulido, J., Indave-Ruiz, B.I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M. y Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 493-513.
http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n4/05_colaboracion4.pdf
- Quaglio, G., Talamini, G., Fabio, F., Lechi, A., Venturini, L. y Mezzelani, P. (2002). Causas principales de muerte entre 2.708 heroinómanos del noreste italiano (1985-1998). *Adicciones*, 14, 393/403.
<http://www.adicciones.es/files/quaglio.pdf>
- RAE (2014). *Diccionario de la Real Academia Española* (23ª ed). Madrid: Espasa Libros.
<http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>
- Ramchand, R., Griffin, B.A., Slaughter, M.E., Almirall, D. y McCaffrey, D.F. (2014). Do improvements in substance use and mental health symptoms during treatment translate to long-term outcomes in the opposite domain? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 339–346.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.012>
- Ramos-Quiroga, J.A., Daigre, C., Bosch, R., Roncero, C., Nogueira, M., Gonzalvo, B., Sáez, N. y Casas, M. (2009). Conductas adictivas y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. *Revista Española de Drogodependencias*, 34, 135-150.

http://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n2_2.pdf

Ravá, L., Calvani, M.G., Wiessing, L., Heisterkamp, S. y Rossi, C. (2001). Incidence indicators for policy making: models, estimation and implications. *Bulletin on Narcotics, LIII*, 135-155.

http://www.unodc.org/pdf/bulletin_2001-01-01_1.pdf

Regier, D. A., Meyer, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., Eaton, W. W. y Locke B. Z. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Historical context, major objective, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry, 41*, 934-941.

<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210016003>

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of American Medical Association, 264*, 2511-2518.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>

Regier, D.A., Narrow, W.E. y Rae, D.S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research, 24*, 3-14.

[http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90031-K](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(90)90031-K)

Rial Boubeta, A. y Varela Mallou, J., (2008). *Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud*. A Coruña: Netbiblo S.L.

Rial Boubeta, A., Varela Mallou, J., Martínez Soage, M. y Braña Tobío, T. (2009). *Clima organizacional e asistencia ao drogodependente no Plan de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde.

- Richmond, M. K., Pampel, F. C., Rivera, L. S., Broderick, K. B., Reimann, B. y Fischer, L. (2015). Frequency and Risk of Marijuana Use among Substance-Using Health Care Patients in Colorado with and without Access to State Legalized Medical Marijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47, 1-9.
<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2014.991008>
- Richter, L. y Foster, S.E. (2014). Effectively addressing addiction requires changing the language of addiction. *Journal of Public Health Policy*, 35, 60-64.
<http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2013.44>
- Rivera Castiñeira, B. y Oliva Moreno, J. (2007). *Cuantificación dos custos sociais do consumo de drogas ilegais na comunidade autónoma de Galicia*. Santiago de Compostela: SXSMD. Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Rivera, B., Casal, B., Rungo, P. y Currais, L. (2010). Consumo de drogas ilegales y participación laboral: Evidencia empírica basada en registros clínicos de pacientes. *Gaceta Sanitaria SESPAS*, 14, 113.
http://www.aes.es/Jornadas2010/admin/uploads/docs/Gaceta_XXXJornadasAES.pdf
- Rivera, B., Casal, B., Currais, L. y Rungo, P. (2012). Valoración del impacto económico del consumo de drogas ilegales en Galicia desde una perspectiva social. *Presupuesto y Gasto Público*, 66, 109-126.
http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/66_05.pdf
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
<http://mres.gmu.edu/pmwiki/uploads/Main/C3T2.pdf>

-
- Rodríguez Artalejo, F. y Banegas Banegas, J.R. (2009). Concepto y usos de la epidemiología. En: Royo Bordonada, M.A. y Damián Moreno, J. *Método epidemiológico* (pp.9-18). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd documentos/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf
- Rodríguez Cabrero, G. (1990). La economía de las drogodependencias. *Economistas*, 8, 22-26.
- <http://www.revistaeconomistas.com/CEMadridRevista/contenidoAnt/1118582 /1109835/1109835/1/La-economia-de-las-drogodependencias.html>
- Rodríguez-Pulido, F. y Montes de Oca, D. (1993). Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: Cuestionarios y entrevistas. En: González de Rivera, J.L., Rodríguez, E. y Sierra, A. (Eds.). *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 125-144). Barcelona: Salvat.
- Rodríguez Villarino, R. (2005). Adicción a la compra. Apuntes sobre el estado actual del conocimiento, la evaluación y las estrategias de intervención. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 429-444.
- http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=241
- Rodríguez Villarino, R., González Lorenzo, M., Fernández González, A. y Lameiras Fernández, M. (2005). Explorando la relación de la adicción a la compra con otros comportamientos excesivos: un estudio piloto. *Adicciones*, 17, 231-240.
- <http://www.adicciones.es/files/231-240%20Rodriguez.pdf>
- Romero, P. (2005). *Sociología*. En: (Coord.) Pérez de los Cobos, J., Valderrama, J., Cervera, G. y Rubio, G. (Dir.) *Tratado SET de trastornos adictivos* (pp.32-36). Madrid: MédicaPanamericana.
-

- Roncero, C., Egido, A., Rodríguez-Cintas, L., Pérez-Pazos, J., Collazos, F. y Casas, M. (2015). Consumo de drogas entre los estudiantes de medicina: Una revisión de la literatura 1988-2013. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 109-121.
<http://idhdp.com/media/400776/17-95-esp-109-21-186392.pdf>
- Rootman, I. (1980). *Drug-Abuse reporting systems*. Ginebra: World Health Organization.
http://libdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_55.pdf
- Rothman, K.J. (1988) (Ed.). *Causal Inference*. Chesnut Hill, MA: E.R.I.
- Rossi C. (1999). Monitoring drug control strategies: hidden phenomena, observable events, observable times. *Int J Drug Policy*, 10: 131-44.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959\(98\)00079-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0955-3959(98)00079-6)
- Royo Bordonada, M.A., y Damián Moreno, J. (2009). *Método epidemiológico*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS)-Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. y John, U. (2002). The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8, 122-127.
<http://dx.doi.org/10.1159/000059381>
- San Juan, D., Ocariz, E. y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: Perfil psicosocial y delictivo. *Revista Criminalidad*, 51, 147-162.
<http://www.ehu.eus/documents/1736829/2118745/Menores+infractores+y+consumo+de+drogas+perfil+psicosocial+y+delictivo.pdf>
- San Molina, L. (2005). Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España. Monografía opiáceos. *Adicciones*, 17, suplemento 2, 9-19.
<http://www.adicciones.es/files/San%20def.pdf>

-
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: Moda o trastorno? *Adicciones*, 20, 149-160.
<http://www.adicciones.es/files/Sanchez-Carbonell.pdf>
- Sánchez Hervás, E. (2002). El proceso de cambio en dependientes a alcohol, heroína y cocaína. *Centro de Salud*, 10, 108-111.
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ctrosalud2002/2/108-111.pdf>
- Sánchez-Martínez, M. y Otero, A. (2009). Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 131-137.
<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2008.0164>
- Sánchez-Niubò, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J.M., Correa, J.F. y Domingo Salvany, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction*, 105, 248-255.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02451.x>
- Sánchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, A., Gómez Melis, G., Brugal, M.T. y Scalia-Tomba, G.P. (2007). Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 21, 397-403.
<http://dx.doi.org/10.1157/13110444>
- Sánchez-Niubó, A., Mammone, A. y Scalia, G.T. (2013). Methods for Estimating Incidence of Drug Use: a Review. *Current Drugs Abuse Reviews*, 6, 130-143.
<http://dx.doi.org/10.2174/187447370602140401221416>
- Sánchez-Niubó, A., Sordo, L., Fortiana, J., Brugal, M.T. y Domingo-Salvany, A. (2013). Incidence Trends of Cannabis and Cocaine Use from Periodic Spanish General Population Surveys: effect of standardising results by age structure. *Addiction*, 108, 1450-1458.

<http://dx.doi.org/10.1111/add.12170>

Sánchez-Niubó, A., Aalen O.O., Domingo-Salvany, A., Amundsen, E.J., Fortiana, J. y Reysland K. (2013). A multistate model to estimate incidence of heroin use. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 1-9.

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-13-4>

Sánchez Pardo, L. (2005). *Criterios de indicación terapéutica para la inclusión de pacientes en programas de tratamiento con derivados opiáceos en la Red Asistencial del Plan de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas-Xunta de Galicia.

Sánchez Pardo, L. (2007). *Observatorio de Galicia sobre Drogas. Informe 2006*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia.

Sánchez Pardo, L. (2008). *Intervencións preventivas sensibles á perspectiva de xénero. Plan de atención integral a saúde da muller de Galicia*. Santiago de Compostela: SXSMD. Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Sánchez Pardo, L. (2008). *Guía informativa: xénero e drogas. Plan de atención integral á saúde da muller de Galicia*. Santiago de Compostela: SXSMD. Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Sánchez Pardo, L. (2009). *Efectividade dos Programas de Tratamento con derivados opiáceos impulsados polo Plan de Galicia Sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias-Sergas-Consellería de Sanidade.

Sánchez Pardo, L. (2011). *Instrumentos para a avaliación dos programas incluídos na carteira de servizos en materia de prevención das drogodependencias*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.

-
- Santo-Domingo, J. (2002). Introducción: evolución del alcoholismo y su asistencia en España. *Adicciones, 14, Suplemento nº1 Alcohol*, 7-21.
- <http://www.adicciones.es/files/alcohol-introduccion.2.pdf>
- Santodomingo, J. (2009). Historia de las adicciones y su abordaje en España. En: Torres, A. (Coord.) *Historia de las adicciones en la España contemporánea* (pp. 37-82). Valencia: Sociodrogalcohol.
- http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf
- Santodomingo, J. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. (Coord.) Torres, A. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Valencia: Ed. Sociodrogalcohol.
- http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf
- Scalia-Tomba, G., Rossi, C., Taylor, C., Klemková, D. y Wiessing, L. (2008). *Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use*. Lisbon: EMCDDA.
- file:///C:/Users/usuario/Downloads/EMCDDA_PDU_incidence_guidelines.pdf
- Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade (2008). *Sistema sanitario de Galicia. Memoria 2006*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia.
- Secretaría Xeral Técnica (2011). *Sistema público de saúde de Galicia. Memoria 2009*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia.
- Sergas (2012). *O circuito de asistencia sanitaria aos trastornos adictivos en Galicia*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Segal, N. L. (1990). The importance of twin studies for individual differences research. *Journal of Counseling and Development, 68*, 612-622.
- <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb01425.x>
-

Silva, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Manual de Evaluación*. Toledo: Grupo interdisciplinar sobre Drogas (GID).

Simpson, D. et als. (1982). Six years follow-up of opioide addicts after admission to treatment. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 1318-1323.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290110070012>

Sloterdijk, P. (2005). *En el mundo interior del capital. Para una teoría filosófica de la globalización*. Madrid: Siruela.

Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (2002). *Guía básica sobre los cannabinoides*. Madrid: SEIC.
<http://www.seic.es/wp-content/uploads/2013/10/guiabasicacannab.pdf>

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria - SEMFYC (2010). *Actuar é posible. O papel da Atención Primaria ante os problemas de saúde relacionados co consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Sociedad Española de Toxicomanías (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias SXSMD - Servizo Galego de Saúde (2006). *Alternativa: Programa de prevención dirixido a mozos/as con denuncias por consumo ou posesión de drogas en lugares públicos*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias SXSMD - Servizo Galego de Saúde (2008). *Plan de Galicia sobre Drogas 2007-2009*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias SXSMD - Servizo Galego de Saúde (2008). III Congreso luso-galaico sobre: *Avances en drogodependencias*.

-
- Encontros internacionais. Libro de actas.* Santiago de Compostela: Escola Galega de Administración Sanitaria FEGAS.
- Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias - SXSMD (2009). *Procesos preventivos e carteira de servizos en materia de prevención do Plan de Galicia sobre Drogas.* Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Surgeon General (1964). *The 1964 Report on Smoking and Health.* Bethesda: National Library of Medicine.
- Taboada, X., Cereijo, J., Lema, R. y Márquez, C. (2012). Epidemioloxía da infección por VIH en Galicia. Importancia do diagnóstico precoz. En: Castro Iglesias, A. y López Calvo, S. (Eds.). *Programa de Diagnóstico Precoz del VIH en Atención Primaria* (pp. 1-31) A Coruña: Sociedad Gallega Interdisciplinaria de SIDA (SOGAISIDA).
- Tejeiro, R. y Morán, R. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97, 1601-1606.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00218.x>
- Tortajada, S., Herrero, M. J., Domingo-Salvany, A., Molist, G., Barrio G., de la Fuente, L. y Grupo de Investigación ITINERE (2012). Morbilidad psiquiátrica en consumidores de cocaína y heroína reclutados en la comunidad. *Adicciones*, 24, 201-210.
<http://www.adicciones.es/files/201-210%20DOMINGO.pdf>
- Triper, B. (2015). *El emprendimiento social como parte de la economía social.* Madrid: Servimedia.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. y Rippens, P. D. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 237-242.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00209-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00209-5)
- UNAD (2007). *Experiencias de calidad en las entidades de la UNAD.* Madrid: UNAD.

http://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/Experiencias_Calidad_UNAD.pdf

UNAD (2010). *25 años de historia del movimiento asociativo en el ámbito de los consumos problemáticos de drogas*. Madrid: UNAD.

http://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/25_anos_UNAD.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2000). *United Nations convention against transnational organized crime and the protocols thereto*. New York: ONU.

https://www.unodc.org/documents/middleeastandnorthafrica/organised-crime/UNITED_NATIONS_CONVENTION_AGAINST_TRANSNATIONAL_ORGANIZED_CRIME_AND_THE_PROTOCOLS_THERETO.pdf

Vandenbroucke J.P., et al. (2009). Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gaceta Sanitaria*, 23, nº2, 1-28, Artículo especial.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.12.001>

Varela Mallou, J., Rial Boubeta, A., Braña Tobío, T. y Lamas Veiga, L. (2009). *Avaliación da atención ao drogodependente en Galicia dende o punto de vista dos propios usuarios. Claves para a mellora continua*. Santiago de Compostela: SXSMD. Sergas. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

Vázquez-Barquero, J. L. (1993). Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: González de Rivera, J. L., Rodríguez, F. y Sierra, A. (Eds.), *El método epidemiológico en salud mental*. (pp.19-32). Barcelona: Salvat.

Verdú, V. (2008). 1968 el año que cambió el mundo. Domingo 6 de enero. *El país semanal*, 40-53.

http://elpais.com/diario/2008/01/06/eps/1199604413_850215.html

-
- Vergara-Moragues, E., González-Saíz, F., Lozano, O.M., Betanzos, P., Fernández, F., Bilbao-Acebos, I. y Verdejo, A. (2012). Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community. Substance induced versus independent disorders. *Psychiatry Research*, *30*, 734-41.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.043>
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, *16*, 274-282.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00578-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8)
- Villanueva Blasco, V.J. (2006). *Programa e manual de intervención con drogodependientes en situación de emerxencia social (SISIFO)*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Viñes Ibarrola, J. (1957). *Alcoholismo, stress-cáncer*. Pamplona: Pub. Inst. Sanidad Navarra.
- Von Korff, M. y Eaton, W. W. (1989). Epidemiologic findings on panic. En R. Baker (Ed.), *Panic disorder: Theory, research and therapy*. Nueva York: Wiley.
- Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 Years). *Prevention Science*, *2*, 165-192.
<http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1011510923900#page-1>
- Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks, and familial patterns. En: Tuma, A. y Maser, J. (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*, (pp. 275-296). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wing, J. K., Cooper, J. E. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on narcotics*, *14*, 1-7.

https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1962-01-01_1_page002.html

World Health Organization (2003). *Introduction to Drug Utilization Research*. Geneva: WHO Library.

<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4876e/s4876e.pdf>

Xunta de Galicia (1996): *Lei 2/1996 de Galicia sobre Drogas*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais.

Xunta de Galicia (1997). *Plan de Galicia sobre Drogas: 1997-2000*. Documento aprobado por el Consello de la Xunta de Galicia el 23.01.97.

Zaller, N., Topletz, A., Frater, S., Yates, G. y Lally, M. (2015). Profiles of Medicinal Cannabis Patients Attending Compassion Centers in Rhode Island. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47, 18-23.

<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2014.999901>

Zhuo, Y., Bradizza, C.M., y Maisto, S.A. (2014). The influence of treatment attendance on subsequent aggression among severely mentally ill substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 353-361.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.06.010>