

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLÍNICA



Miguel Hernández

Tesis Doctoral

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USUARIO DE
LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE CANARIAS: TREINTA
AÑOS DE EVOLUCIÓN (1987-2016)**

D. Jesús Manuel Quintero Febles

2017



Departamento de Medicina Clínica

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USUARIO DE
LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE CANARIAS: TREINTA
AÑOS DE EVOLUCIÓN (1987-2016)**

Tesis Doctoral

Doctorando: Jesús Manuel Quintero Febles

**Directores: Dr. Bartolomé Pérez Gálvez y Dra. Sara
Darias Curvo**

2017

D. JAVIER FERNANDEZ SÁNCHEZ, Director del
Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel
Hernández

AUTORIZA:

La presentación y defensa como Tesis Doctoral del trabajo
“Estudio descriptivo del usuario de la Unidad de Desintoxicación del
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias: treinta años de
evolución (1987-2016)” presentado por D. Jesús Quintero Febles
bajo la dirección del Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez y de la Dra.
Dña. Sara Darías Curvo.

Lo que firmo en San Juan de Alicante, a 21 de julio de 2017.



UNIVERSITAS
Miguel Hernández
DEPARTAMENTO DE
MEDICINA CLÍNICA

Prof. J. Fernández
Director
Dpto. Medicina Clínica

D. Bartolomé Pérez Gálvez y Dña. Sara Darias Curvo, como Directores de Tesis Doctoral

CERTIFICAN:

Que el trabajo "ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USUARIO DE LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS: TREINTA AÑOS DE EVOLUCIÓN (1987-2016)" realizado por D. Jesús Quintero Febles, ha sido llevado a cabo bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral en la Universidad Miguel Hernández.

Lo que firmamos para los oportunos efectos en San Juan de Alicante a 21 de julio de 2017.



Miguel Hernández
DEPARTAMENTO DE
MEDICINA CLÍNICA

Fdo. Dr. Bartolomé Pérez Gálvez
Director Tesis Doctoral



Fdo. Dra. Sara Darias Curvo
Directora Tesis Doctoral

AGRADECIMIENTOS

La elaboración del presente trabajo no habría sido posible sin la labor desempeñada, durante treinta años, por el equipo terapéutico de la Unidad de Desintoxicación del Hospital Universitario de Canarias. Han sido muchos los que de una forma u otra han participado, resultando imposible nombrarlos a todos, pero si no hubieran existido Carlos, Mai, Miguel, Guille, Eva, Martín, Auxi, José, Gerson, Patricia, Julia, Cande o Maeve, este trabajo nunca hubiera visto la luz. Especial reconocimiento para Nicolás Perdomo, no sólo por su colaboración y consejos, sino por haber sido el alma del equipo de la UDH durante treinta años.

Mención especial se merece el Doctor Rafael Valenciano, máximo responsable del servicio, que me otorgó su beneplácito, orientándome y colaborando desinteresadamente.

El trabajo desempeñado por los directores de una Tesis resulta siempre fundamental, sin embargo, el Doctor Bartolomé Pérez Gálvez y la Doctora Sara Darias Curvo, con la atención y paciencia mostrada al guiarme en todo el proceso, llegaron mucho más lejos de lo exigible.

Fuera del ámbito académico o profesional, existen personas que han participado, revisando el texto, aportando y aconsejando, en este sentido quiero agradecer la labor desempeñada por Javier.

Especial agradecimiento para el futuro Doctor Juan José Suárez Sánchez, con el que he compartido durante estos años el camino y ha sido probablemente la persona que más veces ha leído los textos, aportando ideas, clarificando conceptos, compartiendo dudas y consejos.

A la persona con la que comparto la vida, Ana Oliva, no solamente por sus consejos y revisión del texto, sino, sobre todo, por la comprensión y apoyo mostrados durante tanto tiempo durante el cual no he podido mostrarle la atención que se merece.

A mis hermanas Nuria y Zoraida, y al resto de mi familia y amigos por el tiempo que no he podido dedicarles.

A todos, muchas gracias

A mis padres



1. INTRODUCCIÓN	15
1.1 Perspectiva histórica de la atención a las drogodependencias en España desde finales del siglo XX hasta el momento actual	17
1.1.1 Periodo tradicional	18
1.1.2 Epidemia de la heroína.....	21
1.1.3 Respuesta institucional: Plan Nacional sobre Drogas	22
1.1.4 Momento actual.....	27
1.2 Epidemiología de las drogas en España	32
1.2.1 Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.....	32
1.2.2 Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías.....	33
1.2.3 Epidemiología en Canarias	34
1.2.4 Alcohol.....	37
1.2.5 Heroína	40
1.2.6 Metadona.....	43
1.2.7 Cocaína	47
1.2.8 Cannabis	50
1.2.9 Psicofármacos	53
1.2.10 Policonsumo.....	56
1.3 Las Comunidades Terapéuticas en España	61
1.4 Unidades Desintoxicación Hospitalaria.....	63
1.4.1 Perfil del usuario: publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas	66
1.4.2 Descripción de los trabajos publicados en España.....	71
1.4.3 Éxito y fracaso del tratamiento de desintoxicación	77
1.5 Particularidades de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.....	80
1.5.1 Geografía.....	80
1.5.2 Evolución de la población.....	82
1.5.3 Introducción a los Planes Autonómicos sobre Drogas.....	82
1.5.4 III Plan Canario sobre Drogas	84
1.5.5 Recursos específicos atención a las drogodependencias.....	85
1.5.6 Asociaciones y fundaciones de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.....	87
1.6 Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias	92
1.6.1 Historia de la Unidad de Desintoxicación.....	92
1.6.2 Ubicación física y equipo terapéutico	94
1.6.3 Procedimiento de acceso	95
1.6.4 Criterios de admisión e indicaciones de ingreso	96
1.6.5 Objetivos del tratamiento	98

1.7 Planteamiento y justificación del estudio	99
1.7.1 Necesidad de la investigación en drogodependencias	99
1.7.2 Objetivos del estudio.....	103
2. MATERIAL Y MÉTODO	105
2.1 Diseño y tipo de estudio.....	107
2.2 Población de estudio y muestra	107
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	110
2.4 Recogida de datos	111
2.5 Descripción de las variables	111
2.6 Codificación de las variables	116
2.7 Análisis estadístico	120
2.8 Limitaciones y sesgos	121
2.9 Aspectos éticos.....	122
3. RESULTADOS	123
3.1 Solicitudes e ingresos formalizados	125
3.1.1 Solicitudes de ingreso procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife	125
3.1.2 Ingresos formalizados procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife	127
3.1.3 Ingresos formalizados procedentes de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria	129
3.2 Descripción inicial de los usuarios.....	131
3.2.1 Procedencia del usuario	131
3.2.2 Tiempo de espera.....	133
3.2.3 Cumplimiento de las citas de ingreso y entrevista.....	136
3.2.4 Edad de los usuarios ingresados en la UDH	138
3.2.5 Estancia	140
3.2.6 Modalidad de alta	141
3.2.7 Estancia según modalidad de alta y año	142
3.2.8 Número de ingresos previos	143
3.2.9 Ingresos por usuario.....	144
3.2.10 Sustancias por las que se realiza la desintoxicación	146
3.2.10.1 Número de sustancias	146
3.2.10.2 Alcohol.....	149

3.2.10.3 Cocaína	151
3.2.10.4 Cannabis	155
3.2.10.5 Heroína	159
3.2.10.6 Metadona	161
3.2.10.7 Psicofármacos	165
3.2.10.8 Derivados opiáceos	167
3.2.10.9 Anfetaminas y derivados.....	169
3.2.10.10 Otras drogas: inhalantes y psicodislépticos	171
3.2.10.11 Desintoxicaciones por una única sustancia.....	172
3.3 Asociaciones entre variables	174
3.3.1 Altas por traslado	174
3.3.2 Combinaciones de sustancias y décadas.....	176
3.3.2.1 Combinaciones de alcohol	180
3.3.2.2 Combinaciones de heroína.....	185
3.3.2.3 Combinaciones metadona	189
3.3.2.4 Derivados opiáceos	190
3.3.2.5 Combinaciones de cocaína.....	191
3.3.2.6 Cannabis.....	193
3.3.2.7 Psicofármacos	193
3.3.3 Características de los policonsumidores	195
3.3.4 Estudio de la estancia media.....	197
3.3.5 Variación de la edad del usuario	201
3.3.6 Sustancias por tramo de edad.....	205
3.3.7 Sustancias por zona geográfica	212
3.3.8 Perspectiva de género.....	214
3.4 Éxito y fracaso del tratamiento de desintoxicación	220
3.4.1 Alta terapéutica y género del usuario.....	221
3.4.2 Alta terapéutica y procedencia del usuario	222
3.4.3 Alta terapéutica y edad del usuario	224
3.4.4 Alta terapéutica y tiempo de espera.....	226
3.4.5 Alta terapéutica y estrategia al alta	227
3.4.6 Alta terapéutica y número de ingresos previos	228
3.4.7 Alta terapéutica y número de solicitudes previas.....	229
3.4.8 Alta terapéutica y fracasos previos	229
3.4.9 Alta terapéutica y cumplimiento de las citas	230
3.4.10 Alta terapéutica y sustancias.....	231

3.5 Modelo de regresión logística binaria.....	234
3.5.1 Variables seleccionadas para ser incluidas en el modelo multivariante.....	235
3.5.2 Resultados del modelo de regresión logística.....	237
4. DISCUSIÓN.....	241
5. CONCLUSIONES.....	269
BIBLIOGRAFÍA.....	277
ANEXOS.....	307



1. INTRODUCCIÓN



1.1 Perspectiva histórica de la atención a las drogodependencias en España desde finales del siglo XX hasta el momento actual

Iniciamos el presente trabajo con una revisión histórica. El objetivo de este primer capítulo es realizar una revisión del fenómeno de las drogodependencias en España y de la respuesta social e institucional al mismo, centrándonos en el periodo comprendido entre la segunda mitad del siglo XX y el momento actual. No podemos comprender la evolución de los diferentes modelos de atención a las drogodependencias en nuestro país sin situarnos en el contexto social y político en que se encontraba inmersa en cada momento la sociedad española. Las últimas décadas de la historia de España han sido extraordinariamente convulsas, incluyendo una guerra civil, esta agitación indudablemente va a condicionar el desarrollo del complejo fenómeno de las adicciones.

Hasta el inicio de la guerra civil española en 1936, España mostraba un patrón de consumo de sustancias y de problemas derivados de su consumo, con similares características al resto de Europa⁽¹⁾. No obstante, los índices de consumos de drogas legales e ilegales eran sensiblemente inferiores a los de otros países europeos, probablemente por una unión de factores como la cultura tradicional agraria o la influencia de la iglesia católica⁽¹⁾. A partir de la guerra civil, con el bloqueo internacional del régimen franquista y el consecuente aislamiento del resto del mundo, la problemática de las drogodependencias en España comenzó a diferenciarse de la del resto de Europa. Paradójicamente, el aislamiento de la sociedad española pudo haber tenido como consecuencia la disminución del consumo de drogas ilegales, de tal forma que en los años 50 las drogas eran algo desconocido para la mayoría de los españoles⁽¹⁾.

En la presente revisión nos centraremos en lo sucedido en nuestro país a partir de los años 50 hasta llegar al momento actual, para ello, y con el fin de situarnos en el contexto político y social, usaremos como referencia, aunque no fielmente, la distribución en diferentes periodos propuesta por Comas⁽¹⁾.

El primer periodo corresponde a la España de la postguerra, donde una sociedad española parcialmente aislada del resto de Europa presentaba un

consumo tradicional que tenía el alcohol como protagonista, un segundo periodo, con la explosión de las drogas ilegales, principalmente la heroína, que sorprendió a la sociedad española y a las instituciones públicas, que no estaban preparadas para esta epidemia, y un tercer periodo caracterizado por la respuesta institucional que se inició a partir de la formulación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985⁽²⁾.

1.1.1 Periodo tradicional

A partir de los años 50 comenzó en España un periodo de crecimiento económico que disminuyó en parte el retraso que, a partir de la guerra civil y de la postguerra inmediata, presentaba en relación con el resto de Europa. Este crecimiento económico significó cambios sociales y poblacionales, produciéndose un movimiento de la población desde los entornos rurales hacia las ciudades. Empezó a aparecer una nueva clase media, lo que supuso el desarrollo de una sociedad de consumo. Estos cambios de la sociedad, indudablemente influyeron en el desarrollo que sufrió el fenómeno de las adicciones en nuestro país⁽³⁾.

Inicialmente, la España de la postguerra presentaba una sociedad muy empobrecida, con un consumo de drogas ilegales muy escaso y restringido a determinados círculos elitistas, siendo un consumo que no generaba alarma social, ni muchísimo menos una respuesta institucional. Este periodo se caracterizó por el consumo de alcohol y tabaco, produciéndose en los años 60 un incremento del consumo de alcohol por la sociedad española, que Comas consideró favorecido por diferentes factores⁽³⁾:

- Mayor desarrollo económico y disponibilidad del alcohol.
- Sociedad de consumo que convierte el consumo del alcohol, preferiblemente los destilados, en una señal de estatus social y de éxito.
- La aparición en determinadas zonas de la geografía española de un modelo de turismo basado en el ocio relacionado con el

consumo de alcohol, que suele ser más barato que en el resto de Europa.

- Cambios en la sociedad que abren el consumo a los adolescentes y mujeres, que hasta entonces era algo exclusivo de los hombres adultos.

Las lógicas consecuencias fueron el aumento de los casos del alcoholismo y de todas las enfermedades relacionadas con su consumo. Es a partir de este periodo cuando comienza a verse una preocupación por los alcohólicos y las primeras respuestas institucionales a esta problemática creciente. La principal respuesta terapéutica por parte del Estado Español en este periodo es la formulación de la Ley 14/4 de 1955 de Creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), con el que se intenta unificar la asistencia y solventar el desorden asistencial existente en España en ese momento⁽⁴⁾.

Una de las funciones inicialmente asumidas por el PANAP era la lucha y asistencia frente las toxicomanías, entre ellas, el alcoholismo. En enero de 1961 se pone en marcha el primer Dispensario Antialcohólico de Madrid por el PANAP, con el que se comenzaba a crear una red asistencial específicamente dedicada a la asistencia y prevención de las drogodependencias (pensada principalmente para el alcoholismo), desarrollada por la administración sanitaria pública⁽⁵⁾.

Este primer dispensario piloto contaba con un equipo multidisciplinar, constituido por un médico psiquiatra, un psicólogo clínico, un médico especialista en medicina interna, dos Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), cuatro asistentes sociales y un auxiliar de clínica⁽⁵⁾. Una característica de estos primeros equipos multidisciplinarios fue la predominancia del sexo femenino y la aparición de la figura de las asistentes sociales⁽⁵⁾. Aunque fueron inicialmente pensados para el alcoholismo, estos dispensarios también prestaron atención a las toxicomanías no alcohólicas. A finales de los años 60 los dispensarios antialcohólicos ya estaban presentes por toda la geografía nacional⁽⁵⁾.

Al mismo tiempo que se extendía la red de Dispensarios del PANAP, se desarrollaban las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, existiendo desde

finales de los años 50, asociaciones de alcohólicos en diferentes puntos de España. Estas asociaciones partían de iniciativas profesionales o privadas, fundándose en 1970 la Federación de Alcohólicos Rehabilitados, con la que confluyeron los intereses y objetivos de diversas asociaciones⁽⁵⁾.

Este modelo, inicialmente pensado para el alcoholismo, y que estaba basado en centros específicos, asociaciones de familiares y orientación hacia la reinserción social, constituía la única experiencia asistencial en España, por lo que cuando en años posteriores se produjo la explosión de las drogas ilegales, ante la ausencia de otra experiencia, el modelo del PANAP fue utilizado como referente⁽⁵⁾.

Un hecho destacable en este periodo es la conocida como la epidemia de las anfetaminas de los años 60 y 70, que se puede confirmar con los datos de prescripción de las mismas⁽³⁾. Este hecho está escasamente documentado, y es en gran parte desconocido, aunque refleja las primeras alteraciones del modelo tradicional de consumo de drogas en España. Cuando las medidas de control de la prescripción farmacéutica se hicieron más estrictas, a partir de 1972, se controlaría en gran medida el mercado de las anfetaminas en España⁽³⁾.

En referencia al consumo de cannabis, durante este mismo periodo se mantuvo un consumo de relativa importancia, aunque estabilizado y sin repercusiones graves, generalmente en forma de “grifa” (marihuana). Tradicionalmente se había relacionado el consumo de cannabis con los militares que habían estado destinados en las colonias africanas, donde el consumo era muy habitual, importándolo en su regreso a España y encontrándose con dificultades para su integración en la sociedad. El fenómeno del consumo de “grifa” fue descrito por Romani⁽⁶⁾, que definió al consumidor:

“... como un sujeto marginal y pequeño delincuente, que vive al margen de la sociedad...”

Los consumidores de grifa nunca llegaron a ser demasiados, desapareciendo junto con las colonias y el modelo que había ayudado a crearlos. Este consumo, al estar restringido a un determinado sector de la sociedad, nunca llegó a producir una alarma social ni respuesta institucional. No podemos dejar de señalar que durante este periodo España estuvo en buena medida aislada

del resto del mundo, por lo que otras sustancias como la cocaína, o los alucinógenos, tenían muy poca presencia, siendo practicado su consumo sólo por minorías.

Los comienzos de los años setenta estuvieron marcados por la finalización del franquismo y del modelo político impuesto por la dictadura, lo que implicó una serie de cambios sociales y económicos, y la llegada de una nueva sociedad de consumo. De forma paralela a esta revolución social y económica, se desarrolló una explosión en el consumo de drogas legales e ilegales. El hachís apareció como droga de reivindicación juvenil, España se unió al movimiento psicodélico (asociado al consumo de LSD), se produjo la incorporación de las mujeres al tabaquismo y continuó el incremento del alcoholismo de la sociedad⁽¹⁾. Sin embargo, todos estos hechos, a pesar de ser muy significativos, quedan en un segundo plano y son desplazados por la auténtica epidemia de la época: la heroína.

1.1.2 Epidemia de la heroína

Sin duda alguna, el fenómeno de la aparición y extensión de la heroína, se vio favorecido por la peculiar situación política de nuestro país, inmerso en la transición democrática. Podemos afirmar que el fenómeno de la heroína sorprendió a la sociedad española, que durante muchos años permaneció inactiva ante la expansión de esta auténtica epidemia⁽⁷⁾.

En el año 1973 se detectó por primera vez la heroína en España⁽⁸⁾, en principio se percibió como una droga con una cierta aureola progresista y de transgresión de los modelos tradicionales, encontrándose su consumo principalmente entre jóvenes universitarios y artistas.

A partir de 1981 es cuando los sectores marginales de la sociedad comenzaron a acercarse al consumo de la heroína. El incremento de la delincuencia en forma de asaltos a bancos y farmacias, llevados a cabo por consumidores de opiáceos, empezó a crear en la sociedad la idea de la asociación entre la marginación y la heroína. Encontramos una fuerte reacción social que llevo a considerar a “las drogas” como uno de los tres problemas que

más preocupaban a la sociedad española, junto con el paro y el terrorismo⁽⁹⁾. Con toda seguridad, la aparición y expansión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), contribuyó en gran medida a esta alarma social. Probablemente, los mayores índices de consumo de heroína se alcanzaron en la segunda mitad de los ochenta^(9,10), sin embargo, los efectos de la misma y la mayor mortalidad por VIH se alcanzó a principios de los 90, cuando llegó a ser la primera causa de muerte entre los jóvenes de las grandes ciudades^(11,12).

Esta alarma social, no obstante, no se vio acompañada de una rápida respuesta asistencial, siendo necesario que transcurrieran algunos años, hasta que la situación de grave crisis social hizo que, en julio de 1985, se aprobara finalmente por el Consejo de Ministros el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)⁽²⁾.

1.1.3 Respuesta institucional: Plan Nacional sobre Drogas

A finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, las drogas constituían un problema de considerable importancia en España, siendo uno de los tres problemas que más importaban a la sociedad, junto con el paro y el terrorismo⁽⁹⁾. Con diversos frentes abiertos, el PNSD, en su primera memoria⁽¹³⁾, definiría posteriormente la situación con los siguientes aspectos:

- *“Protagonismo de la heroína que es considerada la droga por excelencia.*
- *Asociación entre el consumo de drogas ilegales, delincuencia e inseguridad ciudadana.*
- *Incremento en el consumo de alcohol, incorporándose nuevos grupos de consumidores entre los jóvenes y las mujeres, aumentando asimismo el empleo de bebidas con alta graduación alcohólica.*
- *Uso del cannabis por parte de los adolescentes, consumo asociado a una baja percepción de riesgo.*
- *Información inadecuada por parte de los medios de comunicación, empleándose frecuentemente la presentación de hechos dramatizados y estadísticas sin suficiente fundamentación científica.*
- *Inexistencia de una política coordinada y recursos específicos insuficientes.”*

Anterior a la primera formulación del PNSD, la situación de alarma social motivó que se produjeran movimientos por parte de la Administración con el objetivo de controlar un problema que se percibía como fuera de control. En el año 1973, se constituyó por primera vez una Comisión Interministerial, con el fin de analizar la situación de las drogas en nuestro país. El informe correspondiente se publicó en el año 1974 bajo el título: “Memoria del Grupo de Trabajo para el estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas”. En el año 1978 se creó otra Comisión Interministerial, ésta con carácter permanente, para el “Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas”, RD 3032/1978 de 15 de diciembre. Esta Comisión, actualmente derogada, no pudo lograr los objetivos para los que fue propuesta, ya que no se le atribuyeron las competencias necesarias ni los recursos adecuados⁽¹³⁾.

El origen del Plan Nacional sobre Drogas podemos considerarlo en el Debate sobre el Estado de la Nación celebrado en octubre de 1984, en el que el Congreso de los Diputados aprobó la “...*elaboración de un plan de prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos*”. Con este propósito, el Consejo de Ministros constituyó un Grupo de Trabajo Interministerial integrado por los Departamentos de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social, Justicia e Interior. Para la redacción definitiva del plan se celebraron numerosas reuniones técnicas y conferencias sectoriales, con representantes de las Comunidades Autónomas.

El 20 de septiembre de 1985 se publicó el Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, que entraría en vigor un día más tarde⁽²⁾. Dicho Real decreto creó la figura del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, con el rango de Subsecretario, adjudicándole las siguientes funciones en su Artículo 3:

- a. *“Desarrollar las acciones y propuestas derivadas de los acuerdos del Grupo Interministerial.*

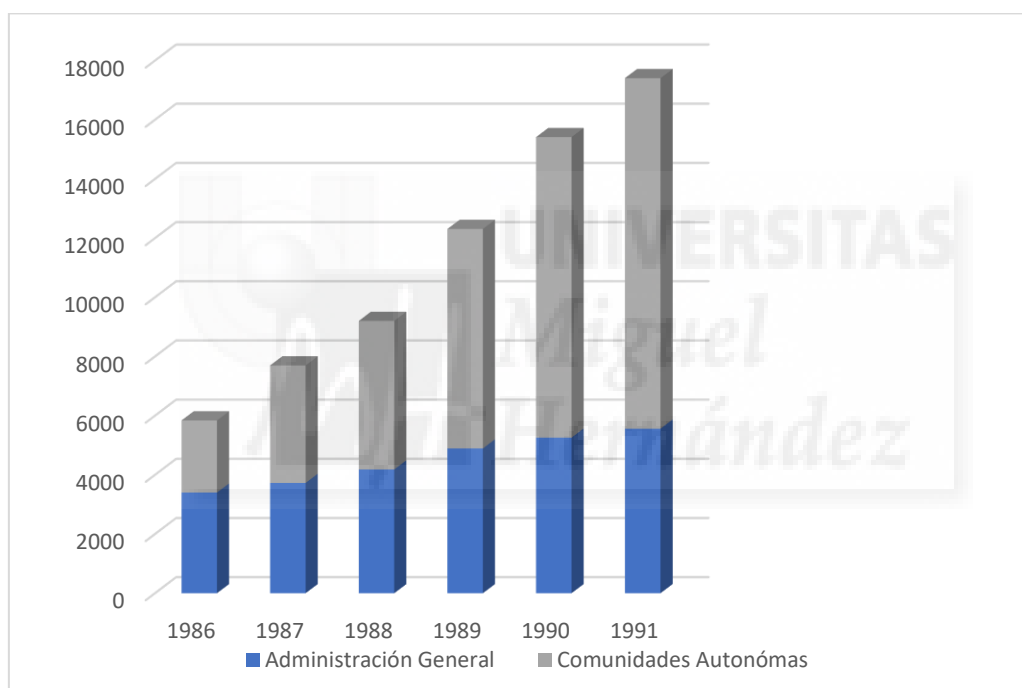
- b. *Elaborar las propuestas de programas y actuaciones relativas a la lucha contra el tráfico y consumo de drogas y evaluar las realizadas por los diversos ministerios.*
- c. *Ejercer la coordinación y dirección funcional, cuando proceda, de los distintos Departamento Ministeriales, otros organismos y administraciones públicas, en este ámbito.*
- d. *Coordinar la asignación de los recursos presupuestarios del Plan Nacional sobre Drogas, y administrar los adscritos a la Secretaría del Grupo Interministerial.*
- e. *Realizar el estudio, evaluación y seguimiento de las actividades desarrolladas en el ámbito del Plan Nacional.*
- f. *Ejercer cuantas otras atribuciones le confiera el Gobierno o el Grupo Interministerial en cumplimiento del Plan Nacional sobre Drogas. “*

El Plan Nacional Sobre Drogas, aunque inicialmente tenía el propósito de abordar el problema de la heroína, prestaba atención de forma global al fenómeno de las drogodependencias⁽¹⁴⁾. Con la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas, y los correspondientes Planes Autonómicos que se desarrollaron en pocos años, comienza un nuevo periodo caracterizado por una creciente respuesta institucional con importantes dotaciones presupuestarias. Los medios empleados fueron aumentando progresivamente conjuntamente con el presupuesto invertido por la Administración Central y las Comunidades Autónomas, de tal forma que entre 1986 y 1991 se invirtieron más de 67.000 millones de pesetas⁽¹⁵⁾ (algo más de 400 millones de euros) (Tabla 1).

Tabla 1*Presupuesto total invertido 1986-1991*

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Total
<i>Administración Central</i>	3403	3729	4184	4892	5258	5561	27027
<i>Comunidad Autónoma</i>	2437	3970	5020	7420	10157	11845	40849
<i>Total</i>	5840	7699	9204	12312	15415	17406	67876

Nota. Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, memoria 1991.

**Figura 1:** *Evolución del presupuesto invertido, periodo 1986-1991*

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, memoria 1991.

Paralelamente al incremento del presupuesto invertido por la Administración General, y por las Comunidades Autónomas con el desarrollo de sus Planes Autonómicos, se fue creando una amplia red asistencial por todo el territorio nacional, que atendería globalmente el problema de las drogodependencias.

En 1991, seis años después de la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en toda la geografía española ya se contaba con un total de 525 recursos de atención a las drogodependencias, distribuidos entre 327 centros ambulatorios, 69 comunidades terapéuticas, 47 unidades de desintoxicación y 82 centros dispensadores de metadona⁽¹⁶⁾ (Tabla 2).

Tabla 2

Evolución de los recursos asistenciales en drogodependencias. Centros públicos y privados con subvención pública

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Centros Ambulatorios	100	121	143	165	290	327
Comunidades Terapéuticas	41	58	55	61	62	69
Unidades de Desintoxicación	10	43	45	45	48	47
Centros de Metadona	9	18	22	46	70	82
Total	160	240	265	317	470	525

Nota. Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992.

El PNSD se ha instrumentalizado a través de la Estrategia Nacional sobre Drogas y de los Planes de Acción sobre Drogas. Durante la XX Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en junio de 1998, se aprobó la declaración en la que se pedía a los Estados miembros la elaboración de estrategias nacionales. Consecuentemente, tras quince años de vigencia del Plan Nacional y debido a los compromisos internacionales adquiridos por España, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas elaboró un documento con las metas y objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de actuación⁽¹⁷⁾. Esta primera estrategia fue continuada, habiéndose elaborado hasta el momento dos Estrategias Nacionales:

- Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008⁽¹⁷⁾, aprobada por: Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre drogas para el período 2000-2008.
- Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016⁽¹⁸⁾, aprobada por: Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

Con la primera evaluación⁽¹⁹⁾ que se llevó a cabo de la Estrategia Nacional sobre Drogas, se constató la no consecución de los objetivos inicialmente propuestos, aspecto recogido por el propio documento. Fundamentado en esta primera evaluación, se formuló el primer Plan de Acción sobre Drogas⁽²⁰⁾, que va a contener las acciones que se llevarán a cabo para la consecución de los objetivos marcados por la Estrategia Nacional. Hasta la fecha se han formulado tres Planes de Acción, con una vigencia de 4 años cada uno:

- Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008⁽²⁰⁾.
- Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012⁽²¹⁾.
- Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016⁽²²⁾, último elaborado.

1.1.4 Momento actual

La última Estrategia Nacional publicada corresponde al periodo 2009-2016, y dentro de la misma, su segundo plan. El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 recoge las actuaciones en materia de drogodependencias llevadas a cabo por la Administración Pública, llevándose a cabo a través de 36 acciones, para cumplir 14 Objetivos Generales, derivados de 6 ejes⁽²²⁾ (Figura 2).

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016		
36 acciones		
EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
1. Coordinación	1. Coordinación Nacional.	2
2. Reducción de la demanda	2. Conciencia Social. 3. Aumentar Habilidades y Capacidades. 4. Retrasar la edad de inicio. 5. Reducir el consumo. 6. Reducir daños asociados al consumo. 7. Asistencia de calidad. 8. Inserción socio laboral.	1 2 1 5 1 1 2
3. Reducción de la oferta	9. Control oferta sustancias ilegales. 10. Blanqueo de capitales.	5 3
4. Mejora del conocimiento	11. Investigación y mejora del conocimiento. 12. Evaluación.	5 4
5. Formación	13. Formación.	1
6. Coordinación internacional	14. Coordinación Internacional.	3

Figura 2: Organización del Plan de Acción sobre Drogas

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

Íntimamente relacionada con la consecución de los Objetivos Generales de reducir daños asociados al consumo y la asistencia de calidad, tenemos el desarrollo de la actual red asistencial. España tiene consolidada una amplia red de atención a las drogodependencias, formada por una variedad de dispositivos públicos y/o privados con subvención pública. Todos estos recursos se ajustan a una normativa y características comunes recogidas por el Plan Nacional sobre Drogas⁽²³⁾:

- *“Gratuidad y universalidad.*
- *Acreditación. Los centros y programas están acreditados.*
- *Accesibilidad. Las puertas de entrada al mismo están situadas tanto en recursos no especializados como en recursos de la red específica de atención a las adicciones.*
- *Disponibilidad. En todas las CCAA existe una oferta de programas de reducción del daño, de deshabituación y de inserción social.*

- *Diversidad en la denominación y características de los centros y dispositivos.”*

Las intervenciones llevadas a cabo por estos recursos son monitorizadas, publicándose anualmente la memoria con los datos estadísticos de las actuaciones realizadas en el ámbito de las drogodependencias. La última memoria presentada por el Plan Nacional sobre Drogas es la correspondiente al año 2014⁽²³⁾, de la que podemos extraer los siguientes datos:

“Los centros ambulatorios, que son la puerta de entrada al sistema, han atendido en 2014 un total 162.602 usuarios repartidos entre los 502 centros ambulatorios acreditados en España. En las 43 unidades de desintoxicación hospitalaria notificadas se atendieron a 3053 usuarios, asimismo, en otras unidades hospitalarias (atención psiquiátrica o patología dual) se ofertaron tratamientos a 259 personas drogodependientes repartidas en 32 unidades.

Las comunidades terapéuticas, con un total de 124 comunidades notificadas atendieron 10.814 usuarios. Se han notificado un total de 66 centros de día, donde han recibido atención 9969 usuarios. Los pisos de apoyo, una modalidad asistencial no muy extendida con sólo 18 recursos de este tipo en todo el territorio nacional, han notificado un total de 615 usuarios atendidos. “

Tabla 3*Distribución de centros y usuarios atendidos por Comunidad Autónoma, 2014*

Comunidades y Ciudades Autónomas	Centros Atención Ambulatoria		Comunidades Terapéuticas		Unidades Desintoxicación Hospitalaria		Otras Unidades Hospitalarias		Centros de Día		Pisos de Apoyo al Tratamiento	
	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos	Nº Centros	Nº Usuarios atendidos
Andalucía	120	21075	23	1760	3	296	0	0	6	496	6	92
Aragón	15	4795	1	166	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	25	958	5	537	-	0	0	0	5	343	0	0
Baleares	29	8233	5	397	1	319	0	0	2	128	0	125
Canarias	32	12295	7	498	3	624	0	0	5	330	2	34
Cantabria	3	1520	1	198	1	0	0	0	1	31	0	0
Castilla y León	15	5680	11	863	1	224	0	0	6	840	0	0
Castilla-La Mancha	11	10234	11	458	0	0	6	81	1	104	1	63
Cataluña	60	-	20	736	11	-	5	-	0	0	0	0
Extremadura	17	2888	8	549	2	124	6	0	5	201	0	0
Galicia	27	17784	6	586	6	98	0	0	10	428	5	63
Madrid	33	22247	3	623	4	266	0	-	-	-	3	197
Murcia	12	5613	6	391	1	154	5	178	2	177	0	0
Navarra	11	1848	3	215	3	133	0	0	3	196	0	0
País Vasco	43	11782	7	2106	1	249	9	-	6	4704	0	0
La Rioja	6	1003	1	54	0	0	1	-	0	0	0	0
Valencia	39	33531	6	673	6	566	0	0	13	1991	1	41
Ceuta	2	754	0	4	0	-	0	-	0	0	0	0
Melilla	2	359	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	502	162.602	124	10814	43	3053	32	259	669	9969	18	615

Nota. Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas. Memorias PNSD 2014.

En la Figura 3 se puede ver representado gráficamente el peso en todo el territorio nacional, durante 2014, de cada una de las diferentes modalidades de recursos asistenciales.

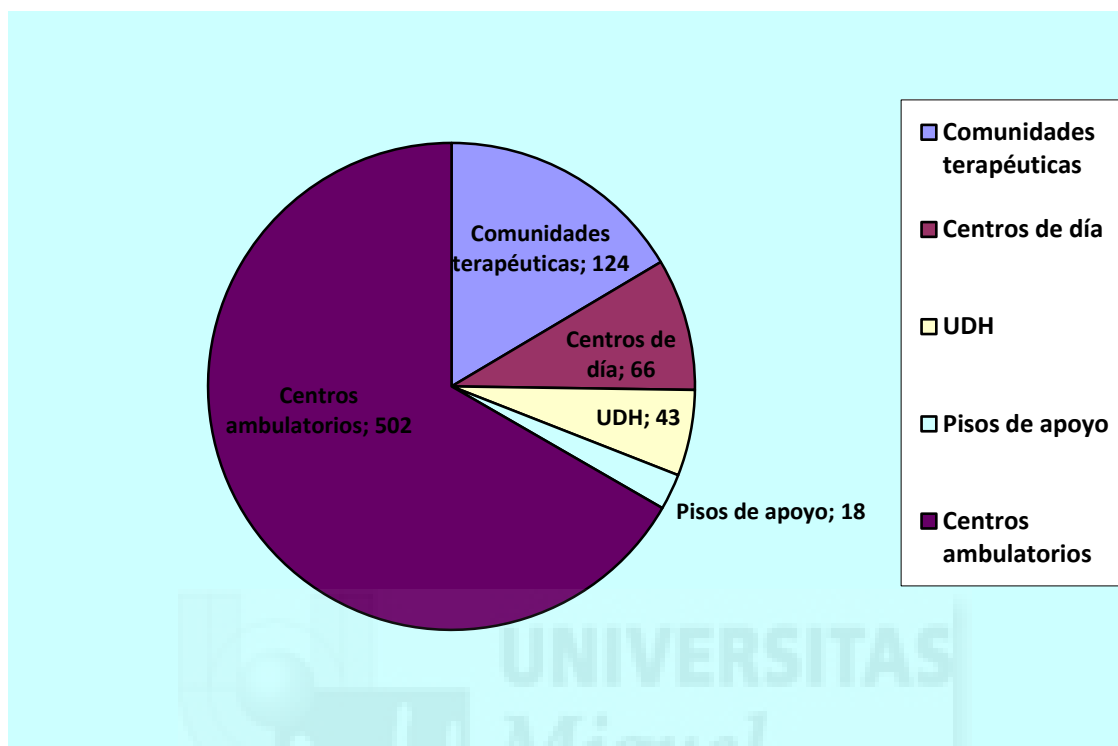


Figura 3: Recursos atención drogodependencias (públicos o privados con subvención pública). España. 2014

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas. Memorias PNSD 2014.

Aunque difícilmente se puede precisar el gasto total en todas las acciones llevadas a cabo por la Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Administraciones locales, no cabe la menor duda de que se trata de una cantidad presupuestaria importante, el Plan Nacional sobre Drogas en su memoria 2014, consideró un gasto anual total de 333.418.146,09 euros⁽²³⁾.

Sin entrar a valorar la eficacia o lo adecuado de la atención prestada en la actualidad, así como las posibles desigualdades entre diferentes comunidades autónomas, no podemos dudar que nos encontramos en una fase de creciente respuesta institucional al complejo y siempre cambiante, fenómeno de las drogodependencias.

1.2 Epidemiología de las drogas en España

1.2.1 Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España

El Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías (OEDT), dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), realiza desde 1995 la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). El programa de encuestas tiene un carácter bianual, por lo que actualmente tenemos disponibles los resultados de diez ediciones⁽²⁴⁻³³⁾, comprendidas entre el periodo 1995-2013. Las comparaciones de los datos de las diferentes ediciones de EDADES proporcionan una información valiosísima de las tendencias de consumo de alcohol y drogas en nuestro país. Además, la metodología y el cuestionario empleado son similares a los utilizados por otros países de la Unión Europea, lo que permite hacer comparaciones con otros países del entorno⁽³³⁾.

La encuesta se realiza en todo el territorio nacional, entre la población residente en España entre 15 y 64 años de edad, con una muestra diseñada para que sea representativa a nivel nacional, realizándose un muestreo estratificado en función de la Comunidad Autónoma, tamaño del municipio, edad y sexo. El número de encuestas realizadas se ha incrementado desde las 8888 de la primera edición en 1995, hasta las 23.136 encuestas de la última edición de la que se disponen datos (2013). El método de entrevista empleado es la visita domiciliaria, donde el entrevistador permite al entrevistado auto rellenar el cuestionario.

Aunque EDADES recoge datos sobre múltiples aspectos relacionados con las drogas, tales como, las actitudes, opiniones y disponibilidad de sustancias, nos vamos a centrar en los resultados referidos al consumo. La información sobre el consumo de drogas se recopila, por sexo y tramo de edad, en relación con la prevalencia de consumo de cada sustancia referida a cuatro momentos:

- Alguna vez en la vida.
- Últimos 12 meses.
- Últimos 30 días previos a la encuesta.
- Todos los días, en los 30 días previos a la encuesta.

Como hemos indicado con anterioridad, la muestra de EDADES está diseñada para ser representativa a nivel nacional, no tanto para comunidades pequeñas, en particular para sustancias menos extendidas. Otra limitación de la encuesta es que se realiza entre la población residente en los hogares, excluyendo a los que se encuentren institucionalizados o en situación de marginalidad. Esta particularidad de la encuesta podría estar minimizando el consumo de sustancias tradicionalmente asociadas con ambientes marginales (como la heroína o la cocaína base).

A pesar de tener algunas limitaciones, y no facilitarnos datos anteriores a 1995, EDADES supone la fuente de información más completa, fiable y contrastada sobre la evolución del consumo de sustancias en España, por lo que en el presente capítulo describiremos algunos de los resultados más representativos de las principales sustancias monitorizadas.

1.2.2 Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías

En enero de 1987 se puso en funcionamiento el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), diseñado en 1986 en colaboración con las Comunidades Autónomas y probado mediante diversos estudios previos⁽³⁴⁾. En sus inicios, el SEIT se centraba exclusivamente en los opiáceos y cocaína, ampliándose a partir de 1996 a todas las sustancias psicoactivas, estudiando su evolución a través del análisis de tres indicadores:

- Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
- Indicador Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.
- Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a sustancias psicoactivas.

Desde el punto de vista del presente trabajo, hemos considerado que la información más valiosa nos la aporta el indicador Admisiones a Tratamiento. Este indicador es un registro de las admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco), en los centros ambulatorios de la Red de Drogodependencias.

Hay que tener en cuenta que, en relación al alcohol, parte de la asistencia prestada se ha realizado en dispositivos no pertenecientes a la Red de Drogodependencias, recogiendo la información de manera sistemática a partir de 2008. Anteriormente se disponía de información de tan sólo algunas Comunidades Autónomas⁽³⁵⁾.

El OEDT notifica anualmente a su homólogo europeo, el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁽³⁶⁾, los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo⁽³⁵⁾. No obstante, en el presente apartado nos limitaremos a los datos a nivel nacional, complementando la información suministrada por el programa de encuestas EDADES.

1.2.3 Epidemiología en Canarias

La evolución del consumo de drogas y de la red asistencial en la Comunidad Autónoma de Canarias ha sido muy similar a la que se ha presentado en el resto del territorio nacional.

La observación epidemiológica de la demanda asistencial, valorada a través del indicador de Admisión a Tratamiento, nos permite realizar una estimación a partir de 1987, cuando se inició la monitorización. Al igual que en el resto del estado español, las demandas a tratamiento ambulatorio aumentaron exponencialmente durante los primeros años, de 448 admisiones en 1987 a 5642 en 1993. En línea con el incremento de las demandas, el número de centros ambulatorios pasó de 10 en 1987 a 24 en 1993⁽³⁷⁾.

Según zonas diferenciadas, por Áreas de Salud o islas, de la Comunidad Autónoma, la demanda de tratamiento se concentró fundamentalmente en las islas capitalinas, que representan la mayor parte de la población (Tabla 4). Se pueden establecer pequeñas diferencias entre las dos islas principales, reflejándose porcentualmente un mayor número de admisiones en el periodo 1987-1989 para el Área de Salud de Tenerife y un incremento superior en el periodo 1990-1993 en el Área de Salud de Gran Canaria⁽³⁷⁾.

Tabla 4*Evolución de las demandas de tratamiento ambulatorio en Canarias, 1987-1993*

	Año						
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Tenerife	235	510	519	838	1378	1983	2464
Gran Canaria	161	508	325	1136	1329	2686	2653
La Palma	23	31	30	48	61	91	107
Lanzarote	29	120	176	170	221	300	370
Fuerteventura	-	-	-	-	-	58	48
Total	448	1169	1050	2372	2989	5118	5642

Nota. Fuente: I Plan Canario sobre Drogas. 1995-1997.

En comparación con la media nacional, en las Islas Canarias, se ha alcanzado tradicionalmente un elevado número de personas que solicitan tratamiento ambulatorio. Sirva como ejemplo que, en referencia al año 1992, Canarias fue la tercera Comunidad Autónoma con mayor número de demandas, en números absolutos, por opiáceos y cocaína (por detrás de Andalucía y Cataluña). Además, si consideramos las tasas por cada 100.000 habitantes, Canarias y la Ciudad Autónoma de Ceuta presentaron las tasas más elevadas⁽³⁷⁾. Debemos recordar que inicialmente el indicador de admisiones a tratamiento se centraba en las demandas por cocaína y opiáceos, no existiendo datos nacionales de otras drogas o alcohol⁽³⁵⁾.

Con el fin de conocer la situación del consumo de drogas, el Gobierno de Canarias se ha planteado en diversos momentos la realización de estudios epidemiológicos que completaran la información sistematizada de la que se disponía a través del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías⁽³⁸⁾. Así, en el año 1997 se realizó el "Estudio Epidemiológico El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias"⁽³⁹⁾ dirigido a la población en general y en 1998 "El Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias"⁽⁴⁰⁾, centrado en la población laboralmente activa.

No obstante, al igual que en el resto del territorio nacional, los datos más actualizados relacionados con el consumo en Canarias los tenemos en el programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), siendo los últimos datos publicados los correspondientes a la edición del 2013⁽³³⁾. En EDADES 2013 Canarias fue una de las seis Comunidades Autónomas, junto a Cantabria, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia y Melilla, que financió una ampliación de la muestra que le correspondía. Se realizaron en Canarias 1897 encuestas, 1084 financiadas por el PNSD y 813 correspondientes a la ampliación y financiadas por la Comunidad Autónoma.

Las encuestas fueron realizadas entre el 02 de noviembre y el 15 de diciembre de 2013 y del 07 de febrero al 08 de abril de 2014. En Canarias, además de la interrupción por las fiestas navideñas, no se realizaron tampoco encuestas en el periodo del 28 de febrero al 31 de marzo, para evitar la influencia de los carnavales en el consumo de los últimos días.

No hay diferencias significativas en la muestra entre Canarias y la media estatal en función del género o la edad: aproximadamente el 50% de cada sexo, mientras, en función de la edad, el 63,9% están entre 35-64 años y el 36,1% entre 15-34 años.

En la Figura 4 tenemos la comparación de los resultados obtenidos en Canarias y la media estatal, referidos al consumo alguna vez en la vida. Vemos como los valores obtenidos en Canarias son superiores a la media estatal en cannabis, hipnosedantes, cocaína clorhidrato, cocaína base, éxtasis y anfetaminas, aunque la prevalencia de consumo de inhalantes, cocaína base, y heroína alcanzan valores residuales.

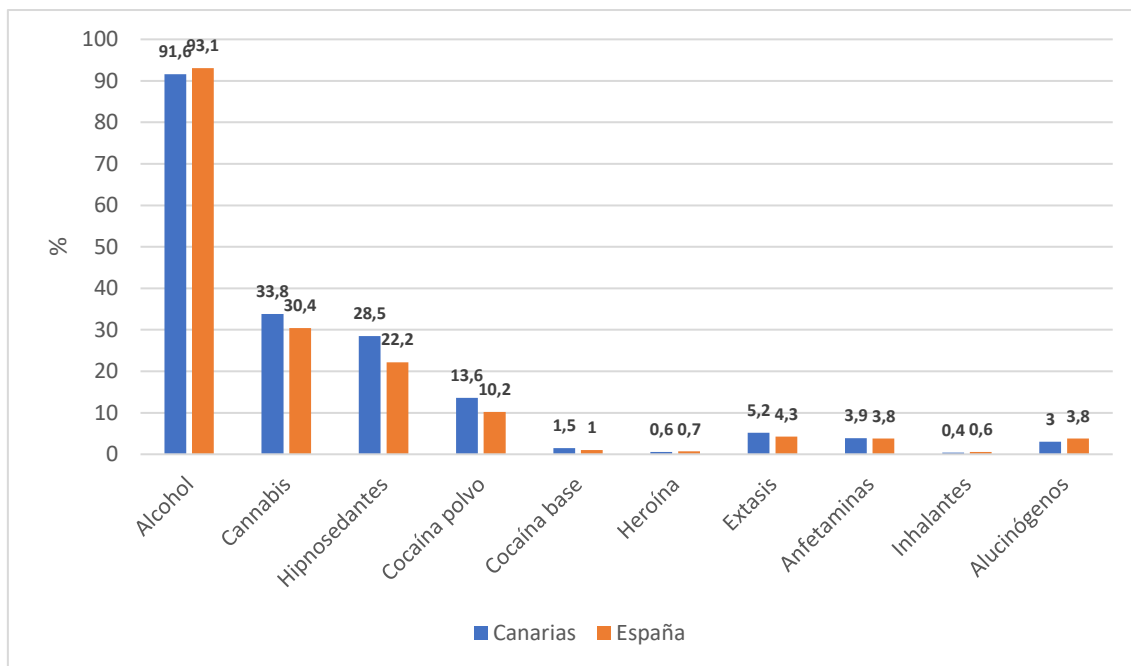


Figura 4: Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, España-Canarias
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013).

1.2.4 Alcohol

En el presente trabajo emplearemos el término “alcohol” refiriéndonos al alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$), líquido claro, incoloro, volátil y soluble en agua, que es generalmente consumido por medio de las bebidas que lo contienen. Para una mayor descripción del metabolismo, farmacocinética y patología asociada al consumo de alcohol, se puede consultar la monografía publicada por la Comisión Clínica del PNSD⁽⁴¹⁾.

El alcohol es, con diferencia, la sustancia psicoactiva con el consumo más extendido en la población. Su consumo se ha mantenido persistentemente elevado, sin grandes cambios ni picos en los últimos 20 años. El porcentaje de personas que refiere haber consumido alcohol alguna vez en la vida ha fluctuado entre el mínimo de 87,3% en 1999 y el máximo de 94,2% en 2009. El consumo de alcohol de forma diaria alcanzó el valor mínimo en 2013 (9,8%) y el máximo en 2005 (14,9%).

Tradicionalmente el consumo alcohólico ha estado más extendido entre los hombres que entre las mujeres, no obstante, las diferencias entre las

prevalencias de consumo por sexo han ido estrechándose en las sucesivas ediciones de EDADES.

En el indicador de prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, la máxima diferencia por sexo corresponde al resultado más antiguo (1995)⁽²⁴⁾, cuando los hombres presentaron un 79,3% frente al 58% de las mujeres. Por el contrario, la mínima diferencia encontrada en el mismo indicador corresponde precisamente al resultado más reciente (2013)⁽³³⁾, los hombres presentaron una prevalencia del 83,2% frente al 73,4% de las mujeres (Figura 4).

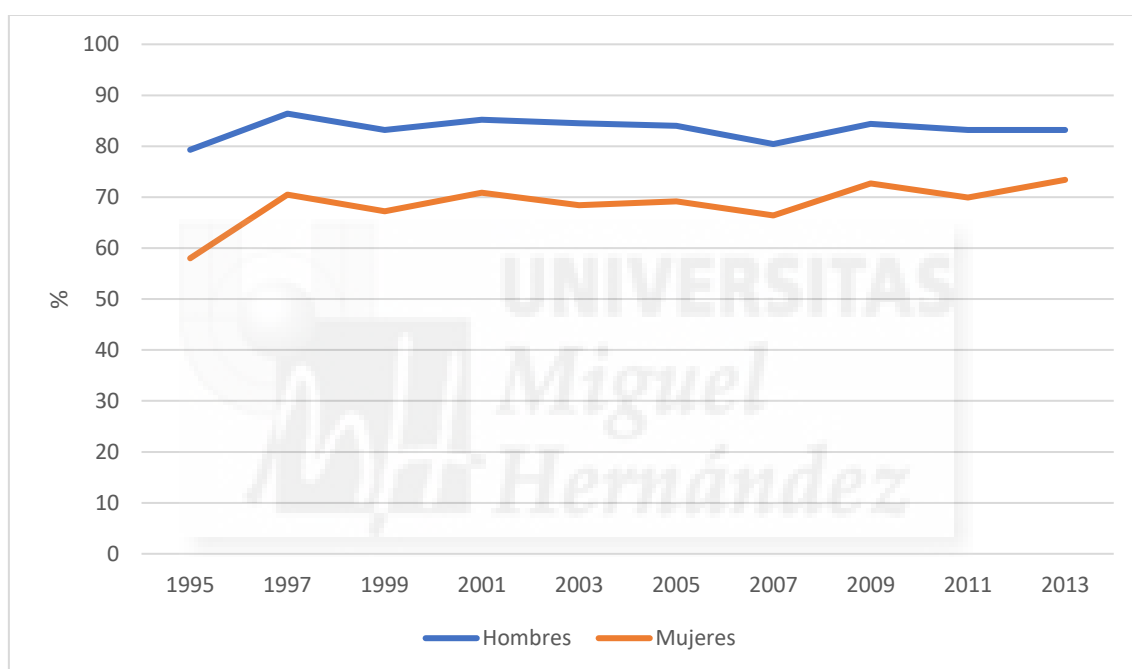


Figura 5: Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, (1995-2013)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (1995-2013).

Respecto a las diferencias del consumo en relación con la edad, no hay una brecha marcada entre los dos tramos (15-34 y 35-64). Aunque los más jóvenes han presentado una prevalencia de consumo algunos puntos porcentuales más elevada a lo largo de toda la serie.

Un aspecto a tener en cuenta es el incremento en las intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses, principalmente en el grupo de las mujeres más jóvenes (15-34 años), que ha pasado del 19,1% en 1997 al 25,5%

en 2013. En el caso de los hombres de entre 15-34 años, el porcentaje se ha mantenido alrededor del 40% en todo el periodo.

En el tramo de edad entre 35-64 años tanto los hombres como las mujeres han mantenido porcentajes más discretos desde 1995 hasta 2013, alrededor del 15% los hombres y el 5% las mujeres.

Respecto a la Comunidad Autónoma de Canarias, la tasa de consumo alguna vez en la vida apenas difiere de la encontrada a nivel nacional. Sin embargo, cuando comparamos la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, 30 días y a diario, vemos como el alcohol está menos extendido en Canarias que a nivel nacional (Figura 6).

En general, el consumo está más extendido entre los hombres (79%) que entre las mujeres (65,5%) y la diferencia entre el consumo de alcohol en Canarias y la media de España se acentúa en el sector femenino, que es sensiblemente inferior que el nivel medio estatal (73,4%).

Con respecto a la edad, la mayor diferencia entre Canarias y la media estatal se da entre los más jóvenes (15-24 años), que presentan un porcentaje de consumo en los últimos 12 meses del 69,8%, 11,5 puntos porcentuales menos que la media estatal (81,3%).

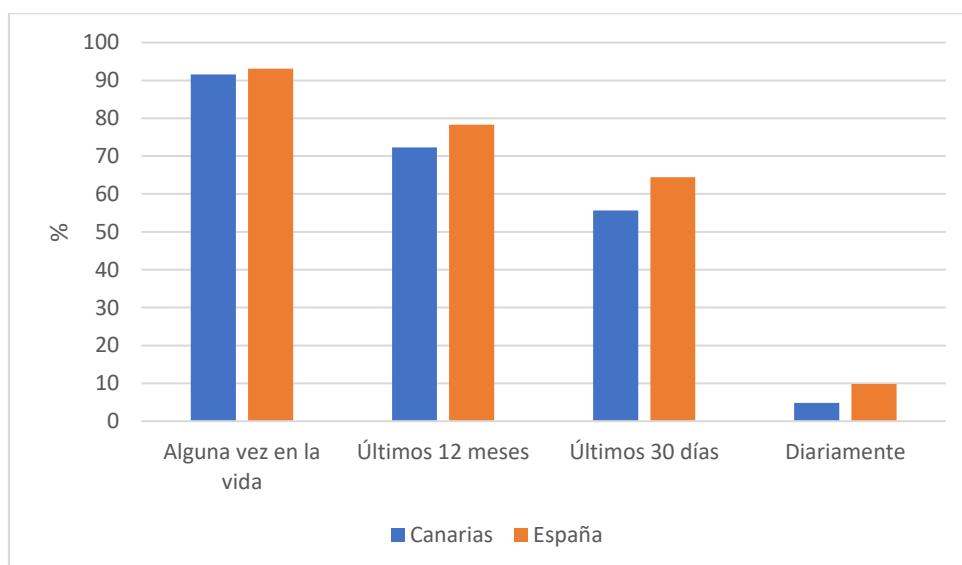


Figura 6: Prevalencia de consumo de alcohol, España-Canarias
Fuente: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013).

Respecto al indicador de admisiones a tratamiento ambulatorio, hemos comentado con anterioridad como la recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008. Anteriormente se disponía de información solamente de algunas Comunidades Autónomas. Asimismo, es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador subestima el número de tratamientos por consumo de alcohol que actualmente se realizan en el territorio nacional⁽³⁵⁾.

Según los últimos resultados⁽³⁵⁾ publicados por el SEIT, el número de personas que han sido admitidas a tratamiento ambulatorio en 2014 fue de 76.584, siendo el alcohol responsable de casi 4 de cada 10 admisiones a tratamiento (36,1%). Este indicador ha permanecido relativamente estable desde 2010. El perfil de los admitidos por alcohol es el de un varón de mediana edad que vive con su pareja y/o hijos, que acude derivado por el médico de cabecera u otros centros de tratamiento. El consumo de alcohol es diario y no suele consumir otras drogas, pero si lo hace suelen ser cannabis y/o cocaína.

1.2.5 Heroína

La heroína o diacetilmorfina es una modificación semisintética de la morfina, dos veces más potente que esta y, paradójicamente, creada para intentar tratar la adicción a la morfina. Para el completo estudio de su composición y los problemas asociados a su consumo se recomienda consultar los informes elaborados por la Comisión Clínica del PNSD⁽⁴²⁾.

La primera memoria⁽¹³⁾, publicada por el PNSD en 1986, ya otorgó a la heroína el título de “droga por excelencia.” Este protagonismo de la heroína no fue por casualidad, siendo la droga que causó mayor repercusión social e institucional en la sociedad española de los años 80 y 90⁽⁹⁾. Los adictos a la heroína presentaban en muchos casos una grave situación de marginalidad, acentuada con la comisión de delitos para costearse el consumo de la heroína. Además, se expandieron patologías infecciosas como consecuencia de las

condiciones de uso de la droga, destacando el SIDA, que en España entre 1981 y 2005 ocasionó 48.565 fallecimientos⁽¹⁸⁾.

Las características sociales del adicto a la heroína hacen muy complicado estudiar mediante encuestas la evolución de su consumo en la población española. En todas las ediciones del programa de encuestas EDADES⁽³³⁾ la prevalencia encontrada para el consumo de heroína es muy baja, no llegando en ningún caso al 1% las personas que habían consumido alguna vez en la vida. Anteriormente hemos comentado la limitación de EDADES para el estudio de las drogas menos prevalentes, en especial aquellas cuyo consumo está frecuentemente asociado con condiciones de marginalidad, por lo que hemos considerado más útil la interpretación del indicador admisiones a tratamiento.

El primer valor del indicador Admisiones a Tratamiento fue el correspondiente al año 1987⁽³⁴⁾ en el cual la droga principal por la que se inició el tratamiento fue la heroína en el 97,4% de los casos. El protagonismo de la heroína en la asistencia prestada en materia de drogas persistió durante bastantes años. En 1992 se alcanzó el valor máximo de personas admitidas a tratamiento por primera vez a causa de la heroína (20.017 casos) y en 1998 con tratamiento previo (30.756 casos)^(16,43). No sería hasta el año 2005 cuando, por primera vez, los admitidos a tratamiento por la cocaína superaron a los de la heroína⁽¹⁸⁾.

El número de admitidos a tratamiento por heroína continuó descendiendo progresivamente desde sus valores máximos a finales de los 90. Según los últimos datos⁽³⁵⁾ publicados por el SEIT, el número de admitidos a tratamiento ambulatorio en 2014 fue de 10.911 casos, lo que supone el valor más bajo desde que se está registrando. Actualmente, la heroína es la cuarta sustancia en nuevas demandas a tratamiento a nivel ambulatorio, por detrás del alcohol, cocaína y cannabis⁽³⁵⁾.

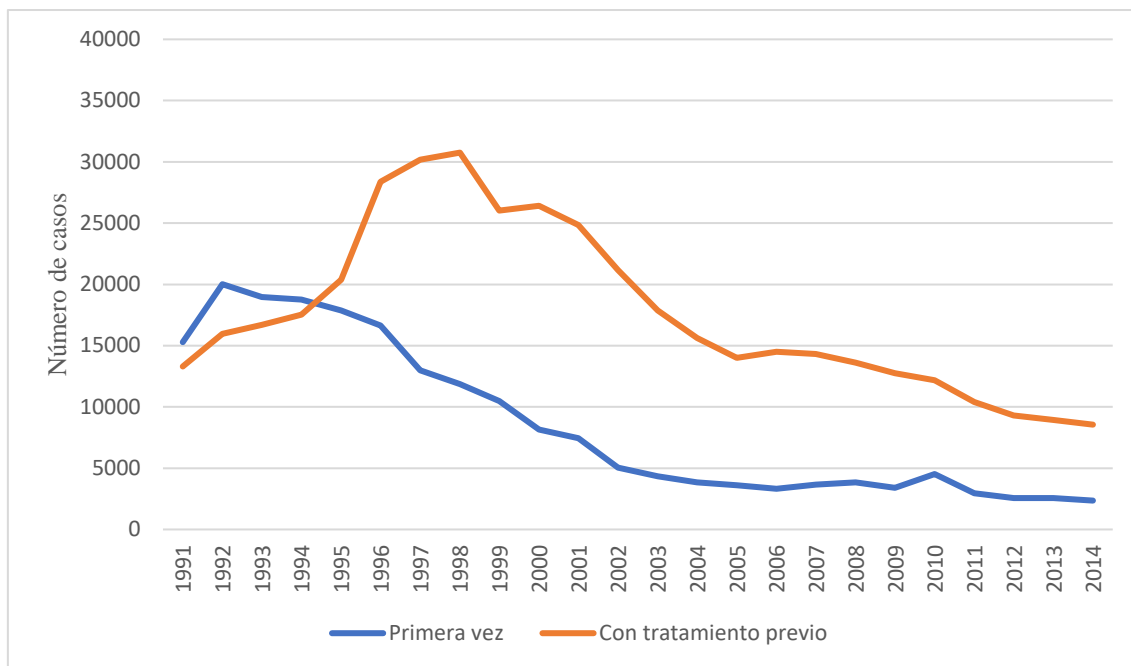


Figura 7. Evolución indicador admisiones a tratamiento ambulatorio por heroína
Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías.

La evolución de la heroína en Canarias ha sido paralela a la presentada a nivel nacional. En los años inmediatamente posteriores a la epidemia de la heroína, a finales de los 90, la mayoría de los indicadores (tasa mortalidad o administración endovenosa, entre otros) empezaban a presentar una evolución positiva⁽³⁸⁾. Sin embargo, la prevalencia de consumo de heroína era superior en Canarias respecto a la media nacional.

En la Tabla 5 tenemos la comparación entre la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España⁽²⁵⁾ y el Estudio Epidemiológico: El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias⁽³⁹⁾. Vemos como, a pesar de los bajos valores en comparación con otras sustancias, las prevalencias de Canarias son muy superiores.

Tabla 5*Prevalencia consumo de heroína en Canarias y España, 1997*

	Canarias	España
Alguna vez en la vida	1,6%	0,5%
En el último año	0,9%	0,23%
En el último mes	0,8%	0,15%
A diario	-	-

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (1997), y el Estudio Epidemiológico: El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias.

1.2.6 Metadona

La metadona presenta características propias que la diferencian del resto de las sustancias. Aunque ha existido y existe un mercado negro ilegal, la inmensa mayoría de las personas en nuestro país la han consumido a través de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM). Este tipo de programas se han estado utilizando en muchas partes del mundo para tratar la adicción a la heroína, desde que a mediados de los años 60 se probó su eficacia en Estados Unidos⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

En España, hasta 1983, la metadona se dispensaba en las farmacias, siendo generalmente prescrita por un médico privado, mediante la solicitud por parte del paciente de un carnet de extra dosis, que regulaban los colegios de médicos y que habían sido pensados inicialmente para pacientes terminales^(47,48). Mediante el empleo de este sistema de dispensación se desarrollaron una serie de programas de metadona, sin una clara supervisión por parte de la administración pública. El resultado fue que rápidamente se creó un mercado de tráfico ilegal de esta sustancia, que en muchas ocasiones era empleado para sufragar los costes del consumo de heroína^(47,48).

En 1983 se intentó regular la prescripción de la metadona con la Orden de 20 de mayo de 1983 por la que se regulan los tratamientos con metadona^(49,50). Dicha orden iba a suponer la implantación de una normativa

relativa a la prescripción, uso y dispensación de metadona para el tratamiento de toxicómanos dependientes de opiáceos. Se imponía la elaboración por parte del médico de un plan terapéutico individual que tenía que ser comunicado a los Servicios de Salud correspondientes, informando cada tres meses de la marcha de la terapia. Asimismo, en su artículo 5 establecía que:

“Art. 5. La prescripción de metadona en el tratamiento a toxicómanos se hará en forma de solución extemporánea y quedará prohibida en los mismos la utilización de inyectables y formas orales no líquidas.”

Al imponer la forma farmacéutica extemporánea y unas rígidas medidas de control se intentaba limitar la desviación al mercado negro de la metadona. En 1985 se va a formular una nueva Orden Ministerial: Orden de 31 de octubre de 1985 por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos⁽⁵¹⁾. El nuevo marco legal establecía que tan sólo estaban autorizados a emplear la metadona los centros sanitarios específicamente autorizados, estableciéndose además estrictos criterios de selección de los usuarios: ser mayor de 18 años, con una dependencia mínima de 3 años de evolución, complicaciones orgánicas que lo aconsejaran y haber realizado al menos dos tratamientos libres de drogas. Se excluían los pacientes psiquiátricos y los politoxicómanos. En la práctica, aunque la oferta de tratamiento con metadona era pública, fueron muy pocos los usuarios que se pudieron beneficiar de estos tratamientos⁽⁵⁰⁾.

Es a partir de la entrada en vigor del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos⁽⁵²⁾, cuando se flexibilizan los requisitos para los usuarios incluidos en el tratamiento. Fruto de esta mayor adaptación a la realidad comienzan a desarrollarse plenamente los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).

En la Figura 8 tenemos la evolución del número de usuarios en PMM. Vemos como a partir de 1990 comienza a crecer exponencialmente el número de usuarios. Si en 1989 el número de usuarios en toda España estaba ligeramente por encima de mil, cinco años más tarde los usuarios alcanzaban los 20.000. El valor máximo se alcanzó en 2002, con 90.488 usuarios atendidos.

A partir de ese año ha comenzado un lento declive en el número de usuarios, hasta los 58.291 de 2014.

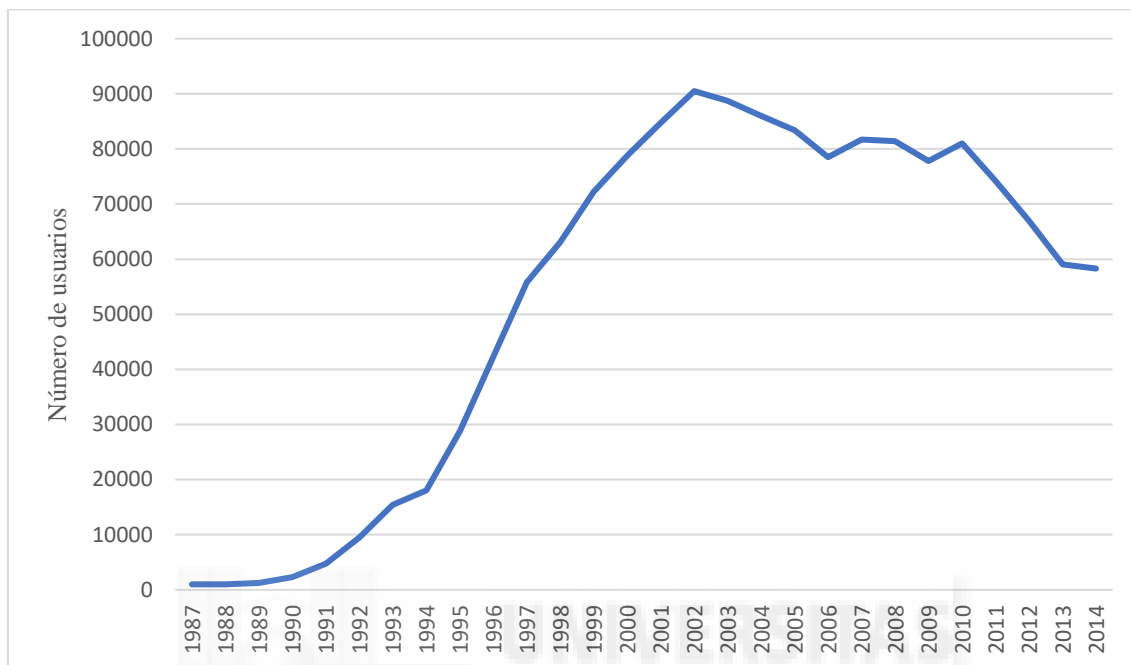


Figura 8. *Evolución usuarios en Programas Mantenimiento con Metadona. España*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por el OEDT.

Las memorias del PNSD⁽¹⁵⁾ de principio de los 90 nos describen brevemente los primeros usuarios de los PMM: predominio de los hombres (81%), y con edades medias entre los 30 años (hombres) y 28 años (mujeres). Lamentablemente las memorias recientes publicadas por el PNSD⁽²³⁾ no incluyen muchos datos estadísticos de los usuarios en PMM, limitándose principalmente al número de usuarios y al tipo de centro de dispensación. Algunos trabajos^(44,53) realizados en ámbitos concretos han descrito algunas de las características de los usuarios en PMM. Sanvisens et al⁽⁴⁴⁾, describieron una muestra de 1678 usuarios entre 1992 y 2010, la mayoría fueron varones (82%), manteniéndose unas proporciones similares a lo largo de toda la serie. La edad media aumentó significativamente desde los 28 años, en el periodo 1992-1996, hasta los 37 en el periodo 2007-2010.

A la hora de estimar la evolución del número de usuarios incluidos en PMM en la Comunidad Autónoma de Canarias, tenemos la dificultad de la falta de homogeneidad de los datos suministrados por el OEDT en sus memorias.

En la Figura 9 vemos como el número de usuarios aumentó exponencialmente desde los 19 usuarios de 1990, hasta los 7311 que fueron atendidos durante 2002.

Lamentablemente, en las memorias^(54,55) correspondientes a 2003 y 2004, el valor indicado fueron los usuarios que estaban activos a 31 de diciembre, no los atendidos durante el año, por lo que el valor no resulta comparable. No obstante, apreciamos una evolución similar a la encontrada a nivel nacional: incremento exponencial de los usuarios a partir de las modificaciones de la normativa en 1992, máximos picos los años 2001-2002, y lento declive a partir de entonces. El número de usuarios atendidos en PMM en Canarias durante 2014 fue de 4341, el más bajo desde 1998.

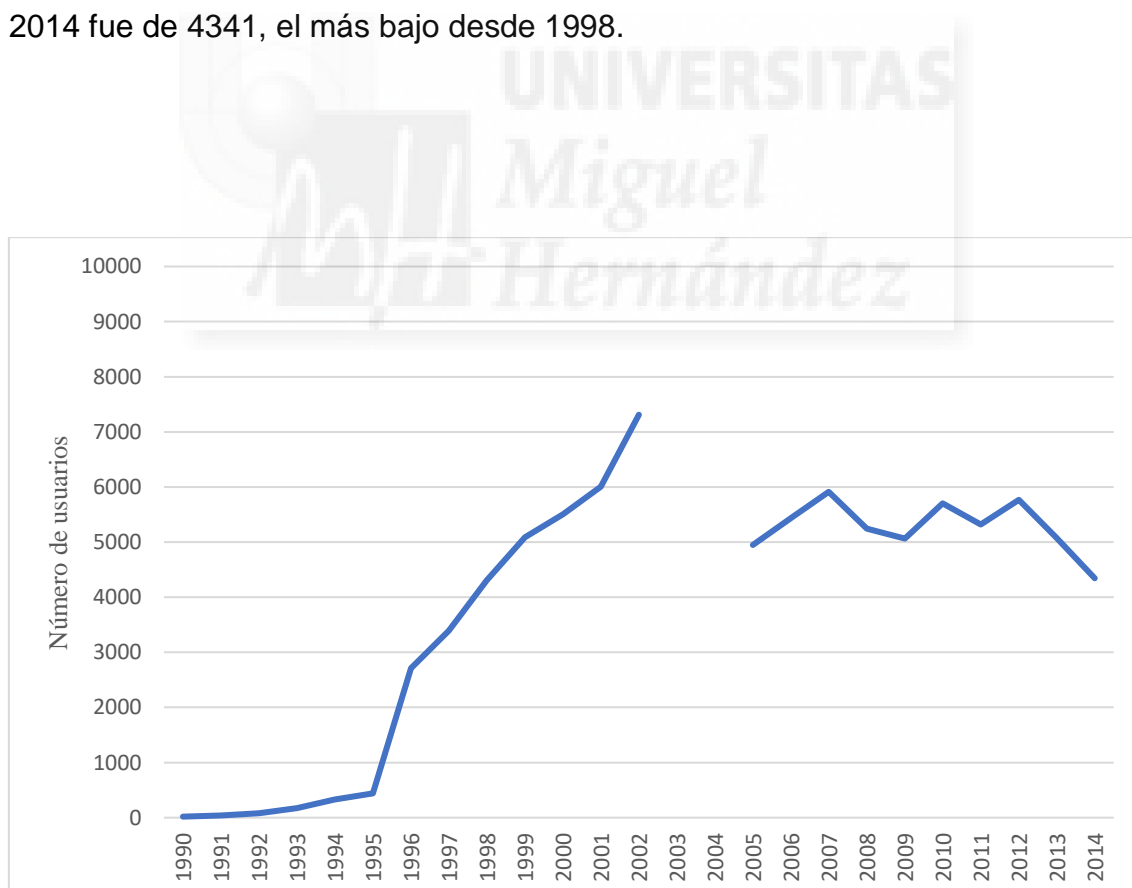


Figura 9. Evolución usuarios en Programas Mantenimiento con Metadona. Canarias
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por el OEDT.

Es de destacar que en España los programas sustitutivos con opiáceos no se han llevado a cabo exclusivamente con metadona, existiendo pequeñas poblaciones en tratamiento con buprenorfina o diacetilmorfina (en la Comunidad Autónoma de Andalucía)⁽²³⁾. En Canarias el número de usuarios en tratamiento con buprenorfina presenta una tendencia ascendente, pasando de 21 usuarios en 2009⁽⁵⁶⁾ hasta 239 en 2014⁽²³⁾.

1.2.7 Cocaína

La cocaína es un psicoestimulante que en España vamos a encontrar principalmente en dos formas: clorhidrato de cocaína (conocida como cocaína en polvo o cocaína) y la cocaína base (denominada base o crack). Existen diferencias importantes en la composición, modos de consumo y efectos, pudiéndose consultar la bibliografía recomendada⁽⁵⁷⁾ para ampliar la información.

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en España. Su edad de inicio del consumo se encuentra alrededor de los 21 años y su consumo, particularmente de cocaína clorhidrato, ha aumentado a partir de los 90, hasta el punto de que, en 2013, uno de cada diez ciudadanos refiere haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida⁽³³⁾. Las prevalencias del consumo de cocaína son siempre mayores entre los hombres que entre las mujeres. En la Figura 10 vemos como el consumo en los últimos 12 meses alcanza su valor máximo en 2007, con 5,1% para los hombres y 3% para las mujeres. El consumo reciente (en los últimos 30 días) ha tenido una evolución similar al consumo más antiguo. En general, se observa un incremento desde 1995 hasta 2007, cuando comienza un lento declive.

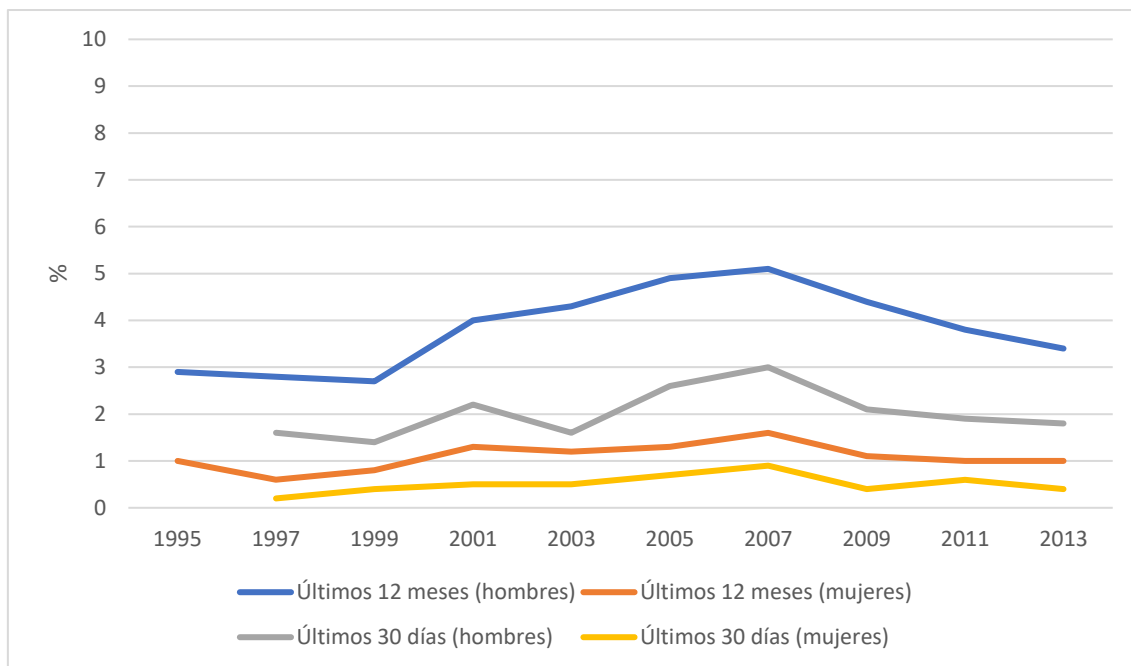


Figura 10: Prevalencia de consumo de cocaína (1995-2013)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (1995-2013).

Hemos unificado los valores correspondientes a las dos modalidades de cocaína, aunque la prevalencia de cocaína base es muy residual, correspondiendo la mayor parte del consumo detectado a la cocaína clorhidrato. En ambas modalidades de cocaína, el consumo es más frecuente entre los hombres jóvenes. Es de destacar que en la Comunidad Autónoma de Canarias el consumo poblacional de cocaína base es superior a la media nacional (aunque la prevalencia detectada en las encuestas es muy baja). Resulta tanto o más significativo, que la mayor parte de las incautaciones policiales de cocaína base en el territorio español se hayan realizado en Canarias⁽²³⁾.

En cuanto a las admisiones a tratamiento ambulatorio, la cocaína aumentó su presencia de forma progresiva desde 1991 hasta 2005, coincidiendo con los datos de EDADES. Desde el año 2005, es la sustancia ilegal que motiva una mayor proporción de tratamientos, y si consideramos todas las sustancias tan sólo es superada por el alcohol^(35,58). En los últimos años se ha experimentado un descenso en el número de admitidos a tratamiento, sobre todo en el de los que reciben su primer tratamiento (Figura 11).

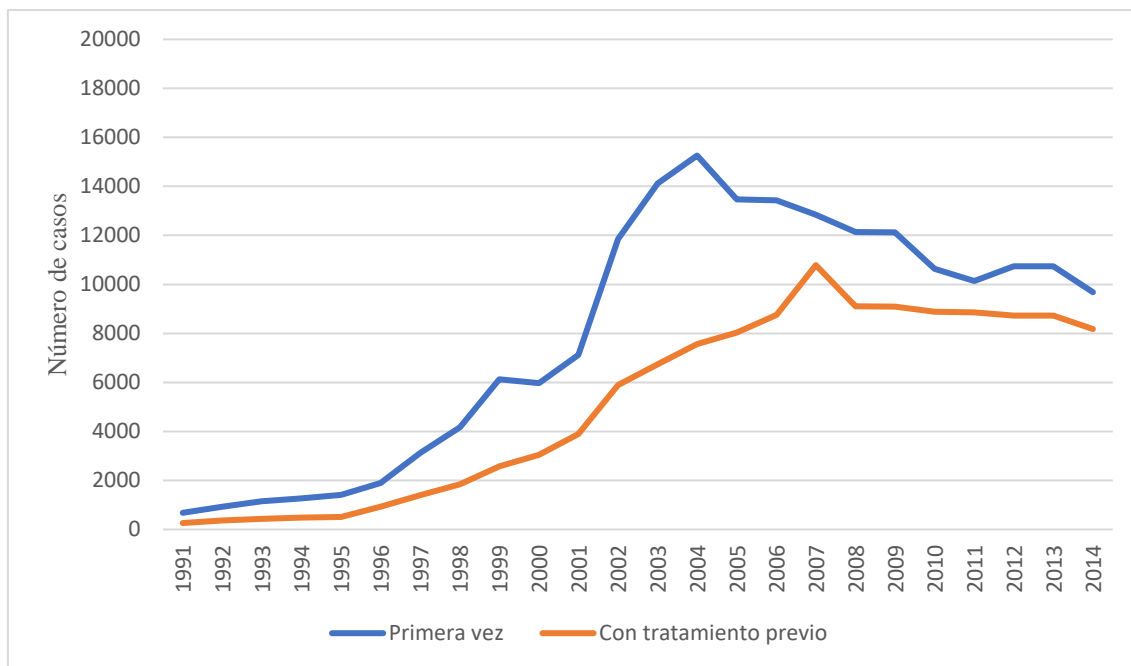


Figura 11. Evolución indicador admisiones a tratamiento ambulatorio por cocaína
Fuente: Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías.

El perfil del admitido a tratamiento por cocaína es un varón de 35 años que acude por iniciativa propia, sin haber recibido tratamiento previo, no suele consumir la cocaína de forma diaria y suele consumir alcohol y/o cannabis.

Desde los primeros estudios realizados en Canarias, el consumo de la cocaína entre la población canaria ha presentado prevalencias superiores a las encontradas a nivel nacional. Según los datos obtenidos en el primer estudio epidemiológico⁽³⁹⁾ en 1997, un 9% la usaron alguna vez. De ellos, un 5.4% lo hizo también en los últimos doce meses y un 3.7% continuó haciéndolo en los últimos treinta días, siendo estos valores superiores a los publicados por la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España referidos a su edición de 1997⁽²⁵⁾ (Tabla 6).

Tabla 6*Prevalencia consumo de cocaína en Canarias y España, 1997*

	Canarias	España
Alguna vez en la vida	9,0%	3,2%
En el último año	5,40%	1,53%
En el último mes	3,7%	0,8%
A diario	0,4%	-

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (1997), y el Estudio Epidemiológico: El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias.

En la distribución territorial, aparentemente no hay mayores diferencias entre las dos provincias. El uso de cocaína está bastante extendido en los diferentes hábitats, aunque sobresale en las poblaciones de más de 100.000 habitantes⁽³⁸⁾.

Actualmente y según los últimos resultados de EDADES⁽³³⁾, en Canarias al igual que en España, la segunda sustancia ilegal que presenta mayor prevalencia de consumo es la cocaína. El 13,8% de los individuos la ha consumido alguna vez en la vida (sin diferenciar entre clorhidrato de cocaína o cocaína base), el 2,6% lo ha hecho en el último año y el 1,3% en los últimos 30 días. Esta prevalencia es ligeramente superior a la encontrada a nivel nacional para los tres indicadores: 10,3%, 2,2% y 1%, respectivamente. En términos de género, el consumo de cocaína en Canarias adquiere mayor prevalencia entre los hombres, especialmente en el indicador de los últimos 12 meses, siendo 4,1% en hombres y 1,1% en mujeres.

1.2.8 Cannabis

En el presente trabajo, emplearemos el término de cannabis para referirnos a cualquiera de los derivados de la planta *cannabis sativa*, sin hacer diferencias entre las modalidades de presentación y consumo. Se recomienda consultar la monografía⁽⁵⁹⁾, desarrollada por la Comisión Clínica del PNSD, para

completar la información referente a sus propiedades psicoactivas, farmacocinética, y efectos asociados al consumo.

El cannabis es la sustancia ilegal cuyo consumo se encuentra más extendido en España, además es la droga ilegal cuya edad media de inicio del consumo es menor (18 años)⁽³³⁾. La prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida se ha ido incrementando desde el 14,5% en 1995, hasta el valor máximo alcanzado en 2009 (32,1%). En 2011 se observó una pequeña reducción del consumo, que se ha recuperado hasta el 30,4% en 2013^(24,31-33). Sin embargo, otros indicadores relacionados con el consumo más reciente no han mostrado el mismo incremento (Figura 12). Según los resultados de las encuestas EDADES, se ha incrementado sustancialmente el consumo experimental, no tanto el consumo habitual⁽³³⁾.

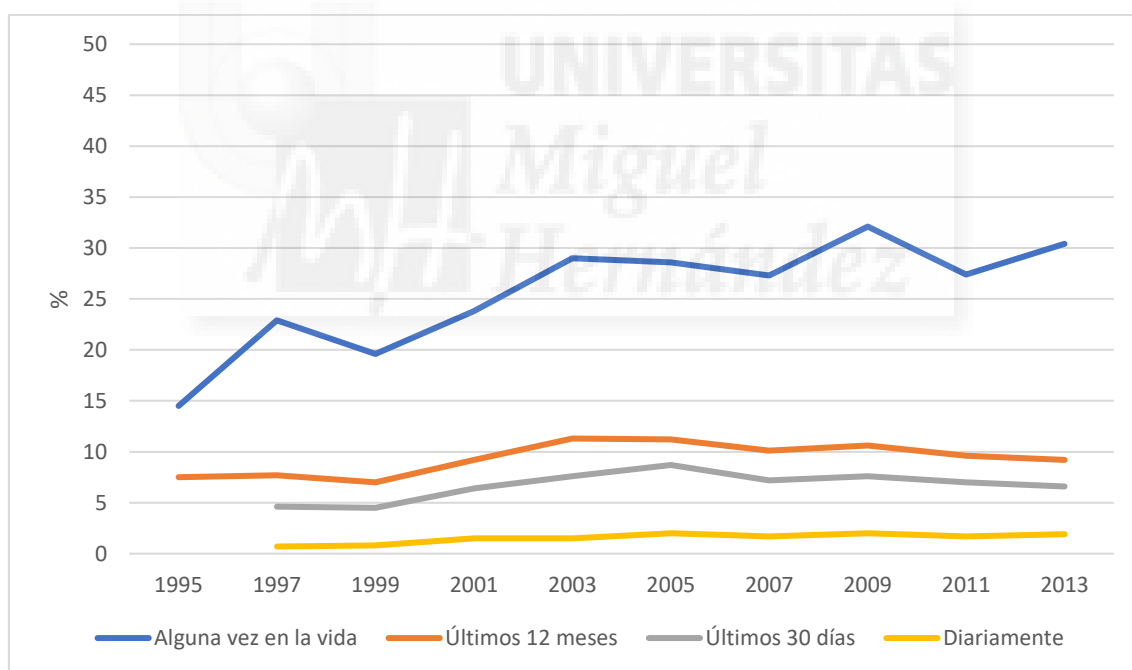


Figura 12: Prevalencia de consumo de cannabis (1995-2013)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (1995-2013).

El hecho del aumento del consumo de cannabis entre la población española, así como las demandas de tratamiento y urgencias asociadas al consumo de cannabis, ha llevado a introducir en EDADES escalas para medir el consumo de riesgo (Escala CAST)⁽⁶⁰⁾. Según estas mediciones, de cada 4

personas que han consumido cannabis, uno presenta consumo de riesgo, otro presenta consumo de bajo riesgo y los dos restantes, consumo no problemático⁽³³⁾.

En cuanto a las admisiones a tratamiento ambulatorio, se observa una línea ascendente a partir del año 2007, especialmente por usuarios que estaban realizando su primer tratamiento. Según los últimos resultados publicados por el SEIT⁽³⁵⁾, el cannabis es la segunda droga ilegal que causa un mayor número de admisiones a tratamiento. Si consideramos sólo los datos referentes a las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida, el cannabis es desde 2012 la primera sustancia. Un dato significativo es que los admitidos por consumo de cannabis son los que presentan habitualmente la menor edad media, (26 años en 2014), asimismo, entre los menores de edad, el cannabis es responsable del 95% de las admisiones a tratamiento. El perfil de los admitidos a tratamiento por consumo de cannabis es el de un varón joven que nunca ha recibido tratamiento con anterioridad, vive con familia de origen y en muchas ocasiones acude por presión familiar o empujado por servicios legales⁽³⁵⁾.

Desde los primeros datos disponibles en Canarias^(38,39), a finales de los 90, el consumo de Cannabis ha alcanzado altas prevalencias, superiores a la media nacional. Si bien los informes ya avisaban de un incremento en el consumo de cannabis en Europa⁽⁶¹⁾ y en España⁽²⁵⁾, el incremento se hacía más notorio referido al consumo experimental, no tanto al frecuente. No obstante, en los primeros datos^(38,39) comparables que tenemos a nivel de Canarias, la prevalencia del consumo del cannabis en los últimos doce meses, el último mes y a diario, es bastante mayor que la observada en la media de España.

En la Tabla 7 tenemos la comparación de los resultados obtenidos en la prevalencia de consumo entre la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, 1997⁽²⁵⁾ y el Estudio epidemiológico: El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias⁽³⁹⁾, realizado en 1997. Vemos como, aunque en la prevalencia de consumo “alguna vez en la vida” presentan valores similares, el resto de los indicadores son muy superiores entre la población de Canarias. A partir de estos datos podíamos estimar que unas 103.200 personas de entre 15 y 65 años habrían usado cannabis en Canarias en los últimos treinta días. De ellos, casi la mitad, lo harían de forma muy frecuente o habitual^(38,39).

Tabla 7*Prevalencia consumo de cannabis en Canarias y España, 1997*

	Canarias	España
Alguna vez en la vida	22,01%	21,7%
En el último año	11,40%	7,5%
En el último mes	9,30%	4,0%
A diario	4,40%	0,9%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (1997), y el Estudio Epidemiológico: El Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias.

Actualmente, y según los últimos resultados de EDADES⁽³³⁾, en Canarias al igual que en España, la tercera sustancia con mayor consumo y primera sustancia ilegal es el cannabis. Una de cada tres personas ha consumido cannabis en Canarias. En relación a las tasas de consumo por tramos de tiempo, en Canarias el 33,8% ha consumido cannabis alguna vez en la vida, 9,3% lo ha hecho en el último año, 6,8% en el último mes y el 2% lo hace a diario. Todas estas tasas de consumo superan a las encontradas a nivel nacional.

Este consumo de cannabis es especialmente prevalente entre los hombres y entre los jóvenes. Si nos fijamos en el indicador de consumo en el último mes vemos que uno de cada diez hombres (9,8%) ha consumido cannabis, mientras que entre las mujeres la tasa baja al 3,7%. En relación a la edad, vemos que entre los 15-34 años la tasa es del 12,6% frente al 3,5% de los 35-64 años⁽³³⁾.

1.2.9 Psicofármacos

Los psicofármacos son un tipo de medicamentos generalmente empleados en el tratamiento de determinados trastornos y enfermedades mentales, existiendo una amplia gama de fármacos con diferentes características. No se encuentra dentro de los objetivos del presente apartado la descripción de la clasificación o propiedades de los psicofármacos, pudiéndose consultar la bibliografía⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ recomendada con esta finalidad. Su empleo suele

estar sujeto a control médico, no obstante, puede producirse también un uso inadecuado fuera de sus fines terapéuticos y sin la preceptiva prescripción médica. Los estudios y encuestas consultadas, en ocasiones, centran su estudio en determinados tipos de fármacos, o diferenciando el consumo de psicofármacos por prescripción facultativa del que se realiza sin receta médica.

El programa de encuestas EDADES ha monitorizado el consumo de hipnosedantes (diferenciando en algunas ediciones entre tranquilizantes y somníferos). Asimismo, se han modificado los criterios de recogida de datos. En 1995 las preguntas se referían al consumo en general, en el periodo de 1997-2003 al consumo sin receta y a partir de la edición de 2005 se registran ambas modalidades⁽²⁹⁾. La falta de homogeneidad de los criterios nos dificulta un tanto el estudio del consumo, por lo que la serie donde representamos la evolución es más corta que en otras sustancias.

En la Figura 13, tenemos la representación de la evolución de la prevalencia del consumo de hipnosedantes por sexo y en dos indicadores: últimos 12 meses y últimos 30 días. El incremento en la prevalencia de consumo de hipnosedantes ha sido sustancial, en la edición de EDADES 2009⁽³¹⁾ se observó una leve disminución de la prevalencia del consumo, pero en los datos de las siguientes ediciones se recuperó y aumentó la prevalencia en todos los indicadores. En los últimos resultados disponibles⁽³³⁾ la prevalencia de consumo entre los hombres fue del 5,8% y 8,5% a los 30 días y 12 meses, respectivamente. Entre las mujeres las prevalencias se duplicaban, 12,1% y 16% a los 30 días y 12 meses, respectivamente. Resulta llamativo que la proporción de mujeres consumidoras de hipnosedantes supere a la de los hombres, siendo la única sustancia en la que se da esta situación. En cuanto al consumo por tramo de edad, los hipnosedantes son las sustancias que empiezan a consumirse a una mayor edad media (35 años), siendo mayores las prevalencias entre las mujeres mayores de 55 años⁽³³⁾.

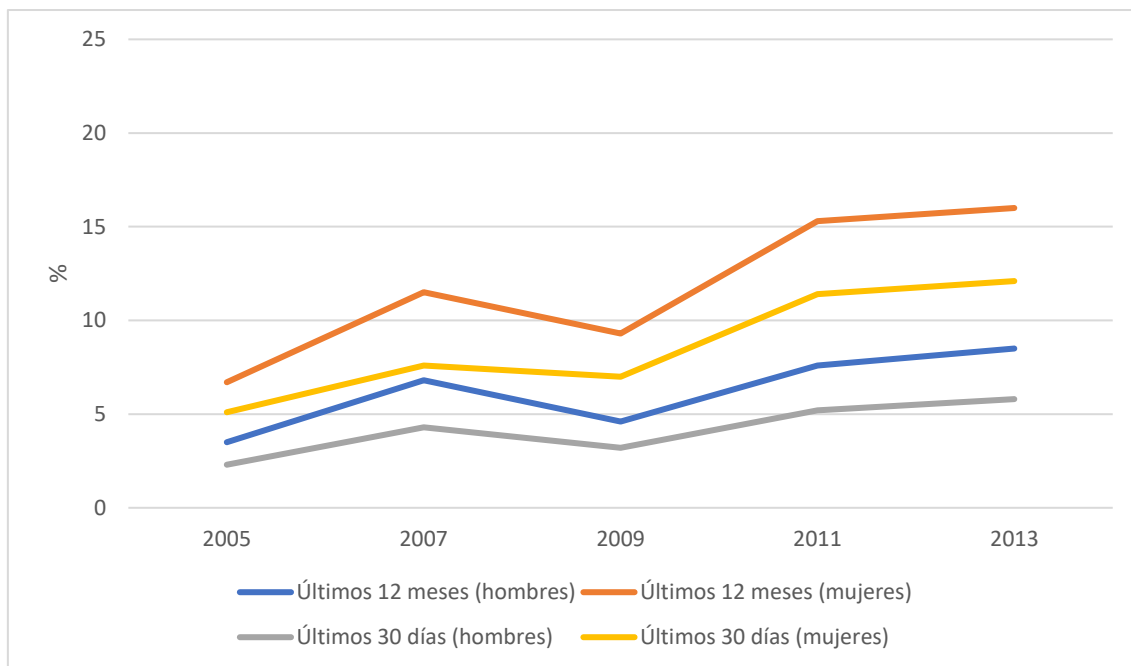


Figura 13: Prevalencia de consumo de hipnosedantes por sexo (2005-2013)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados por la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (2005-2013).

Respecto a la Comunidad Autónoma de Canarias, el consumo de hipnosedantes (independientemente de que hayan sido recetados por un médico o no) se encuentra ligeramente más extendido en las Islas con respecto a la media nacional. Aunque, con mayor exactitud, dentro de los hipnosedantes, la encuesta EDADES 2013 diferencia entre tranquilizantes y somníferos, estableciendo que, si bien en lo relativo a los somníferos la tasa es similar a la Nacional, en lo referente a los tranquilizantes (alguna vez en la vida) la tasa en Canarias (26,6%) es superior a la registrada a nivel nacional (20,1%)⁽³³⁾.

La evolución ascendente en el consumo poblacional es coherente con las admisiones a tratamiento ambulatorio, que han presentado una línea claramente ascendente, registrándose en 2014 el valor más alto (1192 casos) desde el inicio de la serie.

En el caso de los hipnosedantes, la proporción de mujeres ha sido más representativa que en otras sustancias, siendo del 38,2% durante los admitidos a tratamiento en 2014. Asimismo, el perfil del admitido a tratamiento presenta claras características diferenciadoras en función del género⁽³⁵⁾:

- El perfil de los hombres admitidos a tratamiento es el de un varón de 36 años que acude por iniciativa propia o derivado por algún centro, vive con familia de origen y suele consumir alcohol, cocaína o cannabis.
- El perfil de las mujeres admitidas a tratamiento es de una mujer de 45 años, que acude por iniciativa propia o referida por el médico de atención primaria, vive con su pareja e hijos. Si consume alguna otra droga es el alcohol.

1.2.10 Policonsumo

Aunque en las publicaciones del PNSD se hace frecuentes alusiones al incremento del policonsumo de sustancias, lo cierto es que, en la mayoría de las memorias, y en referencia al indicador Admisiones a Tratamiento, no se ha especificado el número de policonsumidores. A partir del año 2012 si se incluye el porcentaje de personas que habían consumido en los últimos 30 días una sustancia diferente a la que motivaba el tratamiento. Curiosamente este porcentaje ha disminuido del 60% entre las admisiones del 2012, al 57,6% en 2013 y 40,2% en 2014^(35,65,66).

A diferencia de la información publicada sobre el indicador admisiones a tratamiento, la encuesta EDADES, en todas sus ediciones, ha monitorizado el policonsumo de drogas en la población española. En el desarrollo de EDADES se ha considerado como policonsumidor al que haya consumido dos o más de las once sustancias controladas: alcohol, tabaco, cánnabis, éxtasis, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, anfetaminas, alucinógenos, heroína e inhalables volátiles. No obstante, se hace necesario aclarar que el concepto de policonsumo de EDADES se limita al hecho de que una persona haya consumido más de una sustancia en un periodo de tiempo determinado (alguna vez en la vida, 12 meses, 30 días...) y no implica necesariamente que las haya consumido de forma conjunta o a continuación una de la otra.

El patrón de policonsumidor de sustancias, según la encuesta EDADES, se encuentra muy extendido en la población española y ha ido incrementándose. Así, en 1999⁽²⁶⁾, el porcentaje de personas que habían consumido dos o más

sustancias en el último año era del 39,9%, diez años más tarde, en 2009⁽³¹⁾ el resultado fue del 49,3%. En los últimos resultados disponibles, correspondientes a EDADES 2013⁽³³⁾, el porcentaje de policonsumidores se incrementa hasta el 48,79% (entre los que han consumido alguna sustancia).

Referente a las sustancias con las que se combina cada droga, en los primeros resultados correspondientes al año 1995, las sustancias que mayor índice de policonsumo presentaron fueron la heroína y la cocaína base. Curiosamente el alcohol fue la sustancia asociada con menor grado de policonsumidores. Inclusive se llegaron a describir cuatro tipos de “perfiles” o combinaciones frecuentes de sustancias entre sí⁽²⁴⁾:

- Drogas de síntesis, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, alcohol y cocaína.
- Heroína, otros opiáceos y crack.
- Tranquilizantes e hipnóticos.
- Tabaco, alcohol y cannabis.

En las posteriores ediciones de EDADES⁽²⁶⁾ se fue evidenciando una diversificación de las combinaciones de sustancias. Entre los que habían consumido heroína seguía manteniéndose un alto grado de consumo de otras sustancias, principalmente cocaína, alcohol y cannabis. Los consumidores de cocaína solían combinar con alcohol y cannabis, mientras que entre los que habían consumido alcohol había un porcentaje relativamente bajo de sustancias asociadas, siendo la más frecuente el cannabis (no se ha considerado el consumo asociado de tabaco).

En los resultados procedentes de EDADES 2003⁽²⁸⁾ se destacó el hecho de que entre los que habían consumido alguna droga ilegal, el consumo de alcohol era prácticamente generalizado. Cabe destacar la presencia de la cocaína clorhidrato en prácticamente todos los consumidores de alguna droga ilegal (exceptuando los consumidores de cannabis), así como la alta prevalencia del consumo combinado de cocaína base y heroína. Similares resultados se obtuvieron en EDADES 2005, donde se concluyó que el consumo de drogas ilegales estaba concentrado en un subgrupo de personas que solían consumir varias al mismo tiempo⁽²⁹⁾.

En EDADES 2009⁽³¹⁾ se evidencia el aumento de la prevalencia del policonsumidor, prácticamente la mitad de los que habían consumido alguna sustancia eran consumidores de dos o más. EDADES 2011⁽³²⁾ puso de manifiesto que, entre los consumidores de tres o más sustancias, el alcohol y el tabaco estaban generalizados con prevalencias superiores al 90%, el cannabis alcanzaba una prevalencia del 63%, los hipnosedantes del 45% y la cocaína del 4%.

Respecto a las combinaciones de sustancias entre sí, en la Tabla 8, tenemos parte de los resultados obtenidos por EDADES 2011⁽³²⁾. Se han reducido los datos a las cinco principales sustancias (alcohol, cannabis, cocaína clorhidrato, cocaína base e hipnosedantes) entre las 11 categorías de drogas considerados por EDADES.

Entre los consumidores de alcohol, destacan las prevalencias de cannabis (11,9%) e hipnosedantes (10,6%).

Entre los consumidores de cannabis destaca el alcohol (94,4%), los hipnosedantes (13,6%) y la cocaína clorhidrato (19%).

Entre los consumidores de cocaína clorhidrato destacan las prevalencias de alcohol (98,1%), cannabis (81,5%) y éxtasis (19,6%).

Entre los consumidores de cocaína base destacan las prevalencias de alcohol (90,4%), cannabis (94%) y cocaína clorhidrato (84,3%).

Los consumidores de heroína son los policonsumidores por excelencia, presentando elevadas prevalencias de todas las sustancias. Por el contrario, los consumidores de hipnosedantes presentan reducidas prevalencias de otras sustancias, exceptuando alcohol. Vemos como el alcohol, y en menor medida el tabaco, está generalizado, con prevalencia superior al 90% entre los consumidores de las principales sustancias.

Tabla 8*Prevalencia de consumo otras sustancias últimos 12 meses*

	Alcohol	Cannabis	C. Clorh.	C. Base	Heroína	Hipnosed.
Alcohol	-	94,4	98,1	90,4	94,5	71,5
Tabaco	44,5	84,0	88,0	93,8	100	46,4
Inhalables	0,1	0,9	2,4	5,7	6,5	0,3
Anfetaminas	0,8	5,0	18,2	20,9	37,7	1,5
Alucinógenos	0,5	3,7	10,0	10,3	24,7	0,9
Heroína	0,1	0,9	2,4	17,8	-	0,6
Hipnosedantes	10,6	13,6	19,2	47,5	73,8	-
Cannabis	11,9	-	81,5	94,0	90,3	11,5
Éxtasis	0,9	6,0	19,6	29,5	24,7	1,1
C. Clorhidrato	2,9	19,0	-	84,3	56,7	3,7
C. Base	0,2	1,6	6,2	-	30,4	0,7

Nota. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011).

Los últimos datos disponibles son los de EDADES 2013⁽³³⁾, que nos indican que en los últimos 12 meses y entre la población española de 15 a 64 años, el 13,6% no ha consumido ninguna sustancia, el 44,3% consume una única sustancia y el 42,2% dos o más sustancias.

En la Tabla 9 tenemos la prevalencia en los últimos 12 meses según el número de sustancias consumidas. Vemos que, entre los consumidores de una sola sustancia, la práctica totalidad son consumos de drogas legales.

En el subgrupo de los que han consumido dos sustancias, en el 95% de los casos una fue el alcohol, incrementándose el porcentaje de hipnosedantes (17,9%) y cannabis (4,5%).

Entre los consumidores de tres sustancias, en casi la totalidad de los casos fueron alcohol y tabaco, siendo la tercera sustancia cannabis, hipnosedantes o cocaína clorhidrato.

Finalmente, entre los consumidores de 4 o más sustancias, es cuando aparecen prevalencias importantes de las drogas ilegales menos prevalentes.

Entre los consumidores de 5 o más sustancias, la cocaína clorhidrato alcanza el 84,4% y el cannabis el 94,1%. Por el contrario, la cocaína base no llega a superar el 6,5% y la heroína el 5,3%.

Tabla 9

Prevalencia de consumo según número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses

	Número de sustancias				
	1	2	3	4	>5
Alcohol	85,6	95,0	98,6	99,5	98,6
Tabaco	9,8	82,3	96,7	97,1	94,3
Cannabis	0,2	4,2	58,5	92,8	94,1
Éxtasis	0,0	0,1	0,9	7,2	48,1
Hipnosedantes	4,5	17,9	40,6	41,0	42,5
C. Clorhidrato	0,0	0,3	4,1	52,7	84,4
C. Base	0,0	0,0	0,2	0,9	6,5
Anfetaminas	0,0	0,1	0,3	4,2	57,2
Alucinógenos	0,0	0,1	0,3	4,5	25,4
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,1	5,3
Inhalables	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5

Nota. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2013).

En general, salvo excepciones, no se han encontrado diferencias significativas entre el policonsumo a nivel nacional y el encontrado en Canarias. En comparación, se observa que el consumo entre las mujeres está menos extendido en Canarias que a nivel nacional. En Canarias, la tasa de policonsumo no encuentra diferencias entre los dos tramos de edad (15-34 y 35-64), al contrario de lo que sucede a nivel nacional, donde se encuentra mayor prevalencia entre los menores de 35 años.

1.3 Las Comunidades Terapéuticas en España

No se puede entender el actual modelo de atención a las drogodependencias sin considerar el que ha sido el tipo de tratamiento más característico, conocido, y que ha tenido una mayor evolución en la atención a las personas con problemas adictivos, las Comunidades Terapéuticas. Probablemente la primera alusión al término de Comunidad Terapéutica provenga del Reino Unido en la década de los 50^(67,68), donde se desarrolló inicialmente como un sustituto de los hospitales psiquiátricos. El desinternamiento psiquiátrico de años posteriores iba a truncar su crecimiento por ese camino, sin embargo, el modelo fue adoptado en el ámbito de las drogas ilegales, asociándose durante los años 70 y parte de los 80, el concepto de Comunidad Terapéutica para el tratamiento de la dependencia de la heroína⁽⁶⁹⁾.

En España, las primeras Comunidades Terapéuticas para adictos se crearon a finales de los 70, viviendo una espectacular expansión durante los años siguientes. Probablemente, el motivo hay que buscarlo en los déficits estructurales por parte del estado en la atención a las personas con problemas adictivos, lo que llevó a una respuesta social⁽⁷⁰⁾. La proliferación de centros durante esos años propició que algunos de ellos desarrollaran un modelo con escasa profesionalización y casi exclusivamente basado en la auto-ayuda, existiendo controversia sobre amateurismo e irregularidad en su funcionamiento^(67,69-71).

Es a partir del desarrollo del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) cuando se pone en marcha un proceso de regularización de este tipo de dispositivos. El 1 de julio de 1987 se celebró en Madrid una reunión con los representantes de los planes autonómicos de drogas con el fin de exponer y debatir los resultados del estudio^(70,71) “El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas”, realizado durante 1986^(13,34). Fruto de este proceso de regularización se elaboró el “Protocolo de Requisitos Mínimos para Acreditación de Centros”⁽³⁴⁾. Se establecieron unas exigencias mínimas en aspectos de habitabilidad, profesionalización del programa terapéutico o registro y notificación de los usuarios.

Entre las características que debería cumplir la Comunidad Terapéutica se establecía la “...*existencia de vinculación formal con otro centro que asegure la realización de un informe sobre el estado de salud de todo futuro residente...*”.

En el momento actual las Comunidades Terapéuticas profesionales son recursos altamente especializados, que pueden ser públicas, privadas o concertadas, siendo este último modelo de financiación el más frecuente en España⁽⁶⁹⁾. En general, las Comunidades Terapéuticas son centros residenciales donde el usuario ingresa de forma voluntaria y la permanencia suele tener una duración preestablecida o estar sujeta al logro de determinados objetivos. Es requisito imprescindible la presencia de un equipo multiprofesional que realice un trabajo terapéutico en diferentes áreas (psicológicas, educativas, o sanitarias), orientado hacia la rehabilitación e incorporación social de las personas con problemas por abuso de sustancias.

Las Comunidades Terapéuticas actuales no funcionan de forma independiente, sino que están integradas dentro de la red asistencial, interactuando con otros recursos. Frecuentemente los usuarios han pasado antes por una unidad de desintoxicación hospitalaria, donde además de garantizarse la finalización de un tratamiento de desintoxicación se realiza un informe del estado de salud.

El número de Comunidades Terapéuticas acreditadas en España no ha dejado de crecer. Actualmente, en el territorio español, son el recurso residencial más numeroso. Según los últimos datos publicados por el PNSD⁽²³⁾, en el momento actual existen 124 Comunidades Terapéuticas que, durante 2014 atendieron a 10.814 usuarios.

1.4 Unidades Desintoxicación Hospitalaria

En el momento actual, existe a nivel internacional una fuerte tendencia para la unificación de las actuaciones en materia de drogodependencias⁽⁷²⁾, aunque todavía se encuentren diferencias en las modalidades de tratamiento, inclusive entre los países de alto nivel de ingresos como EEUU y la Unión Europea⁽⁷³⁾. Independientemente de las diferencias que puedan existir, las desintoxicaciones hospitalarias (especialmente en el tratamiento de la dependencia a opiáceos), son una de las intervenciones más frecuentemente realizadas internacionalmente^(73,74).

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) son recursos de alta especialización, destinados a los tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando no esté indicada la desintoxicación ambulatoria, o cuando las condiciones biopsicosociales y familiares de la persona lo requieran⁽⁷⁵⁾. La desintoxicación hospitalaria no debe ser considerada como un tratamiento completo por sí mismo, sino una parte del mismo que debe ser continuada con un proceso de deshabitación y rehabilitación^(73,76,77).

En el ámbito de las drogodependencias, las desintoxicaciones en régimen de internamiento son una de las modalidades terapéuticas con mayores costes en términos económicos⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾. No obstante, se ha encontrado que el porcentaje de usuarios que llegan a completar satisfactoriamente un tratamiento de desintoxicación es superior en los tratamientos en régimen de internamiento que en los ambulatorios^(78,79).

La historia de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) en España, tal y como las conocemos hoy en día, comienza con el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985⁽²⁾. En la primera memoria⁽¹³⁾ del PNSD, correspondiente al año 1986, se recogen las iniciales 38 UDH habilitadas mediante Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD, el presupuesto fue de 630 millones de pesetas (Tabla 10).

Tabla 10*Unidades de Desintoxicación habilitadas inicialmente (1986)*

Comunidad Autónoma	Nombre del Hospital	Ciudad
Andalucía	Hospital Victoria Eugenia Hospital de la S. Social Punta Europa Hospital General Especial. Virgen de las Nieves	Sevilla Algeciras Granada
Aragón	Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia	Zaragoza
Asturias	Hospital General de Asturias	Oviedo
Baleares	Hospital Virgen del LLuc	Palma de Mallorca
Canarias	Hospital General y Clínico de Tenerife Hospital Insular de Las Palmas	La Laguna Las Palmas
Cantabria	Sanatorio Marítimo Nacional Víctor Meana de Pedrosa	Santander
Castilla la Mancha	Hospital Provincial de la Diputación de Ciudad Real Nuestra Señora del Carmen Hospital General y Docente (INSALUD)	Ciudad Real Guadalajara
Castilla León	Hospital Clínico Universitario de Salamanca Hospital Princesa Sofía Hospital Camino de Santiago	Salamanca León Ponferrada
Cataluña	Hospital Nuestra Señora del Mar Hospital Santa Cruz y San Pablo Mutua de Tarrasa Residencia Valle de Hebron Hospital German Trias I Pujol Hospital Provincial Santa Catalina Hospital P. Santa María Hospital Juan XXIII	Barcelona Barcelona Barcelona Barcelona Badalona Gerona Lérida Tarragona
Valencia	Hospital Clínico Universitario	Valencia
Extremadura	Residencia Sanitaria de Badajoz Hospital General de Mérida Hospital San Pedro de Alcántara Hospital Nuestra Señora del Puerto	Badajoz Mérida Cáceres Plasencia
Galicia	Hospital General de Galicia Hospital Municipal de Vigo	S. Compostela Vigo
Madrid	Hospital Provincial Centro Ramón y Cajal Hospital Psiquiátrico Provincial	Madrid Madrid Madrid
Murcia	Hospital General de Murcia	Murcia
Navarra	Hospital Reina Sofía Hospital de Navarra	Tudela Pamplona
País Vasco	Hospital de Galdacano Hospital Santiago Apóstol	Vizcaya Vitoria
La Rioja	Hospital General	Logroño

Nota. Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1986.

El Ministerio de Sanidad y Consumo se reunió con profesionales responsables de estas UDH iniciales, con el fin de unificar criterios asistenciales y hacer lo más homogénea posible la asistencia prestada en todo el territorio nacional⁽¹³⁾. Inicialmente estas unidades suponían un total 164 camas, con una estancia media de 15 días, con lo que se calculaba que podían prestar atención a unos 3600 usuarios anuales. Curiosamente el PNSD, en su memoria de 1986, consideraba esta oferta adecuada, argumentando que uno de cada cinco usuarios heroinómanos era candidato a tratamiento en una UDH y que la población total que acudían a la red de drogodependencias se estimaba en unos 15.000 heroinómanos anualmente⁽¹³⁾. Parece desprenderse de este razonamiento que las UDH estaban inicialmente concebidas y pensadas para prestar atención exclusivamente a los usuarios adictos a la heroína.

Indudablemente la situación ha cambiado mucho desde los inicios del PNSD hasta el momento actual, aumentando las inversiones en materia de drogodependencias, diversificando la oferta y el número de recursos disponibles. No obstante, el número de UDH ha permanecido relativamente estancado desde hace décadas, observándose inclusive una disminución del número de usuarios atendidos desde los finales de los 90, cuando se superaron los 6000 tratamientos realizados en las UDH (Tabla 11).

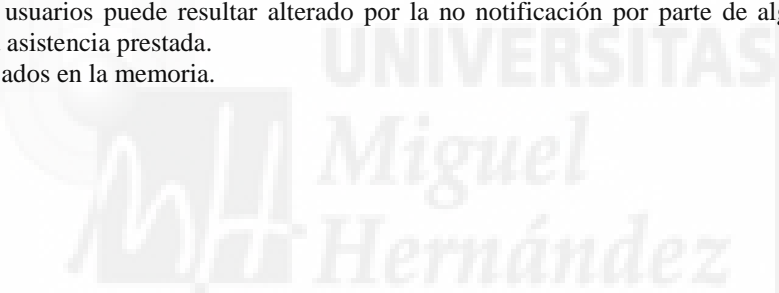
Tabla 11*Evolución del número de UDH y usuarios atendidos. 1986-2014.*

Año	Número UDH	Usuarios atendidos ^a	Año	Número UDH	Usuarios atendidos ^a
1986	38	- ^b	2001	55	4226
1987	43	4800	2002	49	4162
1988	45	- ^b	2003	52	3736
1989	45	3946	2004	56	3620
1990	48	4592	2005	50	3750
1991	47	5349	2006	50	3834
1992	50	5955	2007	50	3467
1993	47	5569	2008	50	3628
1994	46	5692	2009	50	3463
1995	48	5411	2010	53	3984
1996	48	5494	2011	53	3420
1997	53	6287	2012	60	3280
1998	57	6111	2013	56	3353
1999	56	5735	2014	43	3053
2000	56	4932			

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1986-2014.

^a El número de usuarios puede resultar alterado por la no notificación por parte de alguna Comunidad Autónoma de la asistencia prestada.

^b Datos no reflejados en la memoria.



1.4.1 Perfil del usuario: Publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas

Anteriormente hemos descrito que la mayor fuente de datos relacionados con la atención a las drogodependencias en nuestro país lo tenemos en las publicaciones del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), que publica regularmente informes y desde 1986 sus memorias anuales. Así, en la memoria del PNSD correspondiente al año 1988⁽⁸¹⁾, encontramos la primera descripción de la atención prestada en las UDH, aunque centrándose en los aspectos estructurales de las unidades, más que en el perfil del usuario. La distribución de los pacientes según el tipo de altas fue de 77,5% de altas terapéuticas, 17,5% altas por abandono y 5% altas por expulsión. La estancia media osciló entre los 8 y 15 días, agrupados según la Figura 14.

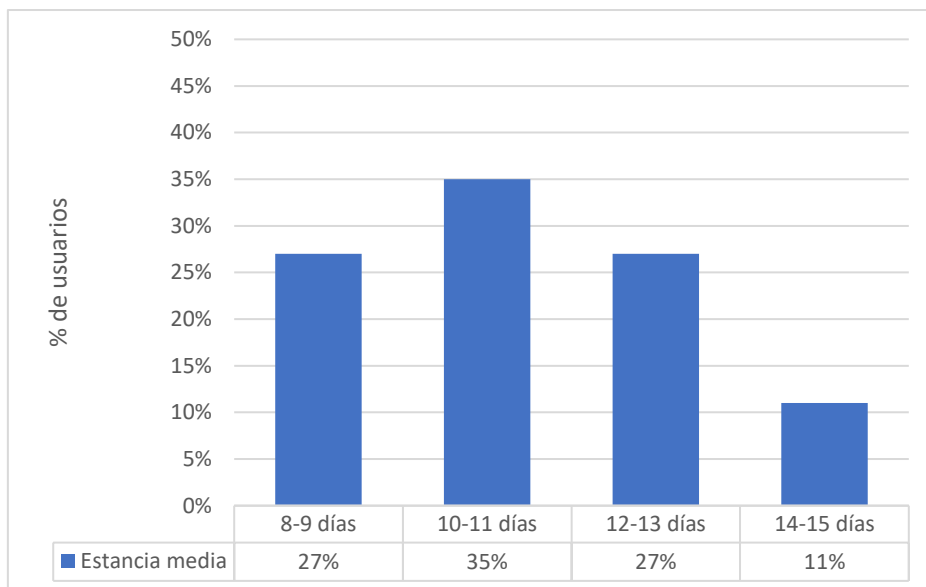


Figura 14. *Estancia media UDH 1988*

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas, memoria 1988.

Durante el año 1989 la Administración Central destinó un total de 733 millones de pesetas al mantenimiento de recursos hospitalarios para desintoxicación, este presupuesto significaba un incremento del 16,3% respecto al empleado en 1987⁽⁸²⁾. Durante el año 1989 se puso en marcha un sistema de notificación de las UDH que perseguía los siguientes objetivos⁽⁸¹⁾:

❖ *“Objetivos generales:*

- *Proporcionar información que oriente la planificación de recursos asistenciales dirigidos a la atención de personas consumidoras de drogas.*
- *Proporcionar el marco para la evaluación, por las propias UDH, de los servicios prestados.*

❖ *Objetivos específicos:*

- *Conocer las características sociodemográficas y toxicológicas básicas del paciente ingresado en las UDH a nivel estatal y por comunidades autónomas.*
- *Conocer las características funcionales de las UDH a nivel estatal y por comunidades autónomas.*
- *Servir de fuente para generar hipótesis de trabajo para la realización de posteriores estudios.”*

Para la consecución de los citados objetivos se recogieron un total de 12 variables y 41 hospitales notificaron sus datos. El resultado fue el primer análisis descriptivo del perfil del usuario de las UDH, que contaba con una amplia muestra, realizado en nuestro país. La muestra fue de un total de 3946 altas notificadas procedentes de 41 hospitales. El tamaño de la muestra, el proceder de toda la geografía nacional y al tratarse del primer perfil del usuario UDH en nuestro país, hacen del resultado un primer punto de partida de obligado análisis. Los datos publicados se ofrecían separando los relativos a las desintoxicaciones alcohólicas del resto (principalmente drogas ilegales), una tendencia que se va a mantener durante muchos años en las publicaciones del PNSD, probablemente por la resistencia a considerar desde el punto social al alcohol como una auténtica droga.

Tabla 12

Características asistenciales, demográficas, y toxicológicas de los pacientes atendidos en UDH. 1989

	Desintoxicación alcohólica	Desintoxicación opiáceos o cocaína
Edad media	42 años	26,5 años
Lista de espera media	6 días	26,8 días
Estancia media	14,7 días	9,3 días
Sexo		
Hombre	88,5%	78,2%
Mujer	11,5%	21,8%
Procedencia usuario		
Atención Primaria	5,7%	4,2%
Centros específicos o Salud Mental	13,6%	84,8%
Otros servicios hospitalarios	68,4%	9%
Otros	12,3%	2%
Droga principal	alcohol 100%	93,5% heroína 0,5% cocaína 6% otros
Tipo de alta		
Terapéutica	70,7%	68,4%
Voluntaria	22,3%	25,7%
Forzosa	0,7%	3,7%
Otros	6,3%	2,3%

Nota Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por las Comunidades y Ciudades Autónomas. Memorias PNSD 1989.

Analizando los datos de este primer perfil descriptivo encontramos algunos resultados interesantes, como la diferencia acusada de edad entre los sometidos a desintoxicación alcohólica (42 años) de los del resto de drogas (26,5 años). Predominante proporción de hombres sobre mujeres de 4:1 en las desintoxicaciones de drogas ilegales, que prácticamente se duplica en las desintoxicaciones alcohólicas. En lo relativo a las desintoxicaciones no alcohólicas, prácticamente podemos considerarlas desintoxicaciones de heroína (93,5%), estableciéndose un modelo de dos grandes grupos de usuarios: alcohólicos y heroínómanos. Analizando los datos relativos al tipo de alta, vemos una proporción elevada de usuarios que no finalizan el tratamiento, cercana al 25%. Vemos asimismo que las desintoxicaciones no alcohólicas (heroína principalmente) tienen mayor porcentaje de altas voluntarias y quintuplican la proporción de altas forzosas.

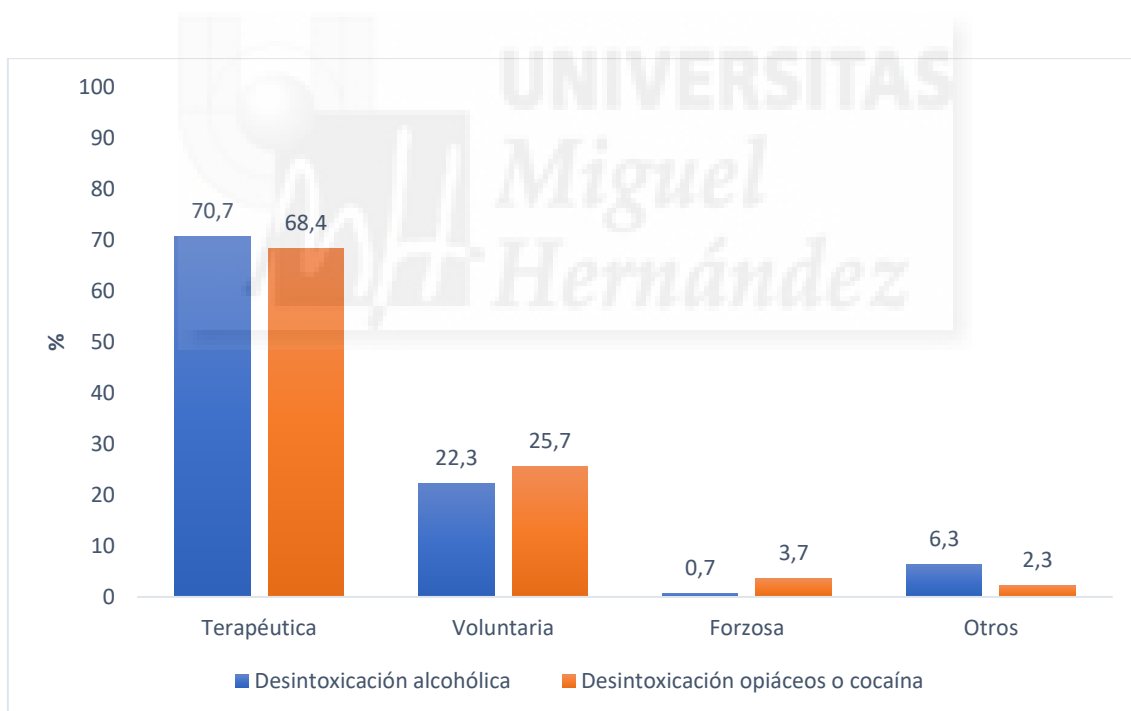


Figura 15. *Distribución de los usuarios UDH por tipo de alta y dependencia. 1989*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Memorias PNSD 1989.

Otro aspecto que merece ser objeto de detenido análisis es el relativo a los diferentes recursos que derivaban a los usuarios a las UDH. Ambos grupos tenían un porcentaje residual proveniente de atención primaria, sin embargo, los usuarios de drogas no alcohólicas fueron derivados en su mayor parte por centros específicos de atención a las drogodependencias o de salud mental, mientras que en el caso de los usuarios que realizaban las desintoxicaciones alcohólicas solían ser derivaciones del propio centro hospitalario. Esto va en concordancia con lo anteriormente expuesto de la inicial orientación de la red de drogodependencias para la atención casi exclusiva de los heroínómanos.

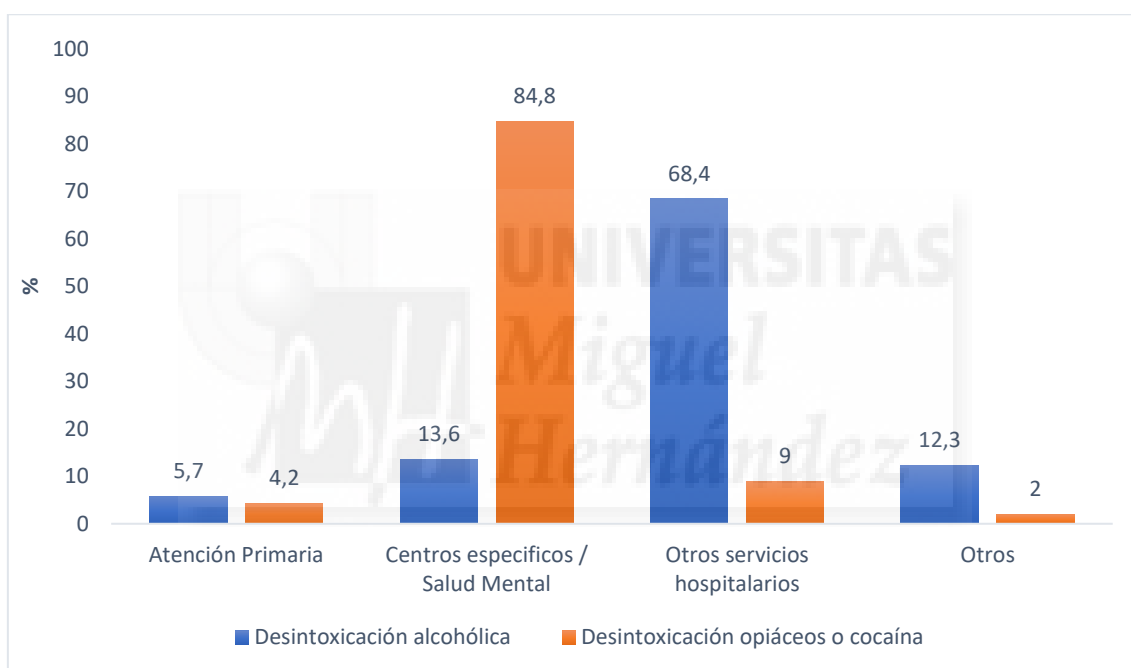


Figura 16. Distribución de los usuarios UDH por recurso derivación. 1989

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Memorias PNSD 1989.

Desafortunadamente, las memorias de los años posteriores no continuaron por mucho tiempo ofreciendo un perfil descriptivo del usuario de las UDH tan completo como el de 1989. La memoria del año 1990 ofreció un análisis similar al descrito, sin que se encontraran diferencias significativas entre los dos años. Sin embargo, a partir de 1991 las memorias publicadas dejan de publicar análisis completos de los usuarios atendidos en las UDH. La última publicación⁽²³⁾ del PNSD, en referencia a la atención prestada en las UDH,

recoge que en las 43 UDH notificadas en 2013 se atendieron a 3353 usuarios, dando la información detallada por cada Comunidad Autónoma. Sin embargo, no facilita información del tipo de sustancia por el cual se realizó el tratamiento, tipo de alta, ni demás variables.

1.4.2 Descripción de los trabajos publicados en España

En la búsqueda bibliográfica se han encontrado escasos estudios realizados en nuestro país que analicen la variación del perfil del usuario en las UDH, y ninguno que abarque un periodo tan extenso como el que estamos planteando. No obstante, resumiremos los principales trabajos encontrados que nos proporcionan directa o indirectamente información del perfil del usuario de las UDH en España.

En 2002, González-Rodríguez y García-Cabeza⁽⁸³⁾, analizaron de forma retrospectiva los perfiles descriptivos de los usuarios de la UDH del Hospital Psiquiátrico de Madrid, en los años 1994 y 1999, siendo la muestra un total de 142 usuarios de 1994 y 115 usuarios de 1999. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad media de los usuarios, estado civil, nivel formativo y situación laboral. El hecho de un envejecimiento de la población de usuarios se consideró relacionado con la cronificación de las adicciones, entrando en un proceso de recaídas y reingresos, justificándose asimismo con este envejecimiento la modificación del estado civil. Por otra parte, el aumento del nivel educativo y de la proporción de usuarios laboralmente activos, apuntaba a una población de usuarios más integrados en la sociedad. En la Tabla 13 se detallan algunas de las características sociodemográficas que mostraron una variación significativa entre 1994 y 1999.

Tabla 13*Variación en variables sociodemográficas usuarios UDH 1994-1999*

	1994	1999
Edad media	29,1	33,2
Rango	16-48	17-50
Estado Civil		
Soltero	70,4%	53,9%
Casado/en pareja	16,2%	19,1%
Separado/divorciado	12%	25,2%
Viudo	1,4%	1,7%
Formación Académica		
Sin estudios	38%	23,5%
Graduado escolar	47,9%	53,9%
BUP/COU/FP	13,4%	16,5%
Universitarios	0,7%	3,5%
Situación laboral		
En activo	13,4%	20,9%
Parado con subsidio	9,9%	9,6%
Parado sin subsidio	74,6%	55,7%
Incapacitado	2,1%	13,9%

Nota. Fuente: González Rodríguez A, García Cabeza I. Variación del perfil de consumo de sustancias en la unidad de desintoxicación del Hospital Psiquiátrico de Madrid: 1994-1999⁽⁸³⁾.

También resultó evidente, al analizar los dos periodos, la variación de la sustancia consumida. En 1994 la totalidad de los usuarios consumían algún tipo de opiáceo, siendo la desintoxicación más frecuente la del consumo exclusivo de heroína, con casi un 70% del total. En 1999 la heroína aislada deja de ser la sustancia más consumida (18,3%), viéndose superada por la combinación de la misma con la cocaína (25,2%). La diversificación en el número de sustancias consumidas se evidenciaba con el aumento en un 20% de las adicciones a los benzodiazepinas y con la duplicación del número de usuarios consumidores de alcohol.

Un análisis descriptivo más reciente lo constituye el realizado en 2012 en la UDH del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón⁽⁸⁴⁾, aunque limitado al estudio de un periodo de tiempo determinado, sin valorar la evolución temporal. El número de solicitantes de ingreso durante un año fue de 104 usuarios, de los cuales 65 hicieron efectivo el ingreso y 39 no lo llegaron a realizar. Los motivos

para no realizar el ingreso fueron: 23 usuarios (58,97%) no se presentaron el día programado, 11 (28,21%) ya se habían desintoxicado de forma ambulatoria, y 5 (12,82%) se encontraban ingresados en otros centros. De la muestra final que realizaron el tratamiento de desintoxicación, 54 eran varones (83,08%) y 11 mujeres (16,92%). El tóxico consumido por mayor número de usuarios fue el alcohol, con 41,53%, seguido de los opiáceos con 13,85%, cocaína 12,3%, cannabis 3,08, y sedantes 1,54%. La estancia media de ingreso fue de 12,5 días.

En otros trabajos analizados, podemos encontrar breves descripciones del perfil del usuario de la UDH, en estos casos, la descripción del perfil no era un fin en sí mismo, sino que, tratándose de investigar algún hecho en concreto, se hacía imprescindible el análisis previo de las características prevalentes del usuario.

Entre los primeros estudios evaluando los resultados de las UDH en España, tenemos el realizado por San et al en 1989 en Barcelona⁽⁸⁵⁾, en el que para conseguir una muestra de 90 pacientes que realizaban una desintoxicación de heroína, inicialmente seleccionaron 170, debido al alto porcentaje de abandonos del tratamiento (47%). La edad media estuvo en torno a los 23,3 años, con algo más del 80% de hombres.

De los Cobos et al⁽⁸⁶⁾, recopilaron una muestra entre 1987 y 1991 de opiaceodependientes que realizaban un tratamiento de desintoxicación hospitalaria, obteniéndose un total de 275 casos, excluyendo los reingresos y aquellos que no completaron el tratamiento por incumplimiento grave de la normativa. El porcentaje de pacientes que solicitaron alta voluntaria fue del 17,8%. La edad media de la muestra estuvo entre los 25,5 años de los que no finalizaron el tratamiento y los 26,7 años de los que si completaron el tratamiento. El porcentaje de varones fue del 77,8% entre los que completaron el tratamiento y 75,5% los que no. La estancia media entre las altas terapéuticas fue de 13,7 días.

Otro ejemplo de este tipo de trabajos lo tenemos en el desarrollado por Olmos-Espinosa et al⁽⁸⁷⁾, que analizó en 1998 los usuarios remitidos a una UDH, con el propósito de monitorizar la capacidad de continuar abstinentes tras finalizar el tratamiento. El estudio se centró exclusivamente en los adictos a opiáceos,

excluyendo el resto de usuarios y obteniendo una muestra de 32 pacientes. El 88% fueron varones, con una edad media de 33,4 años, soltero o separado (62%), con baja cualificación académica (70%), en situación de paro laboral (56%) y consumidor habitual de otras drogas, además de opiáceos: cocaína (40,6%), benzodiacepinas (9,4%), alcohol (6,3%), politoxicómano (25%). El porcentaje de altas terapéuticas fue del 53,1%.

Gilchrist et al⁽⁸⁸⁾, en el contexto de un estudio para determinar factores relacionados con el abandono de un tratamiento de desintoxicación, recopilaron una muestra de 1228 casos entre 1993 y 2006 en Barcelona. La descripción de la muestra no especifica las diferencias de los usuarios a lo largo del periodo, limitándose a una descripción general. Algunos de los descriptores de la muestra son: mayoría de usuarios policonsumidores, con opiáceos, cocaína y alcohol como drogas principales, 74,5% hombres, 21,5% de abandonos, 1,7% de traslados a otro servicio y estancia media de 12,5 días.

González-Valles et al⁽⁸⁹⁾, realizaron un estudio descriptivo en una muestra de 147 desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas entre 2003 y 2005. Principalmente centrado el trabajo en los valores de laboratorio y las complicaciones orgánicas, una edad media de 46,07 años, 77,6% varones y estancia media de 11,5 días son los principales datos epidemiológicos.

Rivas et al⁽⁹⁰⁾, reunieron en el periodo 1999-2008 una muestra de 680 pacientes que estaban realizando una desintoxicación alcohólica en dos hospitales diferentes de Barcelona. La muestra presentaba un 79,7% de hombres, 43,5 años de edad y una estancia media de 6 días.

En 2008, Ochoa et al⁽⁹¹⁾, analizaron los usuarios a los que se realizaba una desintoxicación de metadona en la UDH del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. La muestra fue de 22 usuarios, 79% varones, con un porcentaje de altas terapéuticas del 95%, la estancia media fue de 10,32 días, con un mínimo de 8 y un máximo de 12. Al contrario de lo esperado, las dosis elevadas de metadona antes del ingreso no se relacionaron con un incremento de la sintomatología de abstinencia, de la estancia media ni de las altas voluntarias.

Analizando otros trabajos más recientes, tenemos el llevado a cabo por Grau-López et al, en la UDH del Hospital Vall d`Hebron⁽⁹²⁾. Con el objetivo inicial

de analizar los factores de riesgos relacionados con una mayor probabilidad de recaída, se analizaron las características de los usuarios desde junio del 2009 hasta octubre del 2010. Con una muestra inicial de 165 pacientes, 15 pidieron el alta voluntaria, otros fueron excluidos por diversos criterios, con lo que la muestra final fue de 108 pacientes. La sustancia principal de ingreso por orden de frecuencia fue: cocaína (46,3%), alcohol (30,6%), opiáceos (11,1%), cannabis (6,5%) y benzodiacepinas (5,6%). El 63,9% consumía más de una sustancia en el momento del ingreso. El 65,7% presentaba antecedentes psiquiátricos.

González-Blas y Sánchez-García⁽⁹³⁾ se centraron en los pacientes sometidos a desintoxicación alcohólica durante el año 2011 en la UDH del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, analizando 65 usuarios. Determinaron una estancia media de 8,24 días, donde un 34% presentaba algún tipo de patología psiquiátrica concomitante.

Sánchez-Berna et al⁽⁹⁴⁾ también se centraron en los solicitantes de desintoxicación alcohólica en la UDH del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, en Granada. Entre enero y diciembre de 2013 analizaron 57 usuarios, de los cuales, un 71,9% eran hombres, edad media de 47 años, el 40,4% presentaba algún tipo de patología psiquiátrica y el 45,6% consumía alguna otra droga.

Vemos como, salvo excepciones^(83,84,95), la descripción del perfil no suele ser el objetivo del estudio, además los trabajos publicados en nuestro país suelen referirse a un periodo de tiempo determinado^(84-90,92,95), siendo raros los que analizan la evolución del perfil en el tiempo⁽⁸³⁾.

En muchas ocasiones, los trabajos están referidos a algún grupo de consumidores de alguna sustancia en particular, heroína⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾, metadona⁽⁹¹⁾, alcohol^(88-90,95), y no suelen contar con muestras amplias.

En anteriores apartados hemos comentado como inicialmente las unidades de desintoxicación hospitalarias fueron ideadas para prestar atención de forma casi exclusiva a los adictos a la opiáceos⁽¹³⁾, secundariamente, los trabajos publicados en los años de la epidemia de la heroína^(83,85,86) muestran como las desintoxicaciones de opiáceos monopolizaban los tratamientos en las UDH. No obstante, el perfil del usuario consumidor de opiáceos de finales de los

80 evoluciona progresivamente, pasando de un perfil de usuario adicto exclusivamente a la heroína, a un aumento del número de sustancias asociadas^(83,84,96).

En la mayoría de los trabajos analizados^(83-92,95,97), la distribución de los usuarios por sexo se mantiene relativamente estable. Salvo excepciones⁽⁹⁸⁾, se objetiva un predominio de los hombres, que representan entre el 74,5% y el 89,4% de los tratamientos.

Las medias de edad encontradas cubren un amplio rango, de entre 23,3 y 44,9 años, aunque los trabajos de finales de los 80 y principios de los 90^(83,85,86), realizados en una población donde predominaban las desintoxicaciones de heroína, tienen una edad media sensiblemente inferior (entre 23,3 y 29,1 años), que los realizados más recientemente (entre 37,7 y 44,9 años), con poblaciones mixtas de alcohol y otras drogas^(92,97,98).

La duración media de los ingresos ha estado entre los 6 y los 13,7 días, aunque los criterios a la hora de determinarla han sido diferentes, ya que algunos trabajos⁽⁸⁷⁾ incluyen en el cálculo a los que no finalizaron el ingreso con un alta terapéutica, otros investigadores no los incluyen^(83,91,98), en algunos estudios no se especifica^(84,89,90) y pocos trabajos ofrecen por separado la estancia media de los que finalizaron o no el tratamiento^(86,88).

Los mayores porcentajes de fracasos del tratamiento de desintoxicación se alcanzaron en los trabajos más antiguos, donde las muestras estaban compuestas exclusivamente por desintoxicaciones de heroína⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾. Por el contrario, los mejores resultados lo han alcanzado los trabajos más recientes, con una muestra heterogénea y con mayor proporción de desintoxicaciones alcohólicas^(88,98).

Los diferentes criterios a la hora de seleccionar la muestra, la ausencia de comparaciones temporales, así como la falta de continuidad seleccionando las variables, hace que los resultados de los diferentes trabajos sean difícilmente comparables entre sí. Esta falta de criterios comunes que nos permitan las comparaciones y la ausencia de trabajos que se hayan desarrollado con amplias muestras de largos periodos, hace que sea muy complicado describir cual ha

sido la evolución de los usuarios atendidos en las UDH en España a partir de la creación del Plan Nacional Sobre Drogas.

1.4.3 Éxito y Fracaso del tratamiento de desintoxicación

En la búsqueda bibliográfica resulta relativamente frecuente encontrar trabajos que hayan estudiado los resultados de diferentes modalidades de tratamiento ambulatorios o en régimen de internamiento con larga estancia, siendo menos frecuentes los que se realizan en el ámbito de las desintoxicaciones hospitalarias^(79,99,100). Sin embargo, hemos considerado, al igual que otros autores^(86,101), que los resultados procedentes de diferentes modalidades terapéuticas, como son los centros de larga estancia, programas de tratamiento ambulatorio y unidades de desintoxicación hospitalaria, son difícilmente comparables entre sí.

Si nos centramos en los estudios que analizan las características de los usuarios que realizan un tratamiento de desintoxicación hospitalaria, encontramos que frecuentemente lo hacen buscando los factores relacionados con las posibilidades de no finalizar el tratamiento o de reingresar en un periodo de tiempo determinado⁽¹⁰²⁻¹⁰⁴⁾. Particularmente, el hecho de estudiar el haber finalizado o no el tratamiento de desintoxicación y el estudio de las diferencias entre los dos grupos, los que finalizan y los que no, ha sido tema recurrente de análisis^(86,88,99,101,102,105-107).

En esta línea, si analizamos esos trabajos, vemos que la proporción de usuarios que llegan a finalizar con éxito un tratamiento de desintoxicación hospitalario cubre un amplio rango, entre 35%-85%, aunque los porcentajes son sensiblemente superiores en las poblaciones donde se han analizado desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas 67%-87%^(102,107-110), que en desintoxicaciones de otras drogas 35%-82%^(86,88,99,101,105,106,108,111-114).

Uno de los factores que divide prácticamente cualquier población y que ha presentado resultados contradictorios en diferentes trabajos es el sexo del usuario, mayormente no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo^(86,88,99,101,102,107,114), aunque algunos trabajos

relatan una mayor proporción de éxitos (el éxito entendido como la finalización del tratamiento con un alta terapéutica) en los varones, sin llegar a ser estadísticamente significativa^(86,106). Son pocos los investigadores que refieren haber encontrado significación estadística en el sentido de una mayor cantidad de altas terapéuticas en los varones^(101,105).

El estudio de los diferentes grados de éxito, según la sustancia que se está desintoxicando, es uno de los más recurrentes análisis que hemos encontrado. Una característica, ya encontrada por otros autores^(88,101), es que suelen presentarse resultados donde se han analizado desintoxicaciones alcohólicas o desintoxicaciones de sustancias ilegales, siendo menos frecuentes los análisis de poblaciones mixtas.

El número de drogas no se ha encontrado significativamente relacionado, por sí mismo, con una mayor probabilidad de abandono del tratamiento⁽¹⁰¹⁾.

La desintoxicación de opiáceos parece ser el factor que con más frecuencia se ha encontrado estadísticamente relacionado^(88,101,102,105,108), sugiriendo que aquellos usuarios que están realizando una desintoxicación de opiáceos, tienen un riesgo muy superior que los que realizan una desintoxicación de alcohol u otras drogas.

Asimismo, dentro de las desintoxicaciones de opiáceos, las desintoxicaciones de heroína tienen peor pronóstico que las de metadona o codeína⁽¹⁰⁶⁾. Otros estudios^(86,107) han encontrado el uso concurrente de amfetamina, cannabis, cocaína o benzodiacepinas como factores asociados a un mayor riesgo de fracaso del tratamiento.

Trabajos realizados en poblaciones donde la prevalencia del consumo de opiáceos es relativamente baja, en comparación con otras sustancias⁽⁷²⁾, han encontrado en el uso de la cocaína, en la modalidad de cocaína base (crack), como el principal factor de riesgo entre los derivados de la sustancia de abuso⁽¹¹⁴⁾.

En los trabajos donde se han examinado poblaciones mixtas de desintoxicaciones de alcohol y otras drogas, se ha encontrado la desintoxicación de alcohol como factor asociado a mayor probabilidad de alta terapéutica^(99,102).

En las desintoxicaciones alcohólicas, aquellas que tienen asociado el consumo de otras sustancias, como heroína, cocaína, cannabis y benzodiazepinas, tienen mayor proporción de fracasos en el proceso^(86,107).

La edad del usuario es otros de los factores que ha sido ampliamente referido. Aquellos estudios que han encontrado una relación estadísticamente significativa, ha sido en el sentido de que los casos donde se ha producido un alta no terapéutica, suelen ser más jóvenes^(99,105,107,111). Otros autores han encontrado que la edad del usuario es un factor en los usuarios más jóvenes, dejando de ejercer alguna influencia a partir de los 28 años⁽¹⁰⁶⁾. En algún trabajo no se ha encontrado una relación entre la edad y el éxito o fracaso del tratamiento⁽¹¹⁴⁾.

En cuanto al hecho de contar con ingresos previos, se han encontrado resultados contradictorios. Algunos trabajos no han encontrado significación estadística⁽⁸⁵⁾, otros en cambio la han encontrado como factor de riesgo, refiriendo que un mayor número de tratamientos previos, aumentan las posibilidades de fracaso^(102,109), o como un factor protector, en el sentido que los tratamientos previos aumentan las opciones de éxito⁽¹¹¹⁾.

Tan sólo hemos encontrado dos trabajos que hayan establecido la diferencia entre tratamientos previos que hayan sido completados satisfactoriamente y los que no. En uno de ellos no se encontró relación estadísticamente significativa en ninguno de los dos casos⁽⁹⁹⁾, mientras que el otro trabajo encontró una relación estadísticamente significativa en el hecho de que anteriores fracasos en desintoxicaciones hospitalarias predispone en el sentido de volver a fracasar⁽¹¹⁰⁾.

Un factor que, aunque no ha sido documentado en muchos trabajos, sí que ha tenido una relación estadísticamente significativa, es el tener planificado un tratamiento posterior de media o larga estancia⁽¹⁰⁶⁾, que se ha encontrado relacionado como un factor protector del fracaso.

Si bien algunos trabajos han encontrado en determinadas poblaciones asociaciones estadísticamente significativas relacionadas con la raza^(99,102,108), consideramos estos resultados difícilmente extrapolables de una población a otra, por las diferentes composiciones de la misma.

1.5 Particularidades de la provincia de Santa Cruz de Tenerife

1.5.1 Geografía

La Comunidad Autónoma de Canarias está constituida por las siete islas que forman el archipiélago canario: Tenerife, Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote, La Palma, La Gomera y El Hierro. La superficie total de las Islas Canarias es 7446 Km, con una población de 2.101.924 habitantes. La economía de las Islas Canarias se caracteriza por ser una región tradicionalmente agrícola, que en las últimas décadas ha experimentado un desarrollo principalmente en el sector servicios, representado por el turismo⁽¹¹⁵⁾.

La Comunidad Autónoma se divide en dos provincias: Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria. La provincia de Santa Cruz de Tenerife está compuesta por las islas de Tenerife, La Palma, La Gomera y El Hierro, contando con una población de 1.004.124 habitantes en 2016⁽¹¹⁶⁾. El 88,7% de la población de la provincia se encuentra concentrada en la isla de Tenerife, correspondiendo a la isla de La Palma el 9%, mientras que las islas de La Gomera y El Hierro representan una proporción marginal de la población.

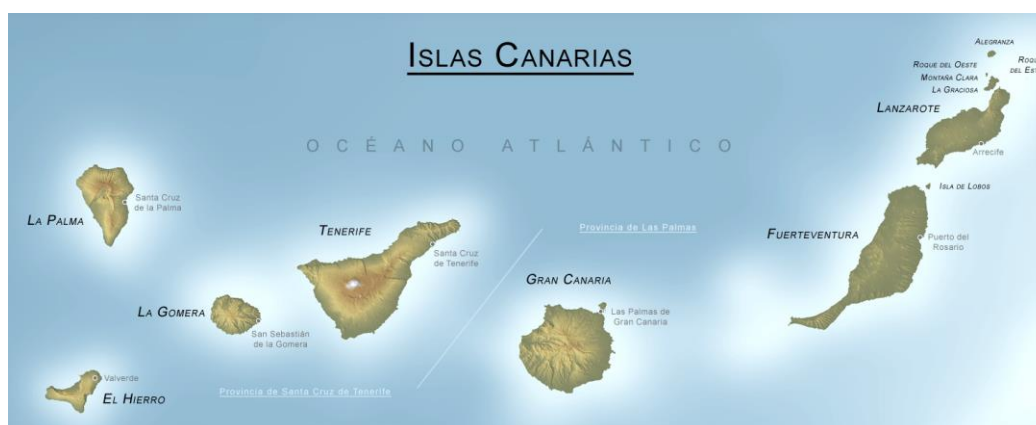


Ilustración 1: Comunidad Autónoma de Canarias

Fuente: Wikipedia, La enciclopedia libre⁽¹¹⁷⁾.

La isla de Tenerife se divide en 31 municipios, aunque con una distribución muy irregular en cuanto a la población y economía. Podemos distinguir tres zonas diferenciadas:

- **Zona Metropolitana:** Compuesta principalmente por las ciudades de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, que son el primer y segundo municipio en población, y en su conjunto suponen el 37,4% de la provincia. Esta zona se caracteriza por ser el centro urbano, concentrándose la mayoría de los organismos públicos y la actividad industrial de la isla.
- **Zona Norte de Tenerife:** Compuesta por diversos municipios de población mayoritariamente rural. Esta zona se caracteriza por ser la más fértil de la isla, el sector agrícola (principalmente vinícola y cultivo de plátanos) adquiere gran importancia.
- **Zona Sur de Tenerife:** Esta zona se caracteriza por ser la más cálida de la isla, terreno árido y menos propicio para la agricultura, es donde se ha producido la mayoría del desarrollo turístico de la isla.

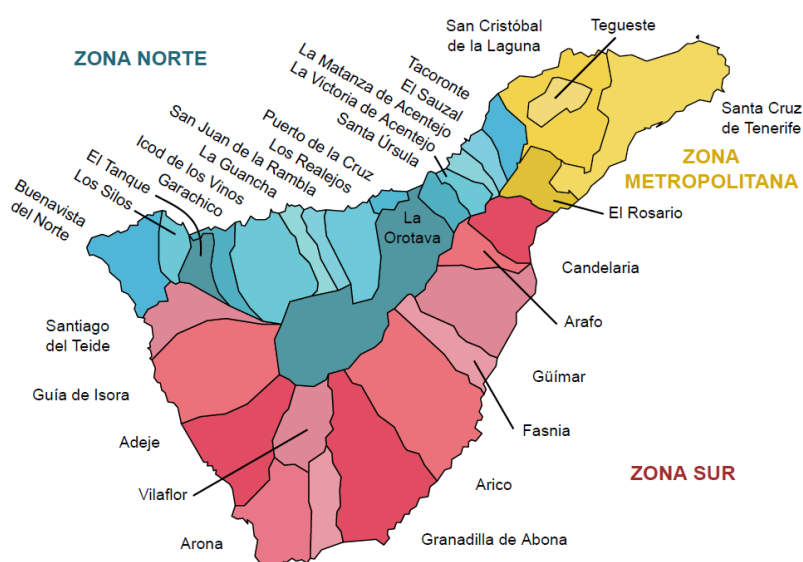


Ilustración 2: Municipios de la isla de Tenerife
Fuente: Wikipedia, La enciclopedia libre⁽¹¹⁸⁾.

Las islas de El Hierro y La Gomera representan en su conjunto el 3% de la población de la provincia, sustentándose en un modelo socio-económico tradicional y rural, con el sector primario como principal fuente de ingresos. Por su parte, la isla de La Palma la podemos considerar un modelo mixto, sin llegar a tener un centro urbano comparable al de Tenerife.

1.5.2 Evolución de la población

La población en la provincia de Santa Cruz de Tenerife ha experimentado un importante incremento en las últimas décadas. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽¹¹⁶⁾, en julio de 1987 la población de la provincia era de 704.460 habitantes. En julio de 2016, 30 años después, se habían incrementado a 1.029.557 habitantes.

En relación a la proporción entre hombres y mujeres, la ratio de masculinidad siempre ha sido inferior a 100, es decir, que ha habido más mujeres que hombres⁽¹¹⁶⁾. Esa diferencia ha ido en aumento desde 2007, de tal forma que, según el INE en 2016, por cada 100 mujeres hay 97,8 hombres.

En cuanto a la edad media, se ha producido un significativo envejecimiento poblacional en ambos sexos por igual. La edad media en 1987 era de 31,61 años en los hombres y 33,75 años en las mujeres, mientras en 2016 los hombres presentaron una media de 41,38 y las mujeres 43,1 años.

1.5.3 Introducción a los Planes Autonómicos sobre Drogas

Como ya hemos visto anteriormente, las políticas y acciones llevadas a cabo por el estado español en materia de drogodependencias no fueron eficazmente coordinadas hasta el desarrollo del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) en 1985. Posterior a la creación del PNSD, las Comunidades Autónomas desarrollaron sus medidas y planes específicos, siendo pioneras Andalucía, Asturias y Madrid (1985), Galicia y La Rioja (1986) y Cantabria y Castilla-La Mancha (1987)⁽¹¹⁹⁾.

Los Planes Autonómicos, aunque coordinados por las estrategias marcadas a nivel nacional, han venido mostrando peculiaridades que los diferencian entre sí. Estas diferencias entre las Comunidades Autónomas a la hora de desarrollar sus actividades en materia de drogodependencias dificulta en gran medida el poder comparar y evaluar los distintos Planes Autonómicos, ya que se han tenido en cuenta objetivos e indicadores diferentes para cada uno de ellos⁽¹²⁰⁾. Otro aspecto diferenciador es la variabilidad del periodo por el que se planifica la política de drogas en cada comunidad, que suele oscilar entre 3 y 8 años, y asimismo varía la Consejería de la que depende⁽¹¹⁹⁾.

Para su normal desarrollo, los Planes Autonómicos sobre Drogas necesariamente tienen que relacionarse con otros sectores, generalmente en forma de convenios y comisiones, aunque no existe homogeneidad en la manera de llevarlo a cabo por cada Comunidad Autónoma⁽¹²⁰⁾. Mención especial se merecen las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que durante los años setenta y ochenta desarrollaron una importante labor, al gestionar los primeros recursos ante la demanda y el problema de salud pública que supuso la epidemia de la heroína. Con el paso de los años, estas ONG han crecido en número y se han organizado en federaciones, llevando a cabo de forma habitual y mediante el desarrollo de convenios y subvenciones, tareas fundamentales en la atención a las drogodependencias, interviniendo principalmente en la parte asistencial, aunque también en prevención y acciones sociales^(119,120).

Siguiendo los pasos de otras Comunidades Autónomas y conforme al Plan Nacional sobre Drogas, el Gobierno de Canarias, por Decretos 252/1991, de 3 de octubre, y 18/1992, de 7 de febrero, creó la Dirección General de Atención a las Drogodependencias y la Comisión Coordinadora de Atención a las Drogodependencias, respectivamente.

La aprobación del I Plan Canario sobre Drogas no sería hasta 1994, mediante el Decreto 230/1994, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Plan Canario sobre Drogas durante el trienio 1995-1997⁽³⁷⁾. Actualmente se encuentra vigente el III Plan Canario sobre Drogas, dependiente de la Dirección General de Salud Pública⁽⁷⁵⁾.

1.5.4 III Plan Canario sobre Drogas

El Gobierno de Canarias, en sesión celebrada el día 1 de julio de 2010, aprobó el III Plan Canario sobre Drogas⁽⁷⁵⁾, con una vigencia 2010-2017. Dicho Plan se autodefine, en su artículo 24, como el *“instrumento para la planificación y ordenación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias.”*

El III Plan es vinculante para todas las administraciones públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogadicción, siendo la población destinataria todas las personas residentes en Canarias. Para dar respuesta a los objetivos planteados, el citado Plan se estructura en seis áreas de actuación:

1. Área de prevención y sensibilización.
2. Área de tratamiento e integración social.
3. Área de formación.
4. Área de investigación y evaluación.
5. Área de coordinación y participación.
6. Área de reducción de la oferta.

No obstante, la explicación del desarrollo de todas las áreas de trabajo e influencia del III Plan Canario superaría con creces la extensión recomendable del presente apartado, por lo que nos centraremos en lo que directamente atañe al presente trabajo, el área de tratamiento, y más específicamente, en los recursos específicos de atención a las drogodependencias.

Uno de los principales problemas que afectan a Canarias en las políticas y acciones en materia de drogodependencias (y en prácticamente cualquier política pública) es la necesidad de tener que adaptarse a un territorio fragmentado, evidenciándose desigualdades en los diferentes territorios. Sirva como ejemplo la formulación del apartado 3.3 del citado Plan:

“En la isla de Gran Canaria, el 60% de los programas asistenciales especializados no hospitalarios están conveniados con Organizaciones no

Gubernamentales (ONGs) o Fundaciones, y el 40% con los Ayuntamientos de la Isla. El 60% de la oferta asistencial en esta isla se ubica en la capital.

En Tenerife, la atención está conveniada con Organizaciones no Gubernamentales y Fundaciones. La ubicación de los servicios se concentra en la zona metropolitana y en la zona norte.

En las islas de Fuerteventura, de Lanzarote y de La Palma el tratamiento de las drogodependencias es conveniado íntegramente con los Cabildos Insulares.

En la isla de La Gomera, la oferta está gestionada por el Servicio Canario de Salud, a través de la Unidad de Salud Mental, en colaboración con la Dirección General de Atención a las Drogodependencias.

El Hierro no cuenta actualmente con atención específica en drogodependencias, realizándose está a través del Cabildo Insular y el Servicio Canario de la Salud.

III Plan Canario sobre Drogas.”

Aunque actualmente se encuentra prevista la atención específica a las drogodependencias dentro de las islas de La Gomera y El Hierro, lo cierto es que aún persisten desigualdades en el acceso a los servicios entre islas y municipios de la Comunidad Autónoma⁽¹²¹⁾. La dependencia de diferentes ONG o a los Cabildos Insulares, según la isla, establecen diferencias estructurales en los servicios prestados a la población.

1.5.5 Recursos específicos atención a las drogodependencias

Como hemos comentado con anterioridad, los recursos de atención a las drogodependencias existentes en la Comunidad Autónoma están recogidos dentro del III Plan Canario sobre Drogas, y más específicamente, dentro del área de tratamiento y reincorporación social. Inicialmente, la atención es prestada a dos niveles:

1. **Nivel General o Universal:** Compuesto por los equipos de atención primaria del Servicio Canario de Salud y los servicios sociales dependientes de la administración local, insular o autonómica.

2. **Nivel especializado de atención a las drogodependencias:** Prestaciones especializadas a personas con trastornos adictivos. Dentro de este nivel, se recogen los siguientes tipos de recursos:
 - a. **Unidades de Atención a las Drogodependencias:** *“Son centros o servicios de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación y deshabituación. Se constituyen como dispositivo de referencia del modelo”* ⁽⁷⁵⁾.

 - b. **Unidades de Desintoxicación Hospitalaria:** *“Son los recursos que, dentro de un Centro Hospitalario, se destinan a los tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieran”* ⁽⁷⁵⁾.

 - c. **Unidades Semiresidenciales de Atención a las Drogodependencias:** *“Son centros que, en régimen de estancia de día, y por un tiempo determinado, realizan tratamientos de deshabituación e incorporación social, mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios y las usuarias, con el fin de facilitar su integración”* ⁽⁷⁵⁾.

 - d. **Unidades Residenciales de Atención a las Drogodependencias;** *“Son unidades de tratamiento residencial en régimen de internamiento, por un tiempo determinado, que realizan deshabituación, e incorporación social mediante terapia psicológica y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios y las usuarias, con objeto de facilitarles su integración”* ⁽⁷⁵⁾.

- e. Unidades Ambulatorias de Farmacia:** “*Son los servicios que prestan atención farmacéutica a los usuarios de las unidades (ambulatorias, residenciales y semiresidenciales)*” ⁽⁷⁵⁾. Entre los servicios prestados se incluye la preparación y dispensación de metadona, así como la determinación de drogas en orina.

Los cinco tipos de recursos o dispositivos, definidos por el III Plan Canario, conforman un circuito terapéutico que interactúa constantemente mediante el empleo de un sistema de comunicación específico (Programa Cedro), diferenciado del empleado por el Servicio Canario de Salud.

En la provincia de Santa Cruz de Tenerife existe un número variado de Unidades Ambulatorias, Unidades Residenciales (Comunidades Terapéuticas), Semiresidenciales (Centros de Día) y Unidades de Farmacia, estando gestionadas todas ellas por distintas ONG, Fundaciones y Cabildos Insulares (Anexo 1).

Sin embargo, la única Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) existente en la provincia es la UDH del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, gestionada por el Servicio Canario de Salud, aunque integrada dentro de la Red de Drogodependencias.

1.5.6 Asociaciones y fundaciones de la provincia de Santa Cruz de Tenerife

Como hemos comentado en apartados anteriores, el modelo de atención a las drogodependencias en nuestro país ha estado fundamentado en gran medida en la labor llevada a cabo por ONG y Fundaciones privadas^(119,120).

Actualmente, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, son estas ONG y Fundaciones las que, por medio de convenios y subvenciones, gestionan la mayoría de los recursos de la red asistencial. En el presente apartado, describiremos las principales organizaciones que desarrollan su función en la provincia.

Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel

Hablar de drogodependencias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife implica hablar necesariamente de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (ACJ San Miguel). Se trata de una organización no gubernamental (ONG), sin ánimo de lucro, de carácter privado y subvencionada por el Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Salud Pública⁽¹²²⁾.

La ACJ San Miguel fue fundada en 1976 por Dácil Vilar Borges, que fue hasta su fallecimiento en 1990, una de las principales impulsoras de la acción social en Tenerife⁽¹²³⁾. La asociación, pionera en Canarias en la intervención en drogodependencias, ha sido reconocida por ello con el premio Reina Sofía. En 1981 abrió en Santa Cruz de Tenerife el que sería el primer Centro Ambulatorio de Atención a las Drogodependencias de la provincia (actualmente UAD de Santa Cruz).

En la actualidad la ACJ San Miguel gestiona una amplia red de recursos y de programas de atención a las drogodependencias:

- 4 Unidades ambulatorias de Atención a las Drogodependencias (UAD) ubicadas en el centro metropolitano de Tenerife: UAD de Santa Cruz, UAD de La Laguna, UAD de Ofra y UAD de Añaza.
- 3 Servicios de Farmacia y Dispensación de Metadona, ubicados en las ciudades de Santa Cruz y La Laguna.
- 1 Centro Semiresidencial (centro de día Cercado del Márquez), ubicado en la ciudad de La Laguna.
- Proyecto Fénix: Programa de intervención integral en drogodependencias en el Centro Penitenciario Tenerife II, que se desarrolla desde 1992 con la población penitenciaria.

El área de influencia de la ACJ San Miguel comprende toda el área metropolitana de la isla de Tenerife, compuesta por las ciudades de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna. La asociación atendió, durante el año 2015, 2685 usuarios en los centros ambulatorios, 1213 en los programas con

metadona, 81 en el centro de día “*Cercado del Márquez*” y 79 internos penitenciarios en “*Proyecto Fénix*”⁽¹²⁴⁾.

Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias

La Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD) es una asociación civil de carácter privado y sin ánimo de lucro cuyo objetivo es la prevención de las drogodependencias y el tratamiento e inserción social de dichos pacientes, subvencionada por el Gobierno de Canarias a través de la Dirección General de Salud Pública⁽¹²⁵⁾.

ANTAD fue fundada en 1993, comenzando en 1994 a gestionar tres centros ambulatorios de atención a las drogodependencias (UAD) del norte de la isla de Tenerife. En 1995 comenzó desarrollar el Programa de Mantenimiento con Metadona, en 1997 se hizo cargo de la UAD de Granadilla, en el sur de la isla, así como de la Comunidad Terapéutica de Las Crucitas (que había sido inaugurada en 1994). En 2010 comenzó a realizar servicios en las islas de La Gomera y El Hierro mediante programas itinerantes una vez por semana (La Gomera) o por solicitud de las administraciones públicas de la isla (El Hierro).

En la actualidad, ANTAD es la segunda asociación en número de usuarios atendidos (más de 2000 al año) contando para ello con una red de recursos cuya área de influencia cubre 24 de los 31 municipios de Tenerife, desarrollando además los programas itinerantes en las islas de La Gomera y El Hierro.

- 5 Unidades Ambulatorias de Atención a las Drogodependencias:
 - UAD Puerto de la Cruz.
 - UAD La Matanza.
 - UAD Los Realejos.
 - UAD Icod de los Vinos.
 - UAD Granadilla.

- 2 centros de Servicio de Farmacia y Laboratorio (SFL) donde se realiza la preparación y dispensación de metadona, así como análisis metabolitos de drogas.

- SFL Granadilla.
 - SFL Puerto de la Cruz.
- 1 Comunidad Terapéutica: Las Crucitas.

Asociación Proyecto Hombre

La Asociación Proyecto Hombre tiene una larga historia de expansión internacional y metodología propia de trabajo, cuya descripción superaría con creces los objetivos del presente apartado. Se puede consultar la bibliografía⁽¹²⁶⁻¹²⁸⁾ para entender la auténtica dimensión de Proyecto Hombre en el mundo.

El 20 de agosto de 1984 se abrió el primer centro de Proyecto Hombre en Madrid, comenzando una expansión por toda la geografía nacional, creándose hasta 27 centros en distintas Comunidades Autónomas. Los presidentes de los centros existentes se asociaron en 1989 para garantizar una metodología y filosofía comunes que preservara la identidad de Proyecto Hombre y la calidad de la intervención, surge así la Asociación Proyecto Hombre. Cada uno de los 27 centros de Proyecto Hombre conserva su autonomía propia, siendo totalmente independientes, salvo porque pertenecen a la misma asociación y comparten una filosofía⁽¹²⁸⁾.

Proyecto Hombre Canarias⁽¹²⁹⁾ se define como una “*fundación privada sin ánimo de lucro, aconfesional y apartidista; dedicada desde 1990 a desarrollar Programas de Prevención y Atención a las adicciones y exclusión social en Canarias*”.

En la provincia de Santa Cruz de Tenerife, Proyecto Hombre cuenta con su propia red de atención a las drogodependencias⁽¹³⁰⁾, contando con unidades ambulatorias de atención, centros residenciales y semiresidenciales. Según los datos facilitados por la Asociación Proyecto Hombre en su memoria anual⁽¹³⁰⁾, durante 2015 atendió un total de 207 personas en centro ambulatorio, 78 usuarios en el programa residencial (CT Itaca) y 54 adolescentes en el programa específico (Proyecto Nova).

Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías

La Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías⁽¹³¹⁾ es un entidad sin ánimo de lucro, que viene desarrollando labores de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en la isla de La Palma desde el año 1982, siendo la única asociación que opera en dicha isla.

La asociación es gestionada por el Cabildo Insular de La Palma y subvencionada por la Consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública. Considerando que la población de influencia de la asociación palmera no llega al 9% del total de la provincia, es comprensible que el número de usuarios atendidos sea sensiblemente inferior al de otras ONG de la provincia.

La Asociación Palmera realiza sus funciones a través de tres Unidades Ambulatorias de Atención a las Drogodependencias (UAD), incluyendo programa de mantenimiento con metadona:

- UAD de Los Llanos de Aridane.
- UAD de San Andrés y Sauces.
- UAD de Santa Cruz de La Palma.

Proyecto Drago

Cáritas Diocesana de Tenerife, a través del programa Proyecto Drago⁽¹³²⁾, gestiona la única Unidad Ambulatoria de Drogodependencias especializada en alcoholismo de la provincia. Este programa, ubicado en Santa Cruz de Tenerife, está subvencionado por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Salud Pública. El surgimiento del programa lo encontramos en 1998, a partir de los comedores sociales que gestionaba la entidad, centrándose actualmente en la deshabituación y rehabilitación alcohólica de los usuarios. Según el informe anual de la entidad, durante el año 2015 se atendieron 203 usuarios y 105 familiares.

Es de destacar que, aunque en la provincia de Santa Cruz de Tenerife cuentan con tan solo una UAD, en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria existe mayor variedad de recursos, incluyendo la Comunidad Terapéutica Casa Esperanza, único centro residencial especializado en alcoholismo de Canarias.

1.6 Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

1.6.1 Historia de la Unidad de Desintoxicación

La Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) fue creada en 1987, mediante convenio entre el Gobierno de Canarias, a través de la Dirección General de Salud Pública y el Cabildo Insular de Tenerife. Inicialmente fue denominada Unidad Hospitalaria de Tratamiento de Drogodependientes de Tenerife (UHTD), estando ubicada dentro del Hospital General y Clínico de Tenerife que, a su vez, estaba gestionado por el Cabildo Insular de Tenerife. El número de camas inicialmente habilitadas fueron 6, estando a cargo conjunto de los servicios de Psiquiatría y de Medicina Interna.

De forma previa a la inauguración, fue acordado un “*Régimen de Funcionamiento*” (Anexo 2), con la colaboración del equipo regional para el Plan Nacional sobre Drogas, el equipo terapéutico de la UHTD, la Dirección General de Salud Pública y los profesionales de los Centros Ambulatorios de drogodependencias. Se establecieron los primeros objetivos específicos de la UHTD:

- *“La desintoxicación farmacológica (tratamiento de la dependencia física).*
- *Introducción de un programa conductual tendente a modificar las conductas y estilo de vida del drogodependiente, iniciándolo en la deshabitación.*
- *Estudio y tratamiento de las complicaciones orgánicas asociadas.*
- *Estudio de los factores psicológicos y sociales que puedan haber favorecido el inicio del consumo y puedan tener interés pronóstico. “*

Este primer régimen de funcionamiento también estableció unos iniciales criterios de admisión de los usuarios, como eran el “*tener la firma y voluntaria intención de abandonar la toxicomanía*” y “*...no estar coartados en su libre decisión de acometer el tratamiento*”.

El ingreso se realizaba de forma programada, para lo cual se tenían que cumplir, entre otros, los siguientes requisitos:

- a) *“Haber realizado previamente algún tratamiento de desintoxicación ambulatoria.*
- b) *Haber realizado previamente una serie de consultas programadas a nivel dispensarial.*
- c) *Haber asistido a todas las visitas programadas con anterioridad al ingreso fijado por el equipo terapéutico.*
- d) *Existencia de coordinación con un programa de deshabituación, que ofrezca las garantías necesarias de continuar con el trabajo realizado en la unidad”.*

Otros aspectos recogidos en el citado régimen de funcionamiento eran la ineludible firma previa de un Contrato Terapéutico, el régimen de aislamiento (sin visitas ni llamadas) durante todo el tratamiento, la sanción en caso de alta voluntaria o disciplinaria y la estimación de una estancia de 15 días.

En agosto de 1987 se realizarían las primeras entrevistas e ingresos en la Unidad de Desintoxicación, el número de camas permanecería constante hasta 2003, cuando se ampliaría a ocho camas. A lo largo de los siguientes 30 años, el protocolo de funcionamiento ha sido modificado y actualizado en varias ocasiones, aunque permaneciendo invariables sus principios básicos.

La UHTD sería la única Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de la Comunidad Autónoma hasta 1992, cuando se abrirían las UDH de Gran Canaria y Lanzarote. Posteriormente, en 1999 se cerraría la UDH de Gran Canaria, por lo que se volverían a recibir solicitudes de toda Canarias hasta la reapertura de la UDH del Hospital Doctor Negrín, en Las Palmas de Gran Canaria.

En la actualidad, el antiguo Hospital General y Clínico de Tenerife, dependiente del Cabildo Insular, ha pasado a denominarse Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, integrándose plenamente en el Servicio Canario de Salud a partir del 1 de enero de 2009.

1.6.2 Ubicación física y equipo terapéutico

La UDH está ubicada actualmente en la primera planta del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Antiguo Hospital General y Clínico de Tenerife), en el municipio de San Cristóbal de La Laguna, en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.



Ilustración 3: *Ubicación de la UDH en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias*

Fuente: Elaboración propia.

La disponibilidad actual de la Unidad es de ocho camas, repartidas en cuatro habitaciones dobles con baño, una sala-comedor, donde se desarrollan gran parte de las actividades de la unidad (comidas, sesiones de educación, reuniones y actividades lúdicas) y terraza común (habilitada para fumar). Además, cuenta con un office, un despacho médico, un despacho de enfermería, un almacén y un baño/vestuario para el personal.

El equipo terapéutico de la UDH está compuesto por: 1 Médico Especialista en Psiquiatría, 1 Médico Especialista en Medicina Interna y 8 Enfermeros Especialistas en Salud Mental. Además, la UDH colabora con la Unidad Multiprofesional de Formación Sanitaria Especializada por lo que,

durante algunos periodos, cuenta con personal interno residente (MIR de Psiquiatría y Medicina Interna y EIR de Enfermería de Salud Mental).



Ilustración 4: *Estructura física de la UDH*

Fuente: Elaboración propia.

1.6.3 Procedimiento de acceso

Actualmente el protocolo de acceso a la UDH está definido por el Protocolo de derivación a Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Canarias, desarrollado por el Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias, dependiente de la Dirección General de Salud Pública (Anexo 3).

En la UDH se reciben actualmente solicitudes de usuarios procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, aunque excepcionalmente se reciben usuarios desde Las Palmas de Gran Canaria. El ingreso se debe realizar de forma ineludible mediante una propuesta emitida (previa solicitud voluntaria del usuario) por el equipo terapéutico de una Unidad Atención Drogodependencias (UAD) de la Comunidad Autónoma.

Las solicitudes de ingreso entrarán en lista de espera, siendo el equipo terapéutico de la UDH el que gestionará esta lista, mediante la aplicación de los criterios de priorización establecidos. El primer contacto con el usuario se realiza generalmente por vía telefónica, con la finalidad de concertar una cita presencial para la realización de la entrevista previa. En caso de que el usuario no acuda

de forma consecutiva a tres citas de entrevista se retirará la solicitud, previo acuerdo con la UAD de referencia.

La entrevista previa, realizada por un enfermero especialista en salud mental, tiene como objetivos el valorar la situación del usuario, informarle del tratamiento a realizar y de la normativa aplicable. El usuario deberá aceptar y firmar el Contrato Terapéutico (Anexo 4), entregándosele en ese momento la Hoja Informativa (Anexo 5). Cuando se prevea la disponibilidad de cama, se contactará nuevamente con el usuario para establecer la fecha de ingreso.

Una excepción al citado protocolo la constituyen los usuarios que tienen previsto continuar el tratamiento de deshabituación mediante un ingreso coordinado en una Unidad Residencial o Comunidad Terapéutica. Este tipo de recursos establecen como requisito para el acceso la realización de una desintoxicación previa, así como, una completa valoración para descartar la presencia de patología orgánica o psiquiátrica aguda. El lugar establecido para realizar la desintoxicación y valoración previa, es la UDH. En este caso, los equipos terapéuticos de la UDH y de la Comunidad Terapéutica se coordinarán para que el día del alta en la UDH coincida necesariamente con el ingreso en Comunidad.

1.6.4 Criterios de admisión e indicaciones de ingreso

En general, cualquier persona que presente un trastorno por abuso de sustancias es candidato a realizar un tratamiento de desintoxicación en la UDH, aunque deben de reunirse una serie de circunstancias:

- a. El usuario debe manifestar voluntariamente su deseo de realizar la desintoxicación.
- b. Indicación de la necesidad del tratamiento por parte del equipo terapéutico de la UAD de referencia.
- c. Contraindicación de desintoxicación ambulatoria o historia de fracaso de desintoxicaciones ambulatorias previas.
- d. Coordinación, con el recurso emisor y/o receptor, para continuar un tratamiento de deshabituación, tras el alta de la UDH.

- e. Compromiso expreso y firmado de cumplir el contrato terapéutico de la UDH.
- f. No estar en fase aguda de patología psiquiátrica o médica grave.
- g. Tener tarjeta sanitaria activa para acceder al Sistema Sanitario Público.

Son múltiples las situaciones sociales, terapéuticas o relacionadas con el consumo del usuario, que llevan a establecer la conveniencia de un tratamiento de desintoxicación hospitalario, en lugar del ambulatorio. El citado Protocolo de Derivación (Anexo 3) establece algunos usuarios que necesariamente son desintoxicados en la UDH, aunque la práctica habitual aconseja que los usuarios con ciertas características también sean desintoxicados en la UDH:

- a. Usuarios con patologías orgánica asociada (diabetes, hepatopatías, nefropatías, EPOC, epilepsia, etc.).
- b. Usuarios que presentan complicaciones psiquiátricas o psicopatológicas que se encuentran compensados o en remisión con tratamiento. En estos casos, debido al riesgo de desestabilización durante el proceso de desintoxicación, es aconsejable que esta se realice en un entorno controlado y supervisado sanitariamente.
- c. Los usuarios alcohólicos descompensados, ante la situación de riesgo vital que puede suponer el síndrome de abstinencia, deben desintoxicarse en un medio hospitalario.
- d. Usuarios con ingreso coordinado en Comunidad Terapéutica, ante la necesidad de garantizar la superación de la fase de abstinencia física y descartar patología orgánica o psiquiátrica.
- e. Mujeres embarazadas, en el caso de que la dependencia fuera a heroína, la indicación inicial es mantenimiento con metadona durante toda la gestación.

- f. Estabilización de usuarios en Programa de Metadona que mantienen consumos de otras múltiples sustancias (alcohol, benzodíacepinas, cocaína, etc.). En estos casos se puede requerir la reevaluación y adaptación de las dosis de Metadona, para el mantenimiento al alta.
- g. Usuarios con ausencia de apoyo familiar (especialmente menores) o convivientes con personas consumidoras de sustancias, que imposibilitan la desintoxicación ambulatoria.

1.6.5 Objetivos del tratamiento

La formulación de los objetivos, es la establecida en el citado Protocolo de derivación a Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Canarias:

Objetivo General: *“Realizar la desintoxicación completa, parcial o selectiva de sustancias adictivas, en aquellos pacientes cuyas características no permiten una desintoxicación ambulatoria, efectuar intervenciones terapéuticas que requieren un entorno de vigilancia médica y preparar al paciente para garantizar la continuidad del proceso en el retorno del paciente a la red ambulatoria.”*

Objetivos Específicos:

- *“Tratamiento farmacológico de la dependencia física, de manera selectiva, para cada tipo de droga o combinaciones de diferentes drogas.*
- *Tratamiento de las complicaciones orgánicas y psiquiátricas relacionadas con la drogodependencia.*
- *Desarrollo de la motivación, hacia un programa de deshabitación.*
- *Formación y educación sanitaria, promoviendo estilos de vida más saludables e información sanitaria sobre las patologías que con mayor frecuencia afectan a esta población.”*

1.7 Planteamiento y Justificación del estudio

1.7.1 Necesidad de la Investigación en Drogodependencias

Aunque desde hace relativamente bastante tiempo conocemos una parte importante del mecanismo de actuación y los sustratos o mecanismos fisiológicos sobre los que se sustenta el problema de la adicción^(62,133-137), no hemos avanzado tanto en el desarrollo de actividades eficaces para tratarla y disminuir sus efectos nocivos⁽¹³⁷⁾. Inclusive países con alto nivel de desarrollo y costosos sistemas sanitarios, que incluyen servicios públicos de calidad para la atención a las drogodependencias, continúan teniendo problemas crónicos de adicción, enfermedades, criminalidad y problemas sociales derivados del consumo de drogas⁽¹³⁸⁾.

La conciencia de la importancia de la investigación en drogodependencias no es un hecho novedoso, ya en 1988 O'Brien afirmaba^(78,139):

“...for every \$1.00 invested in the treatment of substance abuse, there are cost savings of \$4 to \$12 depending on the type of drug and the type of treatment...”

Aunque la afirmación de O'Brien estaba contextualizada en el modelo de EEUU hace tres décadas y difícilmente podemos extrapolarla al momento y contexto actual, el concepto esencial sigue siendo igualmente válido, investigar en drogodependencias es una excelente inversión.

A nivel mundial prácticamente todas las estrategias y planes sobre drogas reconocen la importancia de la monitorización e investigación sobre drogodependencias, para ayudar a entender mejor todos los aspectos sobre el fenómeno de las drogas. La Unión Europea fue la primera organización intergubernamental en reconocer esta necesidad en su primer plan de acción en 1990, desde entonces cada estrategia de la Unión Europea ha incluido un capítulo de monitorización e investigación^(72,140).

Aunque la Unión Europea fue la primera, no ha sido la única, la investigación en drogas es también una prioridad en América. En la “*Organization of American States*” (OAS) esta labor es desempeñada por la

“*Inter-American Observatory on Drugs*” (OID)^(72,141), que incluye en sus estrategias el desarrollo de la investigación científica. Estrategias africanas y asiáticas⁽⁷²⁾ también reconocen la necesidad de conocer de monitorizar y conocer todos los aspectos relacionados con el uso de drogas.

En España se han realizado grandes avances gracias a los esfuerzos llevados a cabo por el PNSD y el Ministerio de Sanidad para incentivar la investigación en Drogodependencias en nuestro país, dedicando más recursos económicos para la actividad investigadora, tanto desde la Administración Central, como desde las Comunidades Autónomas. La situación ha cambiado, hace diez años se argumentaba que era necesaria una mayor inversión económica para que España equiparara su nivel de investigación a los países de su entorno⁽¹⁴²⁾. En la actualidad, España es el sexto país mundial en número de artículos por detrás de Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Australia y Alemania y con un alto nivel de cooperación internacional: en siete de cada ocho artículos colaboran con un autor de otro país⁽¹⁴³⁾.

En el contexto del ámbito geográfico y legal del presente trabajo, las estrategias europeas, nacionales y planes autonómicos, también reconocen y desarrollan la investigación entre sus objetivos y planes de actuación:

La Estrategia Europea sobre Drogas (2013-2020)⁽¹⁴⁴⁾ define entre sus objetivos:

“Contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones”.

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)⁽²²⁾ establece en el ámbito nacional la política de drogas, enmarcando dentro del eje de la mejora de conocimiento, la investigación en Drogodependencias y formulando como objetivo:

“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 y su prevención y tratamiento» y «potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones.»

El III Plan Canario de Drogas⁽⁷⁵⁾ establece como objetivos del área de investigación y evaluación:

“Conocer y registrar de manera sistemática la evolución del fenómeno del uso de las drogas.”

Queda fuera de toda duda, el consenso entre profesionales e instituciones, de la necesidad de realizar trabajos en el ámbito de las drogodependencias. El objetivo principal debe ser comprender mejor todos los aspectos de este fenómeno, entendiéndolo como un proceso dinámico que evoluciona con el tiempo y que precisa de monitorización constante. Sólo mediante la profunda comprensión del mismo, podremos desarrollar políticas e intervenciones eficaces.

En anteriores capítulos hemos visto como los modelos de asistencia y el consumo de sustancias han evolucionado en España en los últimos treinta años, pero no sabemos tanto sobre cómo han afectado esos cambios en el perfil de los usuarios y en el desarrollo de sus tratamientos en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

Si la bibliografía encontrada, que analiza el perfil de los usuarios que realizan un tratamiento en las UDH en España, no es muy extensa, menor todavía es la que hace referencia a los usuarios que fracasan en su intento y abandonan antes de finalizar el tratamiento y tener el alta terapéutica.

Los estudios encontrados que abordan diferentes aspectos de los usuarios de las UDH suelen tener entre sus criterios de exclusión aquellos que abandonan el tratamiento, por lo que no se publican sus datos. Por otra parte, en las memorias publicadas recientemente por el PNSD y los Planes Autonómicos, las estadísticas suelen centrarse en los usuarios atendidos en los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias, menos específicamente en las UDH. Las referencias a las UDH suelen limitarse al total de usuarios derivados, sin detallar la proporción de usuarios que no finalizaron tratamiento, ni describir las variables sociodemográficas.

No obstante, los trabajos analizados reflejan sobradamente la constante evolución del fenómeno de las drogodependencias, constatándose cambios significativos cuando se analizan perfiles separados por varios años. El inicial dominio de los adictos a la heroína de forma exclusiva, la progresiva modificación de los adictos a los opiáceos, con la incorporación de sustancias asociadas, la inicial dualidad y clara diferenciación entre los adictos al alcohol, respecto a los adictos a los opiáceos, la diversificación de los tratamientos y perfiles en los últimos años, son sólo unos ejemplos de las tendencias observadas. El estudio de la evolución del perfil descriptivo a lo largo de tres décadas, haciendo un seguimiento de las mismas variables a lo largo de todo el periodo, nos dará un resultado más homogéneo que nos ayudará a cuantificar y analizar detenidamente estas tendencias observadas.

Los resultados del presente estudio nos ayudarán a comprender la evolución del perfil del usuario que es atendido en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, asimismo, podremos evaluar cómo determinadas características epidemiológicas y terapéuticas se relacionan entre sí y con la probabilidad de completar con éxito el tratamiento de desintoxicación hospitalaria. El conocimiento de estas relaciones, seguramente nos puede ayudar en el futuro a diseñar intervenciones y modelos de atención a las drogodependencias más eficientes.

Asimismo, el resultado descriptivo del presente trabajo establecerá un marco teórico que nos ayudará a identificar líneas de investigación para el desarrollo de futuros estudios.

1.7.2 Objetivos del estudio

Objetivo General:

Estudiar la evolución del perfil descriptivo de los usuarios atendidos en la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, en el periodo 1987-2016.

Objetivos Específicos:

- Cuantificar el grado de reingresos que presentan los usuarios en la UDH.
- Identificar posibles diferencias entre los usuarios procedentes de las distintas zonas geográficas de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.
- Describir la evolución y características de los usuarios que realizan una desintoxicación por las sustancias y combinaciones más frecuentes.
- Medir la proporción de usuarios que realizan desintoxicaciones por más de una sustancia e identificar las combinaciones más frecuentes.
- Determinar la evolución de la estancia media en relación con la sustancia por la que se realiza el tratamiento.
- Detallar las diferencias existentes en relación con el género o edad del usuario.
- Calcular la proporción de usuarios que no llegan a finalizar con éxito el tratamiento en relación con la sustancia por la que se desintoxican.
- Reconocer y medir la influencia de los factores relacionados con una mayor probabilidad de no finalizar el tratamiento.



2. MATERIAL Y MÉTODO

*MH Miguel
Hernández*

2.1 Diseño y tipo de estudio

Se ha desarrollado un estudio descriptivo, de carácter retrospectivo, de las características de los usuarios que han realizado un tratamiento en la Unidad de Desintoxicación (UDH) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). En el modelo metodológico empleado diferenciaremos dos bloques:

- **Bloque 1:**
 - A. Enfoque descriptivo de las características de los usuarios, analizando de forma individual las variables recogidas.
 - B. Modelo descriptivo de asociación cruzada, estudiando las relaciones existentes entre las variables anteriormente descritas.
- **Bloque 2:**

Empleo de un método analítico observacional donde se estudian los factores relacionados con el éxito o fracaso del proceso de desintoxicación.

2.2 Población de estudio y muestra

El periodo analizado es de 30 años, comenzando en agosto de 1987, con la inauguración de la UDH, y finalizando el 31 de diciembre de 2016. Inicialmente, la población a estudiar la suponen la totalidad de los usuarios de la UDH.

En general, salvo excepciones, la unidad de análisis a considerar ha sido cada tratamiento realizado, de tal forma que, si un usuario ha ingresado en varias ocasiones, se contabilizaran tantos casos como ingresos haya llegado a formalizar.

En la Tabla 14 tenemos representado el total de la población, correspondiente a las 11.847 propuestas de ingreso, que a fecha 31 de diciembre de 2016, se habían recibido en la UDH. El número de ingresos que han llegado

a formalizarse es de 9162, retirándose por diversos motivos 2609 solicitudes de ingreso que no llegaron a concretarse.

Debemos tener en cuenta que en el primer año no se contabilizó completo, ya que los ingresos empezaron en agosto de 1987, por lo que el primer año que podemos considerar en su totalidad es 1988. El máximo valor alcanzado en número total de solicitudes de ingreso fue en 2004, cuando se alcanzaron las 534 solicitudes, el valor mínimo corresponde a 1988 con 182 propuestas. En cuanto a los ingresos que han llegado a formalizarse, tenemos los valores máximos y mínimos alcanzados en los años 2008 y 1988, con 414 y 149 ingresos respectivamente. Debemos excluir 1987 por lo anterior expuesto y tener en consideración que en el año 2003 se remodeló la UDH, ampliándose el número de camas disponibles. Asimismo, durante el año 2016 se realizaron obras en el servicio que ocasionaron el cierre temporal durante varios meses.

A fecha 31 diciembre del 2016 se encontraban 76 solicitudes correspondientes al 2016 pendiente de resolución, en lo que consideraremos la lista de espera, por lo que no se pueden considerar propuestas no ingresadas, pero tampoco ingresos formalizados.

Tabla 14*Propuestas ingresadas y retiradas en la UDH por año*

Año contabilizado	Ingresadas	Retiradas	Recibidas ^a
1987	53	11	66
1988	149	30	182
1989	175	70	246
1990	223	68	307
1991	229	96	318
1992	221	74	305
1993	215	71	273
1994	215	74	298
1995	211	103	321
1996	237	108	343
1997	270	86	351
1998	289	124	423
1999	292	107	398
2000	301	109	422
2001	321	154	482
2002	293	102	397
2003	375	159	523
2004	402	119	534
2005	403	130	519
2006	401	102	481
2007	406	103	515
2008	414	88	499
2009	399	69	480
2010	410	50	447
2011	398	71	460
2012	398	47	454
2013	391	38	430
2014	392	104	507
2015	380	90	460
2016 ^b	299	52	406
Total	9162	2609	11847

Nota.

^a El sumatorio de las propuestas ingresadas y retiradas puede no coincidir cada año con las recibidas, por las solicitudes que a 31 de diciembre de cada año se encontraban en lista de espera.

^b En el año 2016 hay que considerar 76 solicitudes que a 31/12/2016 se encontraban en lista de espera.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inicialmente se han seleccionado la totalidad de las solicitudes de ingreso que se han recibido en la UDH hasta el 31 de diciembre de 2016, descartándose aquellas que no han llegado a formalizar el ingreso y seleccionando los ingresos completados a 31 de diciembre de 2016. Se han excluido los usuarios que estaban realizando el tratamiento en ese momento y los que permanecían en lista de espera.

En la UDH del CHUC se han estado realizando durante treinta años las desintoxicaciones hospitalarias de usuarios procedentes de toda la Comunidad Autónoma, aunque la situación en las dos provincias ha sido diferente. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife la UDH del CHUC ha estado funcionando de forma ininterrumpida y exclusiva, exceptuando cierres temporales programados por necesidades del servicio, y realizando prácticamente la totalidad de las desintoxicaciones hospitalarias de usuarios de la provincia. En la provincia de Las Palmas de Gran Canaria ha habido periodos en los que no contaban con ninguna UDH, por lo que se derivaban las desintoxicaciones a la UDH del CHUC. En otros periodos han llegado a funcionar hasta tres UDH diferentes, con diferentes criterios de admisión y derivación. Por lo anteriormente expuesto, los usuarios procedentes de la Provincia de Las Palmas han sido derivados de forma desigual y con unos criterios no controlados, motivando su exclusión del estudio.

- **Criterios de inclusión**

- Usuarios que hayan realizado un tratamiento de desintoxicación en la UDH del CHUC.
- Solicitudes de ingresos procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.
- Tratamiento finalizado antes del 31 de diciembre de 2016.

- **Criterios de exclusión**

- Solicitudes de ingreso procedentes de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria.
- Tratamientos hayan finalizado a partir del 31 de diciembre de 2016.

2.4 Recogida de datos

La fuente de datos inicial la constituyen las solicitudes de ingresos remitidas desde las Unidades Atención a las Drogodependencias de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Esta información se ha almacenado en registros propios de la UDH, los primeros años en formato físico y posteriormente, en formato electrónico.

Los datos iniciales, procedentes de la solicitud de ingreso, se han contrastado y completado con los registros generales (Historia Clínica) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Ante la falta de uniformidad en el recopilado de la información, se ha tenido que reorganizar los datos, codificándolos en forma de variables cuantitativas o categóricas, para su posterior análisis estadístico.

2.5 Descripción de las variables

Año de la solicitud: Se clasifican los casos por el año de la solicitud de ingreso, comprendido en el periodo 1987-2016.

Año del ingreso: Se clasifican los casos por el año de ingreso, comprendido en el periodo 1987-2016, que no siempre coincide con el año de solicitud.

Sexo: En la variable sexo, en la base de datos inicial, en lugar de la habitual clasificación en dos valores, nos hemos encontrado con tres posibles respuestas: masculino, femenino y transexual. El hecho de que, en un determinado caso, el usuario haya sido clasificado como transexual, obedece principalmente a una razón de organización dentro del propio servicio. Cuando se programaba el ingreso de un usuario, que siendo legalmente de un sexo, su aspecto e identidad pertenecían a otro, ante las dificultades legales o éticas de compartir habitación hospitalaria, se reservaba una habitación de forma exclusiva. El limitado número de casos en los que nos encontramos con esta situación, así como la imposibilidad de examinar en profundidad los criterios empleados para hacer esta clasificación, hace que excluyamos estos casos en el análisis por sexo.

Edad: A partir de la fecha de nacimiento y de la fecha de ingreso se ha determinado la edad en años de cada usuario en el momento del ingreso. Se ha presentado como una variable continua, o se ha dividido en tramos representativos, según el interés del análisis.

Sustancias por las que se solicita tratamiento: Se han recopilado las sustancias por las que cuales el usuario solicita el tratamiento de desintoxicación. Cada una de las drogas o grupo de drogas se ha reflejado como una variable dicotómica (Sí/No), según solicite tratamiento por cada sustancia. A partir de las variables dicotómicas iniciales se han creado diversas variables por combinaciones de sustancias:

- Alcohol: En cualquiera de sus modalidades de consumo.
- Cannabis: En cualquiera de sus modalidades de consumo.
- Cocaína clorhidrato: En cualquiera de sus modalidades de consumo.
- Cocaína base: En cualquiera de sus modalidades de consumo.
- Heroína: En cualquiera de sus modalidades de consumo.
- Metadona desintoxicar: En este caso se incluyen aquellos usuarios que solicitan desintoxicación de metadona, principalmente por estar incluidos en un programa de mantenimiento con metadona (PMM), por adicción previa a la heroína.
- Metadona mantener: Constituye un caso particular. Se incluyen los usuarios que, estando incluidos en un PMM, no desean desintoxicarse del mismo, sino de alguna otra sustancia que consumen de forma asociada.
- Derivados opiáceos: Se incluyen todos los casos donde el usuario solicita la desintoxicación de algún opiáceo u opioide, diferente a la heroína o metadona.
- Psicofármacos: En esta variable se incluyen todos los fármacos que no estén comprendidos en alguna de las otras variables.
- Psicodislépticos: Principalmente LSD, aunque también se incluyen todo tipo de hongos o plantas alucinógenas.
- Anfetaminas: Cuando se trata de fármacos legalmente prescritos.
- Derivados anfetaminicos: Estimulantes tipo anfetaminicos ilegales.
- Inhalantes: En cualquiera de sus modalidades (pegamentos, “popper” ...)

Número de drogas: En esta variable se recoge el número de sustancias, agrupadas según el apartado anterior, por las que se solicita tratamiento de desintoxicación.

Reingreso: La variable dicotómica reingreso, contiene los valores de Sí/No, en relación al hecho de que el usuario haya ingresado con anterioridad en la UDH.

Ingresos previos: En la variable ingresos previos se contabilizan el número de ingresos que ha realizado con anterioridad el usuario.

Modalidad de alta: Esta variable categórica recoge el tipo de alta del Servicio. Las posibles modalidades de alta que se han registrado en la UDH son las siguientes:

- Alta Terapéutica: Cuando el usuario finaliza el tratamiento de desintoxicación y por indicación médica, recibe el alta hospitalaria.
- Alta Voluntaria: El usuario por decisión propia decide interrumpir el tratamiento, solicitando y firmando el alta voluntaria, en contra de la opinión del equipo terapéutico.
- Alta por traslado: Cuando en cualquier momento del tratamiento de desintoxicación, el usuario es trasladado a otro servicio hospitalario. Generalmente las razones son por el agravamiento o diagnóstico de alguna patología, asociada o no con el consumo, que debe ser tratada de forma urgente por el servicio especializado en dicha patología.
- Alta por evasión: Modalidad de alta muy poco frecuente, cuando aprovechando cualquier circunstancia, el usuario abandona la UDH sin previo aviso.
- Alta forzosa: Cuando debido al incumplimiento del contrato terapéutico (Anexo 3), el equipo terapéutico procede a dar el alta, sin haber finalizado el tratamiento de desintoxicación.

Éxito o fracaso del tratamiento de desintoxicación: Esta variable se ha desarrollado derivada de la modalidad de alta registrada. Hemos decidido considerar, como un éxito del tratamiento de desintoxicación, los casos que han finalizado con un alta terapéutica. Por el contrario, los que finalizan con alta voluntaria, alta forzosa o evasión, los consideramos como un fracaso del proceso

de desintoxicación. Los ingresos que finalizaron con un alta por traslado hemos decidido considerarlos una categoría independiente y estudiarlos por separado, considerándolos valores nulos en esta variable.

Fracasos previos: A partir de la revisión de la modalidad de alta en los anteriores ingresos del usuario, se determina el contar con una historia de fracasos previos.

Tiempo de espera entre solicitud y entrevista: A partir de las fechas de solicitud y entrevista, se ha calculado el tiempo de demora entre la solicitud por parte de la UAD de referencia y el primer contacto con el usuario antes del ingreso. A su vez este periodo se ha dividido en dos variables, representándose de forma continua en número de días y dividiéndose el periodo en los siguientes plazos representativos:

- Primera semana.
- Primer mes.
- 3 meses.
- 6 meses.
- Más de 6 meses.

El estar incluido en un periodo excluye el estar incluido en los periodos superiores, es decir, se incluyen en el primer mes aquellos casos que han realizado la entrevista en un plazo superior a una semana, pero inferior a un mes, y así sucesivamente.

Tiempo de espera entre entrevista e ingreso: A partir de las fechas de entrevista e ingreso, se ha calculado el tiempo de demora entre la entrevista al usuario y la formalización del ingreso. A su vez este periodo ha dado lugar a dos variables, representándose de forma continua en número de días y dividiéndose el periodo en los mismos plazos que el apartado anterior.

Tiempo de espera total: A partir de las fechas de solicitud e ingreso, se ha calculado el tiempo de espera total entre la solicitud y el momento de formalizar el ingreso. A su vez, este periodo ha dado lugar a dos variables, representándose de forma continua en número de días y dividiéndose el periodo en los mismos plazos que los anteriores apartados.

Cumplimiento de citas: Tal y como se detalla en el procedimiento de ingreso en la UDH, el usuario puede dejar de acudir a un limitado número de citas para entrevista o ingreso. A partir de estas citas fallidas, se ha calculado el número de citas para entrevista e ingreso que ha necesitado el usuario en la formalización del ingreso. A su vez, esta variable se ha dividido en citas para entrevista, ingreso y citas totales.

Unidad de Atención Drogodependencias (UAD) de referencia: El procedimiento del ingreso en la UDH comienza necesariamente con la solicitud del tratamiento por parte del usuario en una Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD), integrada en la Red de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma. Los valores de esta variable son todas y cada una de las UAD de la Provincia de Santa Cruz de Tenerife. Todos los centros pertenecientes a la provincia de Las Palmas de Gran Canaria han sido codificados en el mismo apartado. Un pequeño grupo de casos quedan agrupados en el apartado de “otros”, cuando han sido remitidos, de forma excepcional, por algún otro recurso.

Organización No Gubernamental (ONG): Los centros ambulatorios de la Red de Drogodependencias están integrados dentro una alguna organización, generalmente una ONG, por lo que esta variable se ha obtenido derivada de la UAD de referencia. Los valores de la variable son todas y cada una de las organizaciones de la provincia que han remitido solicitudes de ingreso a la UDH.

Zona geográfica: También esta variable se ha obtenido a partir de la UAD de referencia, estimándose la zona de la provincia en la cual es de esperar que resida el usuario. Se han considerado los valores de Norte de la isla de Tenerife, Sur de la isla de Tenerife, zona metropolitana de Santa Cruz de Tenerife e isla de La Palma.

Estrategia terapéutica al alta: La variable dicotómica estrategia al alta recoge el hecho de que el usuario tenga previsto continuar con su proceso de deshabituación en una unidad residencial en régimen de internamiento, o de forma ambulatoria, mediante el apoyo de su UAD de referencia.

2.6 Codificación de las variables

- Año de solicitud:
 - Número entero comprendido entre 1987 y 2016.
- Año de ingreso:
 - Número entero comprendido entre 1987 y 2016.
- Sexo:
 - Masculino.
 - Femenino.
 - Transexual.
- Edad en años:
 - Número entero.
- Edad por tramos:
 - Menores de edad.
 - 18-25.
 - 26-35.
 - 36-45.
 - 46-55.
 - 56-65.
 - Mayores de 65.
- Número de drogas:
 - Número entero entre 1 y 13.
- Alcohol:
 - Sí.
 - No.
- Cannabis:
 - Sí.
 - No.
- Cocaína clorhidrato:
 - Sí.
 - No.
- Cocaína base:
 - Sí.
 - No.

- Heroína:
 - Sí.
 - No.

- Metadona desintoxicar:
 - Sí.
 - No.

- Metadona mantener:
 - Sí.
 - No.

- Derivados opiáceos:
 - Sí.
 - No.

- Psicofármacos:
 - Sí.
 - No.

- Anfetaminas:
 - Sí.
 - No.

- Derivados anfetamínicos:
 - Sí.
 - No.

- Inhalantes:
 - Sí.
 - No.

- Psicodislépticos:
 - Sí.
 - No.

- Reingreso:
 - Sí.
 - No.

- Número de ingresos previos:
 - Número entero.

- Modalidad de alta:
 - Alta terapéutica.
 - Alta voluntaria.

- Alta por traslado.
 - Alta forzosa.
 - Alta por evasión.

- Éxito o Fracaso del tratamiento:
 - Éxito.
 - Fracaso.

- Fracazos previos:
 - Sí.
 - No.
 - Primer ingreso.

- Tiempo de espera entre solicitud y entrevista (días):
 - Número entero.

- Tiempo de espera entre solicitud y entrevista (plazos):
 - Primera semana.
 - Primer mes.
 - 3 meses.
 - 6 meses.
 - Más de 6 meses.

- Tiempo de espera entre entrevista e ingreso (días):
 - Número entero.

- Tiempo de espera entre entrevista e ingreso (plazos):
 - Primera semana.
 - Primer mes.
 - 3 meses.
 - 6 meses.
 - Más de 6 meses.

- Tiempo de espera total (días):
 - Número entero.

- Tiempo de espera total (plazos):
 - Primera semana.
 - Primer mes.
 - 3 meses.
 - 6 meses.
 - Más de 6 meses.

- Citas entrevista:
 - Número entero entre 1 y 3.

- Citas ingreso:
 - Número entero entre 1 y 3.

- Total citas:
 - Número entero entre 2 y 6.

- Unidad de Atención a las Drogodependencias de referencia:
 - UAD de Santa Cruz.
 - UAD de La Laguna.
 - UAD de Ofra.
 - UAD de Añaza.
 - UAD de La Matanza.
 - UAD de Puerto de la Cruz.
 - UAD de Los Realejos.
 - UAD de Icod.
 - UAD de Granadilla.
 - UAD de Proyecto Hombre.
 - UAD de Proyecto Drago.
 - UAD de Proyecto Nova.
 - UAD de isla de La Palma.
 - UADs de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria.
 - Otros.

- Organización no Gubernamental (ONG) a la que pertenece:
 - Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel.
 - Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias.
 - Asociación Palmera de Atención a las Drogodependencias.
 - Proyecto Hombre.
 - Proyecto Drago.
 - ONGs de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria.
 - Otros.

- Zona geográfica de la provincia:
 - Zona metropolitana Santa Cruz – La Laguna.
 - Zona Norte de la isla de Tenerife.
 - Zona Sur de la isla de Tenerife.
 - Isla de La Palma.
 - Otros.

- Estrategia Terapéutica al alta:
 - Deshabitación ambulatoria.
 - Deshabitación en régimen de internamiento.

2.7 Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se seleccionó el software IBM SPSS Statistics 23⁽¹⁴⁵⁾. El programa SPSS es un conjunto de potentes herramientas de tratamiento de datos y análisis estadístico, siendo uno de los programas más ampliamente utilizado para el análisis de los datos en las ciencias sociales^(146,147).

Los datos disponibles fueron introducidos, codificándolos en forma de variables, así como, desarrollando nuevas variables a partir de las iniciales.

Se realizaron análisis de frecuencia y tablas de contingencia, empleando el estadístico Chi cuadrado (χ^2) para el análisis de las variables cualitativas. En el cálculo de las diferencias de medias de variables cuantitativas (edad, estancia, tiempo de espera) la prueba de elección fue el cálculo de la t de Student para muestras independientes. Para la comprobación del cumplimiento del criterio de normalidad se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y para el cumplimiento del criterio de homocedasticidad, la prueba de Levene.

En el cálculo de la diferencia de medias de variables cuantitativas en más de dos grupos se realizaron análisis de la varianza de un factor (ANOVA). Inicialmente se tomó como referencia (si varianzas de medias iguales) el valor del estadístico F de Fisher- Snedecor, aceptando valores p por debajo de 0.05 como estadísticamente significativos. Para las comparaciones múltiples *post hoc* se utilizó la corrección de Bonferroni.

En caso de que la prueba de Levene nos indicara no poder asumir que las varianzas de medias son iguales, se procedió a utilizar como una alternativa robusta al estadístico F de Fisher-Snedecor, el estadístico Welch, que igualmente se distribuye según el modelo de probabilidad F, pero con los grados de libertad corregidos⁽¹⁴⁸⁾. En este caso, en las pruebas *post hoc* se empleó el método de Games-Howell, recomendado cuando no se pueden asumir varianzas iguales.

Para la estimación de los factores relacionados con la posibilidad de finalizar el tratamiento de desintoxicación se ha aplicado un modelo de regresión logística binaria, siguiendo el método descrito por Hosmer-Lemeshow⁽¹⁴⁹⁾.

El modelo de regresión y el ajuste ha sido evaluado mediante la prueba de Ómnibus, Pseudo R^2 de Nagelkerke y prueba de Hosmer-Lemeshow^(148,149). En el apartado correspondiente al modelo de regresión logística, describiremos, paso a paso, la metodología empleada.

2.8 Limitaciones y sesgos

Las principales limitaciones del trabajo estarán directamente relacionadas con el propio diseño del estudio, al tratarse de un estudio retrospectivo en el que se recopilan datos con varias décadas de antigüedad, difícilmente se puede ampliar la información existente. Nos hemos limitado a recoger los datos previamente recopilados, clasificándolos y organizándolos en forma de variables.

En algunos casos hubiera sido deseable contar con información adicional para incluir nuevas variables en el trabajo, sin embargo, dado el tamaño de la muestra y la antigüedad de algunos casos, resultaba del todo inviable contactar con los usuarios para ampliar la información.

Otra limitación, prácticamente ineludible en cualquier estudio realizado con individuos con problemas por consumo de sustancias, es que en algunas variables partimos de datos referidos por el propio usuario, sin posibilidad de contrastar la veracidad de la información facilitada. En este trabajo en particular, esta información se puede ver doblemente afectada por el posible sesgo del profesional del equipo terapéutico que ha recopilado los datos en la UDH, o en la UAD de referencia a la hora de solicitar tratamiento por una determinada sustancia.

Con el fin de solventar los posibles errores de transcripción de información, se han cotejado con todos los medios posibles (fichas, registros e historia clínica) los valores atípicos o que salieron de lo esperado, subsanando las discrepancias. El haber seleccionado toda la población disponible hasta el 31 de diciembre del 2016 nos permite contar con una muestra lo suficientemente grande como para minimizar la significación estadística en los resultados de datos incompletos o erróneos.

2.9 Aspectos éticos

El presente trabajo ha sido evaluado y autorizado por el Comité de Ética de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

El estudio ha sido realizado de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004) y Seúl (2008), los principios de las Normas de Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de Armonización (CPMP/ICH/135/95), que pudieran ser aplicables a este estudio observacional sin medicamentos y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España.

Se ha protegido la confidencialidad de los registros, que pudieran identificar a los sujetos, respetando la privacidad y las normas de confidencialidad, de acuerdo con los requisitos legislativos pertinentes, preservándose en todo momento los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial. Los datos de los pacientes obtenidos durante el estudio se consideran confidenciales y sólo serán utilizados con el propósito de satisfacer los objetivos de investigación. En ningún caso se relacionarán, ni publicarán datos personales.

El investigador declara no tener ningún conflicto de intereses.

3. RESULTADOS



3.1 Solicitudes e ingresos formalizados

3.1.1 Solicitudes de ingreso procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife

En el presente trabajo hemos decidido estudiar en profundidad los ingresos procedentes de usuarios de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, excluyendo a los de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria, tal y como se ha definido previamente en los criterios de inclusión y exclusión.

Centrándonos únicamente en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, se han recibido 10966 solicitudes, 8525 han llegado a formalizar el ingreso, 2360 solicitudes han sido desestimadas o retiradas por el propio usuario, 74 solicitudes permanecen pendientes de resolución (lista de espera) y 7 usuarios continuaban ingresados a 31 de diciembre del 2016 (Tabla 15).

Tabla 15

Solicitudes de ingresos procedentes de la provincia de S/C de Tenerife

Estado de la solicitud	Número solicitudes	%
Lista espera	74	0,7
Ingreso finalizado	8525	77,7
Propuesta retirada	2360	21,5
Ingresados	7	0,1
Total solicitudes	10966	

Nota. Se muestran los datos correspondientes a 31 de diciembre del 2016.

La media de solicitudes de ingreso por año es de 375, excluyéndose del cálculo el año 1987. El máximo valor alcanzado corresponde a 2004, con 500 solicitudes de ingreso y el mínimo en 1988, con 173.

En la Figura 17 tenemos la representación de la evolución anual del número de solicitudes de ingreso. En general se observa un progresivo incremento desde 1987 hasta 1998, cuando se superó la barrera de las 400 solicitudes. Durante el año 2002 se realizaron obras de acondicionamiento en la

UDH, experimentándose una disminución de las solicitudes de ingreso, incrementándose nuevamente y manteniéndose a partir de 2004 relativamente estable, en torno a las 400 propuestas por año.

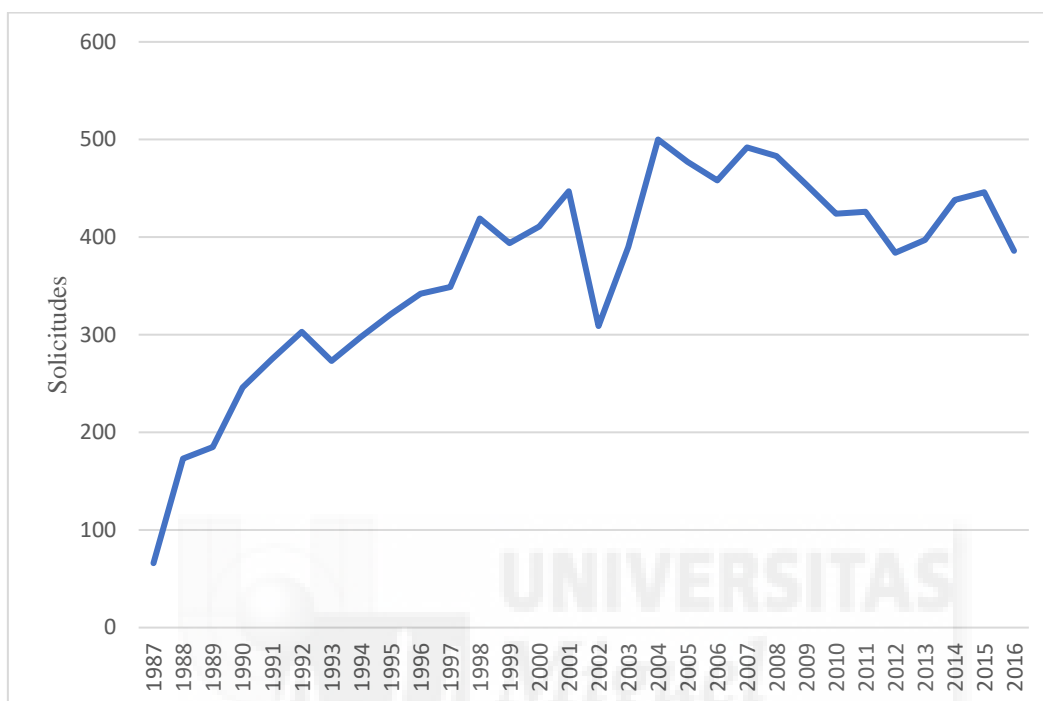


Figura 17. Evolución por año del número de solicitudes

A la hora de calcular el porcentaje de solicitudes que han llegado a formalizar ingreso, excluirémos las propuestas del año 2016, ya que 74 de ellas se encontraban pendientes de resolución. El porcentaje resultante del cálculo anteriormente descrito es de un 78,1% de solicitudes que finalmente han llegado a confirmar el ingreso.

En la Figura 18 tenemos la evolución anual del porcentaje que formaliza ingreso, el valor fluctúa entre el 60% y el 90%. El porcentaje máximo se alcanzó con las propuestas del 2013 (92% de ingresos) y el mínimo con las de los años 1995,1996 y 2001 (todos ellos con un porcentaje del 68%).

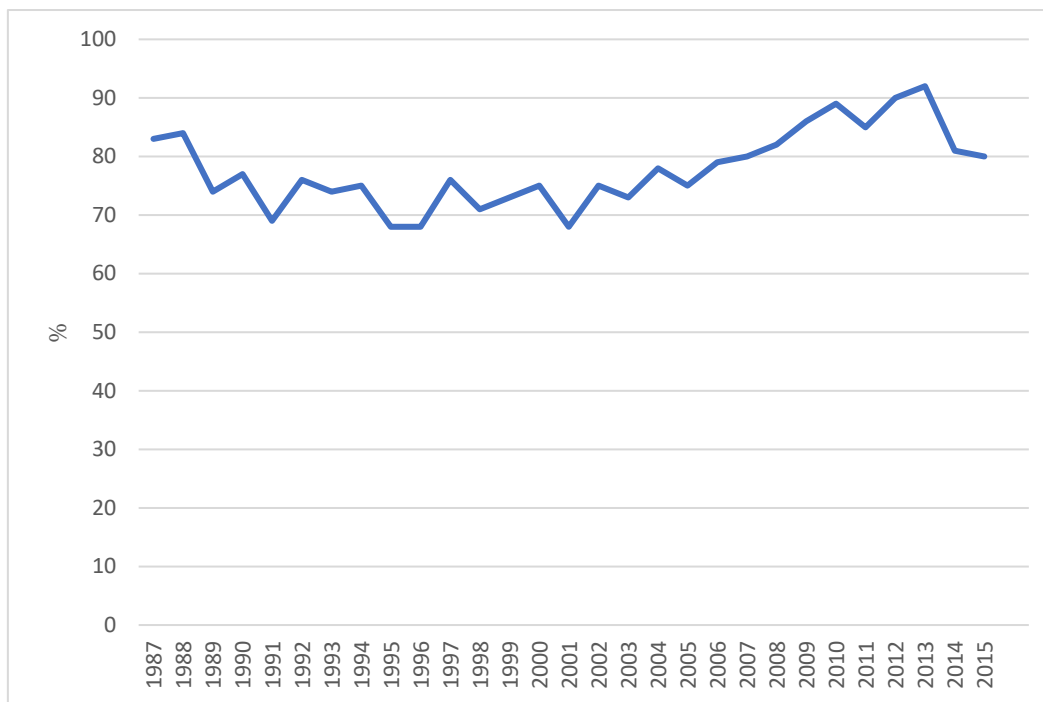


Figura 18. Evolución por año del porcentaje de solicitudes que formalizan ingreso

3.1.2 Ingresos formalizados procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife

La población de la que podemos llegar a extraer mayor información es la compuesta por aquellos casos en los que se llegó a formalizar el ingreso en la UDH, por lo tanto, hemos decidido centrar el estudio en los ingresos procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, que hayan completado su ingreso, entre agosto de 1987 y el 31 de diciembre de 2016.

El total de casos son 8525, agrupados por año de ingreso y sexo, según se recogen en la Tabla 16. Vemos como el máximo número de ingresos se alcanzó en el año 2008, con 404 ingresos, mientras el valor mínimo corresponde a 1989, con 135 ingresos. En cuanto a la distribución por sexo, se incluyó la variable transexual. Como ya hemos comentado con anterioridad, no podemos considerar el año 1987 en su totalidad, ya que los ingresos se iniciaron a partir de agosto. En el año 2016 se observa una caída relativa del número de ingresos, motivada por el cierre temporal durante varios meses, por las obras de acondicionamiento. Otro aspecto que debemos tener en cuenta para interpretar

la tabla es el incremento del número de camas disponibles en la UDH, que se produce a partir del año 2003.

Tabla 16

Ingresos procedentes de la provincia de S/C de Tenerife por año y sexo

Año de ingreso	Sexo			Total
	Hombre	Mujer	Desconocido	
1987	42	11	0	53
1988	105	36	1	142
1989	99	34	2	135
1990	121	50	7	178
1991	144	46	6	196
1992	163	52	2	217
1993	170	45	0	215
1994	182	33	0	215
1995	169	42	0	211
1996	188	47	1	236
1997	219	50	0	269
1998	239	47	1	287
1999	238	50	0	288
2000	232	64	1	297
2001	243	60	0	303
2002	187	51	0	238
2003 ^a	230	64	0	294
2004	286	84	0	370
2005	298	77	0	375
2006	305	77	0	382
2007	302	84	0	386
2008	310	94	0	404
2009	302	78	0	380
2010	297	90	0	387
2011	274	99	0	373
2012	269	76	0	345
2013	274	89	0	363
2014	270	73	0	343
2015	293	73	0	366
2016 ^b	208	69	0	277
Total	6659	1845	21	8525

Nota. N = 8525.

^a En el año 2003 se produce el incremento del número de camas en la UDH.

^b En el año 2016 se produce el cierre temporal de la UDH por obras de acondicionamiento.

3.1.3 Ingresos formalizados procedentes de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria

Tal y como se ha definido en los criterios de inclusión, los ingresos realizados por usuarios procedentes de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria están excluidos del presente estudio, no obstante, al haber estado en la lista de espera y haber efectuado un ingreso, han tenido que afectar necesariamente a algunas de las variables en los casos procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Se pueden observar las variaciones en el número de ingresos motivadas por los cambios producidos en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria en relación a las UDH. Recordemos que, mientras en la provincia de Santa Cruz de Tenerife el número de camas ha permanecido relativamente estable en todo el periodo, con una única UDH funcionando, en Las Palmas de Gran Canaria han estado operativas hasta tres UDH, con diferentes periodos de funcionamiento cada una de ellas.

Para la comparación de los ingresos efectuados procedentes de cada provincia, resulta de especial utilidad el visualizar los resultados de forma gráfica (Figura 19). La línea que refleja el número de ingresos por año muestra un progresivo incremento del número de ingresos desde el año 1987 hasta la actualidad.

Es necesario recordar que el incremento desde 1987 hasta 1988, no refleja un aumento de usuarios, sino el hecho de que la UDH se inauguró en agosto de 1987. Otros hechos que marcan saltos en la línea por causas no atribuibles a los usuarios los tenemos en el año 2002, cuando se realizaron obras de remodelación en la UDH. La ampliación en el número de camas en la UDH produce un salto en el número de ingresos a partir del año 2003. El número de usuarios se mantiene relativamente estable hasta el año 2016, donde nuevamente por obras de remodelación de la UDH, se produce el cierre durante varios meses, con la lógica caída en el número de usuarios atendidos.

En cuanto a la variación entre las provincias, se puede observar como las líneas correspondientes al total de ingresos y los ingresos procedentes de la

provincia de S/C de Tenerife, se separan en cada uno de los picos de la línea correspondiente a la provincia de Las Palmas de Gran Canaria. Asimismo, cada uno de los picos de ingresos desde Las Palmas de Gran Canaria, ha supuesto una caída relativa de los ingresos procedentes de S/C de Tenerife, con lo que queda de manifiesto la influencia que el hecho recibir usuarios desde otra provincia, ha tenido en los ingresos de S/C de Tenerife.

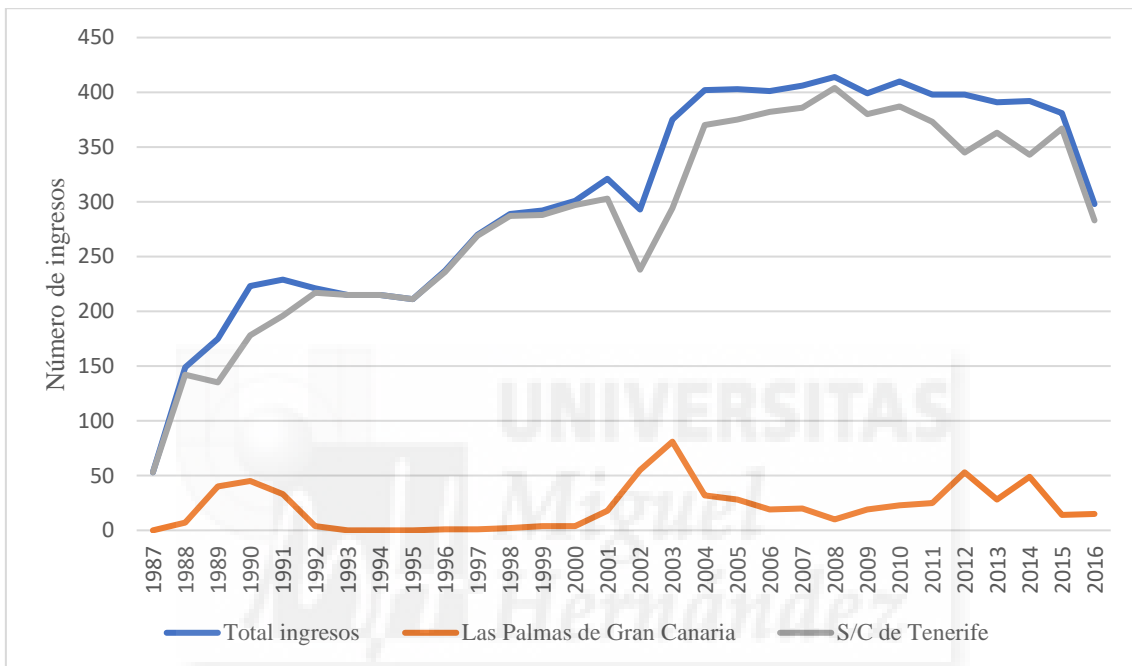


Figura 19. Ingresos por provincia y año

3.2 Descripción inicial de los usuarios

3.2.1 Procedencia del usuario

La clasificación de los casos, según la procedencia del usuario, la hemos realizado a tres diferentes niveles. Primeramente, considerando el centro de referencia que remite a la UDH la propuesta de ingreso, en segundo lugar, según la Organización No Gubernamental (ONG) o Institución Pública a la cual pertenece dicho centro. Finalmente, podemos hacer una estimación de la zona geográfica a la cual pertenece el usuario, partiendo del centro que remite la solicitud. La distribución inicial de los casos por el centro de referencia nos ofrece una información de cuáles son los centros que han derivado más usuarios, probablemente por estar situados en zonas donde abarcan una mayor población. Al clasificar los ingresos recibidos por la Unidad de Atención al Drogodependiente (UAD), destacan las proporciones elevadas de ingresos realizados a partir de solicitudes procedentes de las UAD de la zona metropolitana: 2639 casos desde UAD de Santa Cruz, 1420 casos desde la UAD de La Laguna y 1386 desde UAD de Ofra (Tabla 17).

Tabla 17
Distribución por Unidad Atención Drogodependencias

Centro de referencia	Casos	%
Añaza	66	0,8
Dirección General	9	0,1
Granadilla	1040	12,2
Icod	325	3,8
La Gomera	3	0,0
La Laguna	1420	16,7
La Matanza	372	4,4
La Palma	191	2,2
Los Realejos	206	2,4
Ofra	1386	16,3
Proyecto Drago	106	1,2
Proyecto Hombre	80	0,9
Puerto de la Cruz	682	8,0
Santa Cruz	2639	31,0

Nota. N = 8525.

Probablemente el clasificar los casos más que por la UAD, por la ONG a la que pertenece dicho centro, nos resultara de mayor utilidad, ya que podemos hacernos una idea del grado de participación que ha tenido cada organismo o asociación en el perfil del usuario atendido en la UDH.

En la Tabla 18 podemos estudiar cómo la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel ha remitido el 64,6% de los ingresos que se han realizado en la UDH procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, la Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias representa por su parte el 30,8% del total de las admisiones a ingreso.

Tabla 18
Organización de referencia del usuario

ONG	Casos	%
Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	5511	64,6
Asociación Norte Tenerife de Atención a las Drogodependencias	2625	30,8
Proyecto Hombre	80	0,9
Proyecto Drago	106	1,2
Asociación Palmera Atención a las Drogodependencias	191	2,2
Otros	12	0,1

Nota. N = 8525.

Finalmente hemos estimado la procedencia geográfica del usuario a partir del centro de referencia. Hemos considerado 4 grandes núcleos poblacionales: la zona metropolitana de la isla de Tenerife, la zona norte de la isla de Tenerife, la zona sur de la isla Tenerife y finalmente, la isla de La Palma en su totalidad. En la mayor proporción de los casos, el usuario procede de la zona metropolitana

de Santa Cruz de Tenerife (66,8%), con porcentajes inferiores de la zona norte y sur de la isla (Tabla 19).

Tabla 19
Núcleo poblacional de procedencia del usuario

Núcleo poblacional	Casos	%
Zona Metropolitana de la isla de Tenerife	5697	66,8
Zona Norte de la isla de Tenerife	1585	18,6
Zona Sur de la isla de Tenerife	1040	12,2
Isla de La Palma	191	2,2
Otros	12	0,1

Nota. N = 8525.

3.2.2 Tiempo de espera

Una variable, que hemos considerado interesante incluir, ha sido el tiempo transcurrido entre la solicitud y el ingreso, es decir, el tiempo que el usuario ha permanecido en lista de espera. El periodo de espera se divide en dos etapas claramente diferenciadas. Primeramente, el tiempo que transcurre entre en la solicitud de ingreso y la entrevista, a continuación, una segunda etapa entre la entrevista y el día del ingreso.

Inicialmente estos periodos se contabilizan en número de días, pero considerando que, en muchas ocasiones, el proceso sufre alteraciones por causas diversas, los valores extremos provocarían distorsiones al calcular una media. Con la finalidad de obtener una mejor representación del tiempo que han esperado los usuarios en cada ingreso, hemos dividido los periodos en tramos representativos de una semana, un mes, tres meses, 6 meses y periodo superior a seis meses. El periodo transcurrido entre la solicitud y la entrevista es inferior a una semana en el 27,8% de los casos. En tres semanas más se añade un 44,5% de los ingresos, lo que indicaría que el porcentaje acumulado de ambos

periodos es de un 72,3%. Finalmente, si ampliamos el periodo hasta los tres meses, vemos que el 97% de los ingresos ya estaban entrevistados (Tabla 20).

Tabla 20

Tiempo transcurrido entre solicitud y entrevista

Tiempo transcurrido	Casos	%	% acumulado
Primera semana	2373	27,8	27,8
Primer mes	3792	44,5	72,3
3 meses	2108	24,7	97,0
6 meses	230	2,7	99,7
Más de 6 meses	22	0,3	100,0

Nota. N = 8525.

En cuanto al periodo transcurrido entre la entrevista y la formalización del ingreso, vemos como más de la mitad de los casos (53%), ingresaban en la semana inmediatamente posterior a la entrevista, llegando este porcentaje al 93,9% si ampliamos el plazo al mes posterior a la entrevista.

Tabla 21

Tiempo transcurrido entre entrevista e ingreso

Tiempo transcurrido	Casos	%	% acumulado
Primera semana	4577	53,7	53,7
Primer mes	3426	40,2	93,9
3 meses	500	5,9	99,7
6 meses	20	0,2	100,0
Más de 6 meses	2	0,0	100,0

Nota. N = 8525.

El tiempo total que el usuario debe esperar, entre la solicitud por el centro de referencia y la formalización del ingreso en la UDH, es el resultado de la suma de los dos periodos anteriormente descritos. Vemos como en la primera semana se hicieron efectivos 972 ingresos, lo que corresponde a un 11,4%, en el primer mes 3779 ingresos (44,3%), y en los tres primeros meses 3302 ingresos (38,7%).

El porcentaje acumulado de estos valores implica que el 94,5% de los casos ingresaron con una espera inferior a los tres meses.

Tabla 22

Espera total entre solicitud e ingreso en la Unidad de Desintoxicación

Tiempo transcurrido	Casos	%	% acumulado
Primera semana	972	11,4	11,4
Primer mes	3779	44,3	55,7
3 meses	3302	38,7	94,5
6 meses	435	5,1	99,6
Más de 6 meses	37	0,4	100,0

Nota. N = 8525.

Si analizamos en la Figura 20 la evolución durante los treinta años de la espera media en la que han permanecido los usuarios para poder formalizar el ingreso, vemos que el valor fluctúa entre los 20 días y los dos meses, estabilizándose en los últimos años en torno a los 30 días.

Durante los primeros años de la UDH se mantuvieron valores en torno a los 15 días, pero a partir de 1990 se incrementó la espera media, llegando a alcanzar los dos meses en 1995 y 2002. Asimismo, podemos ver como las medias son ligeramente diferentes en función del género del usuario. La necesidad de programación de los ingresos en habitaciones dobles ha implicado la gestión diferenciada de las listas. En general, la espera media de las mujeres ha permanecido en valores inferiores a los usuarios varones.

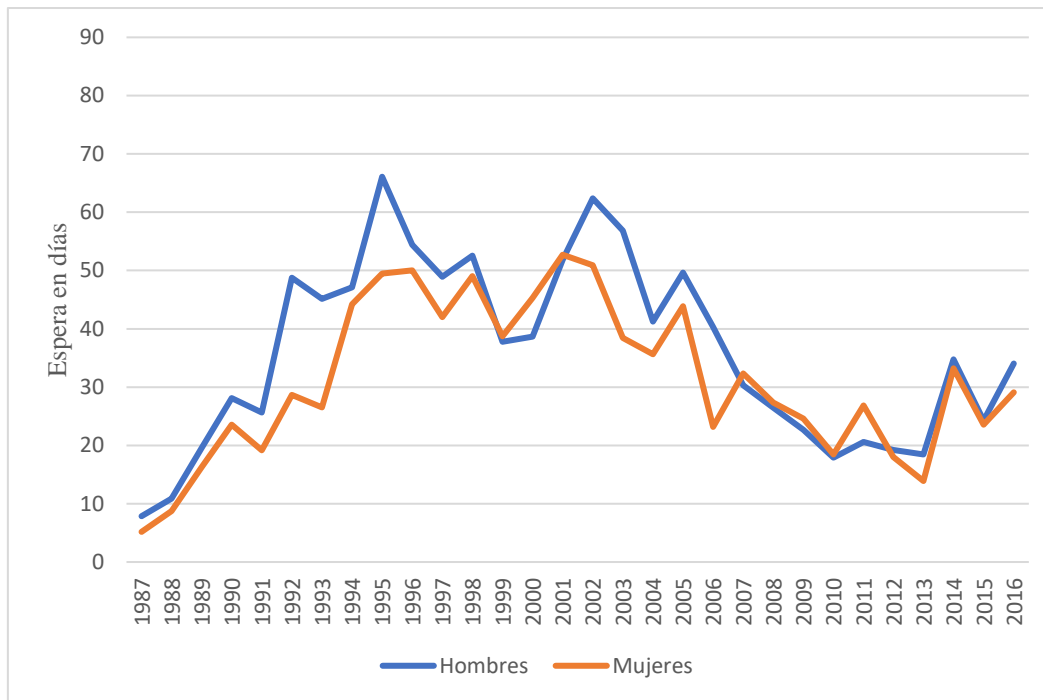


Figura 20. Evolución de la espera media por año de solicitud y sexo del usuario

3.2.3 Cumplimiento de las citas de ingreso y entrevista

Una variable que no se encuentra entre las habitualmente estudiadas es la del grado de cumplimiento por parte del usuario de las citas de entrevista o ingreso, sin embargo, esta variable va a influir en gran medida en la espera que debe realizar el usuario antes de llegar a formalizar el ingreso. Lamentablemente no es un dato que se haya recopilado de la totalidad de los ingresos realizados en la UDH, por lo que el número de casos disponibles es de 6819.

Recordemos que antes del ingreso, el usuario es citado para entrevista, en caso de no acudir se puede dar nueva cita hasta en dos ocasiones, pero si agota las tres citas de entrevistas sin causa justificada, se procede a retirar la solicitud. Similar procedimiento se realiza con la cita de ingreso. Consecuentemente, los posibles valores para las variables de número de citas entrevista y número de citas ingreso, serán algún valor entero comprendido entre 1 y 3. Pudiendo ingresar un usuario como mínimo con 2 citas (una de entrevista y otra de ingreso) y como máximo con seis citas (llegando a la tercera cita en las dos posibilidades).

El número de citas empleadas para realizar la entrevista y el ingreso lo tenemos detallado en la Tabla 21, vemos como 6479 casos (95,0%) y 6727 casos (98,7%) acuden a la primera cita de entrevista e ingreso respectivamente. En cuanto al porcentaje de usuarios que formaliza el ingreso empleando únicamente dos citas (una de entrevista y otra de ingreso) es del 94,1%.

Tabla 21

Número de citas en ingreso y entrevista

Número citas	Entrevista		Ingreso	
	Casos	%	Casos	%
1	6479	95,0	6727	98,7
2	299	4,4	83	1,2
3	41	0,6	9	0,1

Nota. *n* = 6819.



3.2.4 Edad de los usuarios ingresados en la UDH

En referencia a la edad de los usuarios que realizan el tratamiento en la UDH, tenemos la representación gráfica en la Figura 21. Analizados los 8525 casos, vemos como el usuario más joven tiene 13 años, mientras el de mayor edad alcanza los 84 años. La edad media es 35,9 años, con una desviación estándar de 10,63.

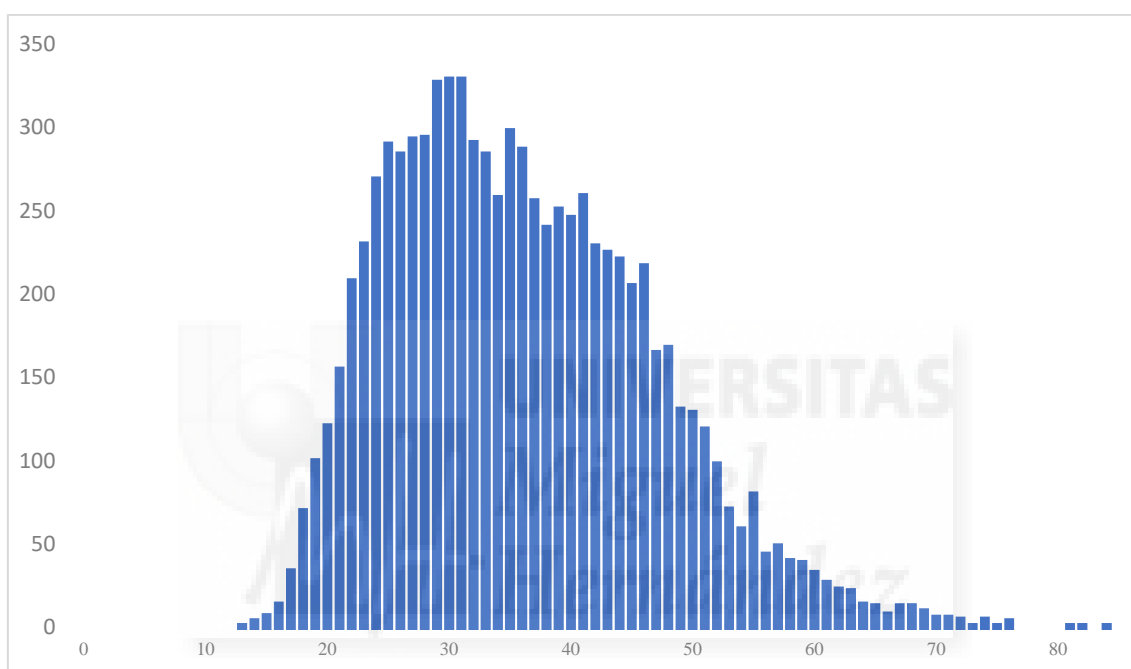


Figura 21. *Edad de los usuarios*

Hemos considerado que el amplio intervalo de edades haría confuso la interpretación de los datos, para facilitar el análisis, hemos agrupado los casos por tramos de edad, de tal forma que un primer grupo estaría compuesto por los menores de edad, otro en el tramo de 18 a 25 años y, con divisiones sucesivas cada diez años, hasta los 65 años de edad.

El análisis detallado de la Tabla 22 nos muestra como la mayor proporción de usuarios tenían una edad comprendida entre los tramos 26-35 (2987 casos) y 36-45 (2419 casos). Estos dos tramos de edad, que suman un total de 5406 casos, representan el 63,4% de la población analizada. El porcentaje acumulado nos indica que el 80% de los casos tienen una edad inferior a los 45 años. El

grupo correspondiente a los menores de edad está representado tan sólo por un 0,7% de la población (60 casos).

Tabla 22
Casos distribuidos por edad del usuario

Edad del usuario	Casos	%	% acumulado
Menores edad	60	0,7	0,7
18-25	1443	16,9	17,6
26-35	2987	35,0	52,7
36-45	2419	28,4	81,0
46-55	1237	14,5	95,6
56-65	304	3,6	99,1
Mayores de 65	75	0,9	100,0

Nota. N = 8525.

En cuanto a la evolución de la edad media del usuario a lo largo del periodo de treinta años, lo tenemos representado en la Figura 22. Vemos como los primeros años disminuye la edad del usuario, hasta alcanzar su valor mínimo en 1992 con 26,7 años, comenzado progresivamente a incrementarse, llegando a superar a partir de 2009 los 40 años de edad, alcanzando en 2015 la edad máxima de 42,19 años.

Con la finalidad de descartar que el incremento observado corresponda simplemente a un envejecimiento de los mismos usuarios que ingresan en diferentes años, se ha realizado el cálculo de la edad media de forma separada a los usuarios sin ingresos previos, obteniéndose resultados similares.

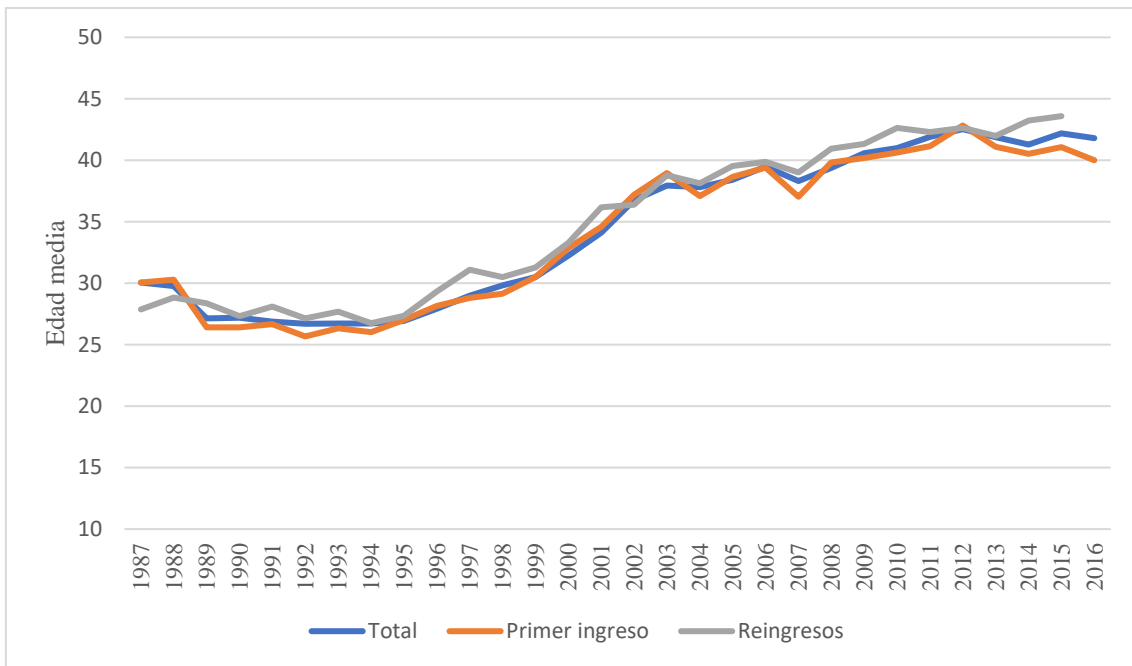


Figura 22. Evolución por año edad media

3.2.5 Estancia

La estancia media de los ingresos en la UDH es de 7,25 días, con una desviación estándar de 2,7. La estancia máxima alcanzada es de 29 días y la mínima de 0 días. Hemos considerado que, dado que los valores pueden ser muy dispares, los valores extremos pueden distorsionar estos datos, por lo que, para una mejor interpretación de los mismos, hemos recurrido a una división de la estancia por plazos: 0 días, 1-5 días, 6-10 días, 11-15 días y más de 15 días.

La distribución de los 8525 casos según la estancia muestra como un total de 6752 usuarios, lo que representa un 77,1% de la totalidad, tuvieron una estancia de entre 6 y 10 días. Resulta destacable como 107 usuarios no llegaron a cumplir un día de estancia y tan sólo 64 ingresos superaron los 15 días de estancia. El porcentaje acumulado nos indica que un porcentaje superior al 90% tiene una estancia inferior a 10 días.

Tabla 23
Días de estancia

Días de estancia	Casos	%	% acumulado
0 días	107	1,3	1,3
1-5 días	1019	12,0	13,2
6-10 días	6572	77,1	90,3
11-15 días	763	9,0	99,2
Más de 15 días	64	0,8	100,0

Nota. N = 8525.

3.2.6 Modalidad de alta

Indudablemente, una de las variables que hemos considerado de vital análisis, es la modalidad de alta. Las cinco posibilidades son: Terapéutica, Voluntaria, Traslado, Evasión y Alta Forzosa. En la Figura 23 tenemos la representación gráfica de los casos agrupados según la modalidad de alta. El estudio del gráfico nos muestra como 7077 casos han finalizado con alta terapéutica, lo que representa un porcentaje superior al 80%, los 1158 ingresos que han finalizado con alta voluntaria representan el 13,6%, el resto de las modalidades de alta tienen unos porcentajes relativamente bajos.

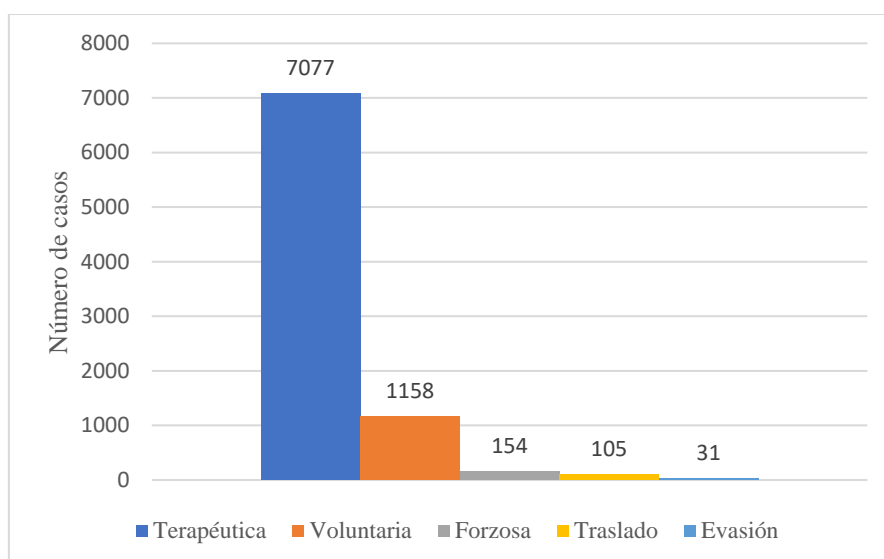


Figura 23. *Casos por modalidad de alta*

3.2.7 Estancia según modalidad de alta y año

El análisis de la estancia por sí mismo, sin relacionarlo con la modalidad de alta, nos da una información muy limitada. En la Tabla 24 tenemos la relación entre la estancia en los intervalos anteriormente descritos y la modalidad de alta. La estancia media de las altas terapéuticas es de 7,9 días, acumulándose en la mayoría de las ocasiones en el intervalo 6-15 días y siendo 7 días el valor más frecuente. Por el contrario, la mayoría de las altas no terapéuticas tienden a acumularse en el periodo 1-5 días.

Tabla 24
Estancia por modalidad de alta

Alta	Estancia (días)					Estancia media	Moda	Total
	0	1-5	6-10	11-15	Más de 15			
Evasión	7	19	5	0	0	2,7	1	31
Expulsión	9	103	34	8	0	4,1	1	154
Terapéutica	0	44	6246	728	59	7,9	7	7077
Traslado	8	55	30	8	4	5,3	1	105
Voluntaria	83	798	257	19	1	3,7	1	1158
Total	107	1019	6572	763	64	7,25	7	8525

Nota. $N = 8525$.

Hemos considerado que el valor más útil es el de la estancia media de las altas terapéuticas, que corresponde a 7,95 días, con una desviación estándar de 1,99 en una muestra de 7077 casos. No obstante, este valor no ha permanecido constante a lo largo de todo el periodo.

En la Figura 24 tenemos representada la evolución de la estancia media durante los treinta años de estudio. Como era de esperar, la estancia de las altas terapéuticas siempre permanece por encima del total, alcanzando ambas sus valores máximos en 1987, con 11,96 de estancia media total y 14,47 días de estancia en las altas terapéuticas. La estancia media disminuye muy

rápidamente los primeros años, disminuyendo después de forma progresiva y con algunos saltos, hasta estabilizarse en valores ligeramente superiores a los 7 días, siempre algo mayores en las altas terapéuticas.

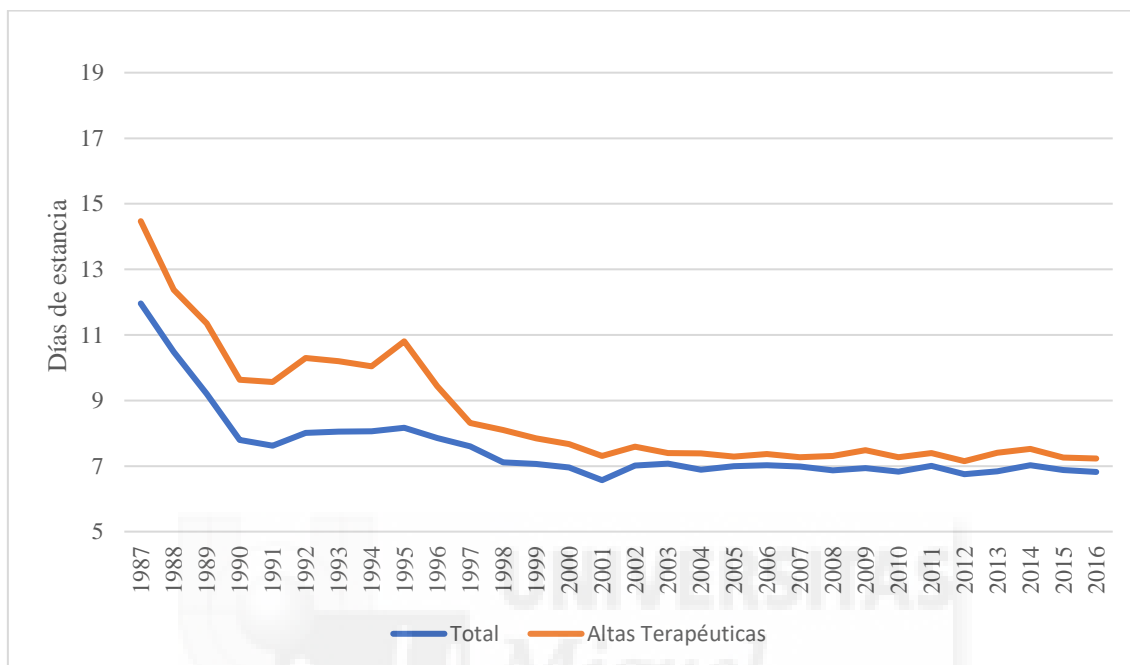


Figura 24. Evolución por año estancia media

3.2.8 Número de ingresos previos

El análisis de la distribución de los 8525 casos según la variable número de ingresos previos, nos muestra como el número de desintoxicaciones realizadas por usuarios que no contaban con ningún ingreso previo es de 4776, es decir un 56% del total de desintoxicaciones realizadas. En el resto de los casos, el usuario contaba con al menos un tratamiento previo en la UDH.

En la Tabla 25 se muestra la distribución de los casos relacionados con el número de ingresos previos. Es imprescindible, para poder interpretar los resultados de la Tabla 25, recordar que cuando un ingreso es realizado por un usuario que no ha ingresado con anterioridad, la variable “ingresos previos” debe ser igual a 0, en el 2º ingreso será igual a 1, y así sucesivamente, hasta el máximo resultado alcanzado, que es el ingreso número 18, con 17 ingresos

previos. La unidad de análisis es el ingreso, por lo que muestra el número total de casos que se han producido con cada valor de ingresos previos.

Tabla 25
Casos agrupados por el número de ingresos previos

Ingresos previos	Casos	%	% acumulado
0	4776	56,0	56,0
1	1860	21,8	77,8
2	836	9,8	87,6
3	447	5,2	92,9
4	242	2,8	95,7
5	147	1,7	97,5
6	82	1,0	98,4
7	49	0,6	99,0
8	26	0,3	99,3
9	16	0,2	99,5
10	14	0,2	99,6
11	10	0,1	99,8
12	8	0,1	99,9
13	6	0,1	99,9
14	3	0,0	100,0
15	1	0,0	100,0
16	1	0,0	100,0
17	1	0,0	100,0

Nota. $N = 8525$.

3.2.9 Ingresos por usuario

Hasta el momento, los datos presentados han sido suponiendo el ingreso como la unidad de análisis. En esta ocasión vamos a modificarlo, en lugar de analizar el ingreso, vamos a analizar el usuario, con el número de ingresos que haya tenido. En este caso, los 8525 ingresos anteriormente estudiados, se distribuyen en un total de 4776 usuarios, agrupados según el número de ingresos que ha completado cada usuario.

Del análisis de la Tabla 26 podemos destacar como un total de 2916 usuarios ingresan en tan sólo una ocasión y el número máximo de ingresos alcanzados por un usuario es de 18. Los usuarios con un único ingreso suponen el 61% de los usuarios totales, pero tan sólo el 34% de los ingresos. En el lado contrario, si sumamos los usuarios que han alcanzado o superado los 5 ingresos, tenemos un total de 242 usuarios que en su totalidad han realizado 1575 ingresos. Es decir, un 5% de los usuarios acumulan un total del 18% de los ingresos.

Tabla 26
Número de ingresos por usuario

Número de ingresos por usuario	Número de usuarios	Total de ingresos (usuarios x ingresos)	% (ingresos)	% (usuarios)
1	2916	2916	34,0	61,0
2	1024	2048	24,0	21,4
3	389	1167	13,7	8,1
4	205	820	9,7	4,3
5	95	475	5,6	2,0
6	65	390	4,6	1,4
7	33	231	2,7	0,7
8	23	184	2,2	0,5
9	10	90	1,1	0,2
10	2	20	0,2	0,0
11	4	44	0,5	0,1
12	2	24	0,3	0,0
13	2	26	0,3	0,0
14	3	42	0,5	0,1
15	2	30	0,4	0,0
16	-	-	-	-
17	-	-	-	-
18	1	18	0,2	0,0
Total	4776	8525	100%	100%

3.2.10 Sustancias por las que se realiza la desintoxicación

3.2.10.1 Número de sustancias

Un análisis de obligado cumplimiento en cualquier estudio relacionado con el abuso de sustancias debe ser lógicamente el tipo y número de sustancias. Vemos, en la Tabla 27, como la solicitud de tratamiento de desintoxicación por una única sustancia alcanza un porcentaje ligeramente superior al 67%, 2 sustancias el 23%, 3 sustancias el 7% y 4 o más sustancias ya corresponden a porcentajes residuales. Asimismo, el porcentaje acumulado nos indica como un porcentaje superior al 90% de los casos realizan una desintoxicación de 1 o 2 sustancias.

Tabla 27

Ingresos agrupados por número de sustancias

Número de drogas	Casos	%	% acumulado
1	5727	67,2	67,2
2	1997	23,4	90,6
3	626	7,3	97,9
4	148	1,7	99,7
5	26	0,3	100,0
6	1	0,0	100,0

Nota. N = 8525.

En la Figura 25 representamos cada sustancia de forma individual. Vemos como dos sustancias se destacan con porcentajes elevados: alcohol (37,8%) y heroína (39,5%). Otros porcentajes relativamente elevados lo alcanzan la cocaína clorhidrato (16,1%) y la cocaína base (10,5%), que en su conjunto supondrían un porcentaje del 26,6%. El consumo de psicofármacos, en la totalidad de sus posibilidades, alcanza asimismo un porcentaje del 15,8%. El resto de las sustancias reflejan porcentajes inferiores al 10%.

Un estudio diferente es necesario para los casos donde el usuario se encuentra incluido en un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM),

pero solicita el tratamiento de desintoxicación de otra sustancia, continuando el tratamiento con metadona, en estos casos se recoge la variable metadona (mantener) diferenciándola de metadona (desintoxicar). Los ingresos que solicitan desintoxicación de metadona suponen un 8,4%, mientras que los que solicitan desintoxicación de alguna otra sustancia, permaneciendo en PMM, suponen un 6,9%.

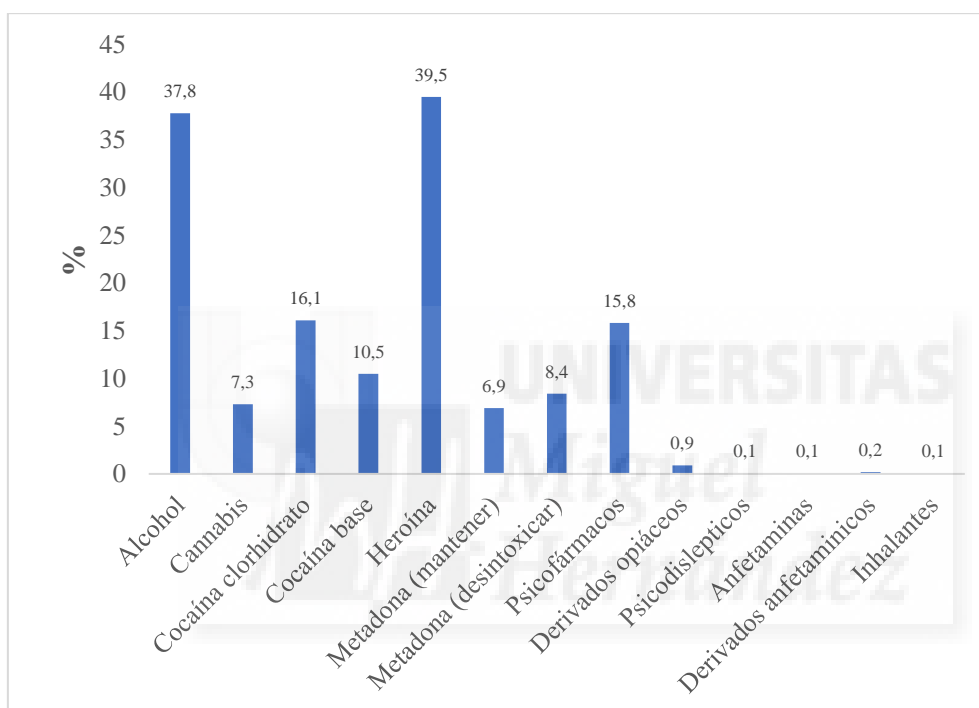


Figura 25. Sustancias por las que se solicita tratamiento de desintoxicación

Como era de esperar, las sustancias que han motivado las desintoxicaciones han evolucionado a lo largo de los 30 años que se están estudiando en el presente trabajo. En la Figura 26 tenemos la representación lineal de las principales sustancias que han estado relacionadas con un mayor número de casos. Con la finalidad de favorecer la interpretación visual de los datos, se han excluido del gráfico aquellas sustancias menos representativas.

Como se ha comentado con anterioridad, destacan las desintoxicaciones de alcohol y heroína, observándose además como la heroína era la droga predominante hasta el año 2002, cuando es desplazada por el alcohol. Aunque

en general, el declive de la heroína parece coincidir con el aumento progresivo del resto de sustancias.

Se han sumado los casos correspondientes a las dos modalidades de la cocaína, observándose el progresivo aumento del consumo de la misma, siguiendo un patrón similar al del alcohol, para luego caer bruscamente a partir del año 2006.

Los psicofármacos han mantenido una proporción relativamente baja hasta los años 1998-1999, cuando comienza un progresivo aumento del número de casos asociados al consumo de los mismos. Alcanzando el pico en el año 2008 y manteniéndose relativamente estable desde entonces.

El cannabis ha estado relacionado con una proporción marginal de los casos hasta el año 2000, cuando comienza un lento, pero progresivo, incremento de los casos anuales de desintoxicaciones asociadas a su consumo, alcanzándose el pico en el año 2016.

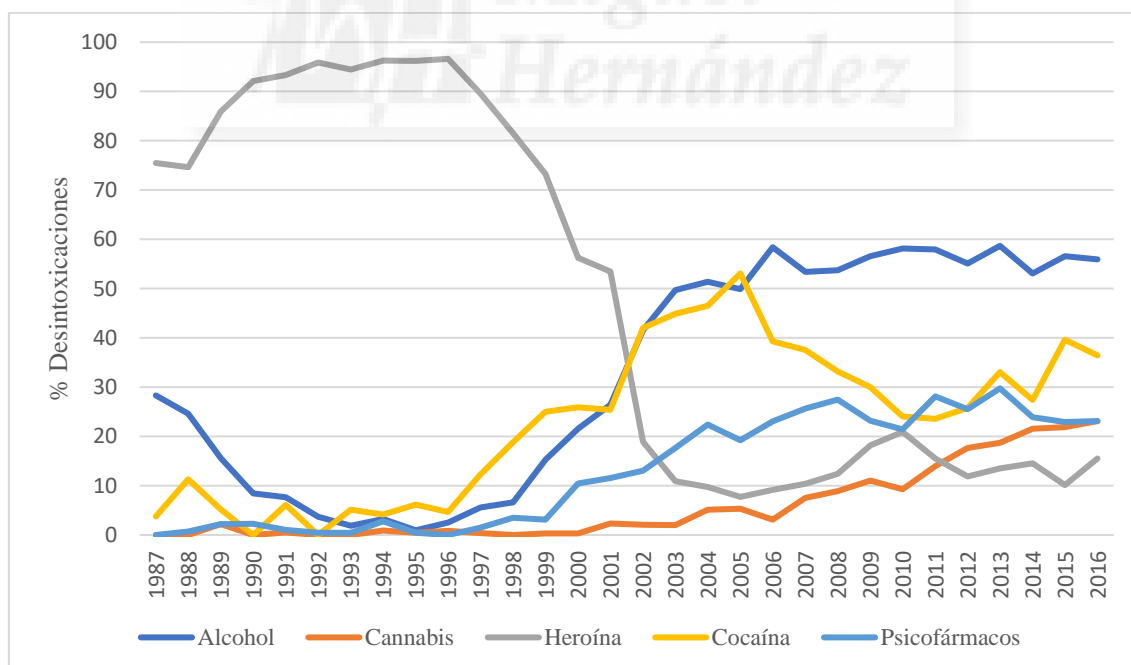


Figura 26. Evolución por año principales sustancias

3.2.10.2 Alcohol

Si estudiamos la variable del consumo de alcohol, vemos que, de los 8525 tratamientos de desintoxicación estudiados, el alcohol estaba presente en 3221 casos, equivalente al 37,8%. El número de desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas es de 1813, lo que supone algo más de la mitad (56,3%) de los casos donde se encuentra presente el alcohol. Las desintoxicaciones de alcohol y otra sustancia suponen el 28%, y las de dos sustancias el 11,4%, correspondiendo proporciones muy pequeñas a las desintoxicaciones de alcohol y tres o más sustancias (Tabla 28).

Tabla 28

Numero de drogas asociadas en las desintoxicaciones alcohólicas

Número drogas asociadas	Casos	%	% acumulado
0	1813	56,3	56,3
1	902	28,0	84,3
2	368	11,4	95,7
3	114	3,5	99,3
4	23	0,7	100,0
5	1	0,0	100,0

Nota. $n = 3221$.

En total, el alcohol ha aparecido asociado con alguna otra sustancia en 1408 casos. En la Tabla 29 podemos estudiar las drogas que más frecuentemente aparecen asociadas al alcohol. El 37,1% de las veces está presente la cocaína clorhidrato, a lo que podríamos sumarle la cocaína base con un porcentaje del 15,5%, aunque el grupo de sustancias que más frecuentemente se asocian al alcohol son los psicofármacos, que suponen el 37,8% de los casos. Si calculamos la proporción de estas sustancias, sobre el total de desintoxicaciones alcohólicas, vemos como la cocaína, sumando sus

dos modalidades, está presente en el 23% de las desintoxicaciones y los psicofármacos en el 16,5%.

Tabla 29

Drogas asociadas en las desintoxicaciones alcohólicas

Droga asociada	Casos	% sustancias asociadas ^a	% desintoxicaciones alcohol ^b
Cannabis	263	18,7	8,2
Cocaína clorhidrato	523	37,1	16,2
Cocaína base	218	15,5	6,8
Heroína	217	15,4	6,7
Metadona (desintoxicar)	92	6,5	2,9
Metadona (mantener)	208	14,8	6,5
Derivados opiáceos	10	0,7	0,3
Psicofármacos	532	37,8	16,5
Psicodislépticos	6	0,4	0,2
Anfetaminas	3	0,2	0,1
Derivados anfetaminicos	4	0,3	0,1
Inhalantes	1	0,1	0,0

Nota.

^a El porcentaje de las sustancias asociadas se ha calculado sobre el total de casos de desintoxicación alcohólica con alguna otra sustancia (1408).

^b El porcentaje desintoxicaciones alcohol se ha calculado sobre el total de desintoxicaciones alcohólicas, (3221).

En la Figura 27 tenemos la evolución del número de casos en los que la desintoxicación ha estado relacionada con el consumo de alcohol. En los primeros años de la UDH se mantuvieron unas proporciones relativamente bajas de desintoxicaciones alcohólicas, que fueron disminuyendo progresivamente hasta alcanzar los mínimos en el año 1995. A partir de 1996 comienza un progresivo incremento de los casos asociados al alcohol, que alcanza los máximos niveles en el año 2006.

La evolución de las desintoxicaciones exclusivas y asociadas del alcohol ha sido similar, aunque generalmente, los casos por desintoxicaciones

exclusivas alcohólicas, han sido más numerosos que los que suponían desintoxicaciones de alcohol asociados a otra sustancia.

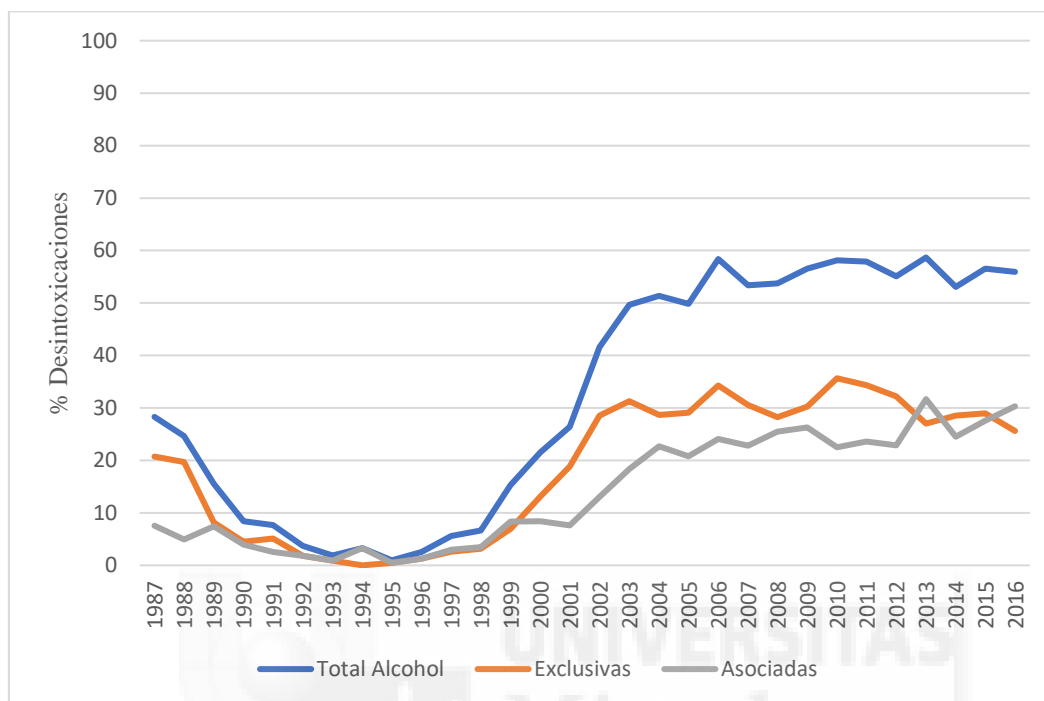


Figura 27. Evolución por año de las desintoxicaciones alcohólicas

3.2.10.3 Cocaína

En el estudio de las desintoxicaciones llevadas a cabo por usuarios consumidores de cocaína, hemos realizado la división entre los que consumen cocaína clorhidrato y los consumidores de cocaína base. El número de desintoxicaciones de cocaína es de un total de 2204 casos, equivalentes a 25,9% de las desintoxicaciones totales. Del total de desintoxicaciones de cocaína, 1308 (59,35%) lo han sido de cocaína clorhidrato, 830 (37,66%) de cocaína base y 66 (3%) de ambas.

El estudio del número de drogas asociadas, en cada una de las modalidades de consumo de cocaína, muestra unos porcentajes similares en ambas modalidades de consumo. En más de la mitad de los casos de la desintoxicación de cocaína, se presenta asociada con otra sustancia, mientras que el porcentaje de desintoxicaciones de cocaína de forma exclusiva es

relativamente bajo, en torno al 22%, lo que suponen 291 casos en cocaína clorhidrato y 183 en cocaína base (Tabla 30).

Tabla 30

Número de drogas asociadas en desintoxicaciones de cocaína

Número drogas	Cocaína clorhidrato		Cocaína base	
	Casos	% ^a	Casos	% ^b
0	291	22,2	183	22,0
1	693	53,0	416	50,1
2	243	18,6	183	22,0
3	70	5,4	44	5,3
4	11	0,8	3	0,4
5	-	-	1	0,1

Nota. Se han excluido los 66 casos donde se presentaba consumo combinado de cocaína clorhidrato y cocaína base.

^a Se ha calculado el porcentaje sobre los 1308 casos de consumo de cocaína clorhidrato.

^b Se ha calculado el porcentaje sobre los 830 casos de consumo de cocaína base.

Siendo la cocaína una droga que generalmente se presenta asociada a, al menos, otra sustancia, resulta de especial interés analizar cuáles son las drogas que con mayor frecuencia se relacionan en las desintoxicaciones de cocaína. Hemos analizado por separado las dos posibles modalidades de cocaína incluidas en el estudio, excluyendo a los 66 casos que presentaban un consumo combinado de ambas.

Las drogas que más frecuentemente se asocian con el consumo de cocaína clorhidrato son el alcohol (37,8%), la heroína (24,7%), psicofármacos (17,7%), cannabis (13,8%) y metadona (13,2%, sumando las dos posibilidades de consumo de metadona). Por el contrario, las drogas que más frecuentemente se han asociado con el consumo de cocaína base son la metadona (36%), psicofármacos (23,3%), alcohol (22,9%), heroína (22%) y cannabis (7,1%) (Tabla 31).

Tabla 31
Drogas asociadas en desintoxicaciones de cocaína

Droga asociada	Cocaína clorhidrato		Cocaína base	
	Casos	% ^a	Casos	% ^b
Alcohol	495	37,8	190	22,9
Cannabis	180	13,8	59	7,1
Heroína	323	24,7	183	22,0
Metadona (desintoxicar)	56	4,3	90	10,8
Metadona (mantener)	116	8,9	209	25,2
Derivados opiáceos	9	0,7	5	0,6
Psicofármacos	232	17,7	193	23,3
Psicodislépticos	6	0,5	-	-
Anfetaminas	9	0,7	-	-
Derivados anfetaminas	7	0,5	2	0,2
Inhalantes	-	-	-	-

Nota. Se han excluido los 66 casos donde se presentaba consumo combinado de cocaína clorhidrato y cocaína base.

^a Se ha calculado el porcentaje sobre los 1308 casos de consumo de cocaína clorhidrato.

^b Se ha calculado el porcentaje sobre los 830 casos de consumo de cocaína base.

El estudio, en la Figura 28, de la evolución en el tiempo del número de casos por desintoxicación de cocaína, nos muestra como la cocaína clorhidrato mantuvo desde los inicios un porcentaje en las desintoxicaciones cercano al 5%, a partir del año 1997 supera la barrera del 10%, incrementándose progresivamente hasta llegar a superar el 20% de los casos, en el periodo del 2002 al 2007. En el periodo desde 2007 hasta 2016 ha mantenido valores cercanos al 20%, llegando a alcanzar el pico en el año 2015, donde la cocaína clorhidrato estuvo presente en el 27,3% de los casos.

El incremento progresivo que han experimentado los casos por consumo de cocaína clorhidrato, se ha debido principalmente, a las desintoxicaciones asociadas de cocaína con alguna otra sustancia ya que, en general, las desintoxicaciones exclusivas por cocaína clorhidrato han mantenido valores estables por debajo del 10% del total de desintoxicaciones en la UDH.

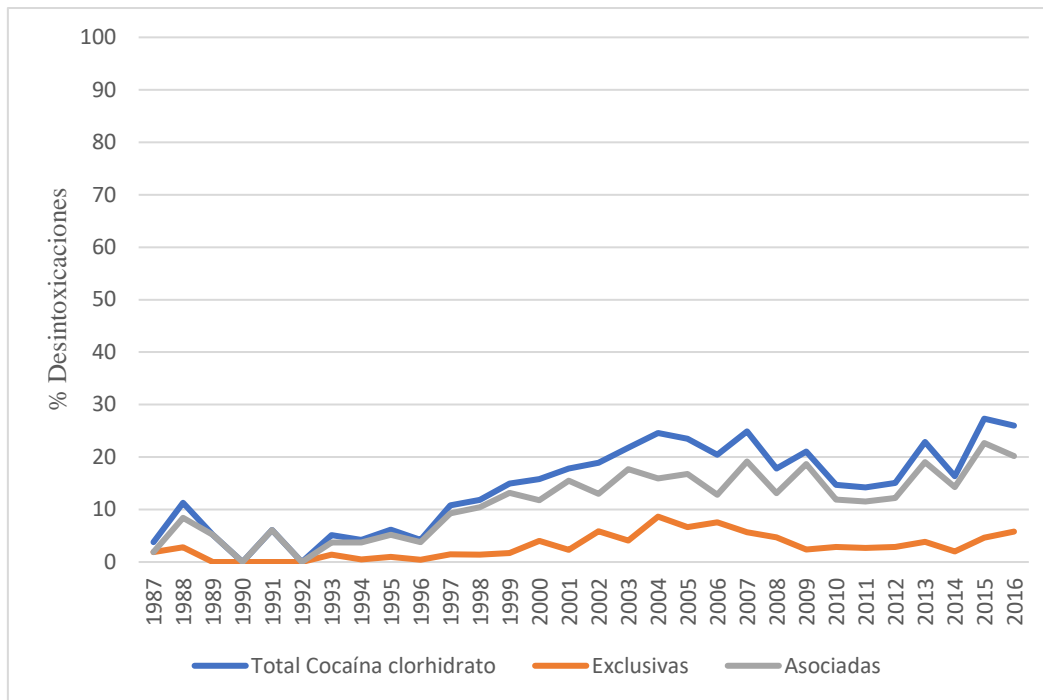


Figura 28. Evolución por año de las desintoxicaciones de cocaína clorhidrato

En la Figura 28 tenemos la representación gráfica del porcentaje que han representado las desintoxicaciones de cocaína base, sobre el total de los casos cada año. La primera ocasión en que se registró una solicitud de desintoxicación por cocaína base fue en el año 1996, aunque en 10 años se incrementaron las demandas de desintoxicación hasta llegar a alcanzar el 30% de los casos en 2005.

Desde el año 2009 se mantiene relativamente estable una proporción del 10% de los casos. Las desintoxicaciones exclusivas de cocaína base son poco frecuentes, presentándose generalmente de forma asociada a otras sustancias.

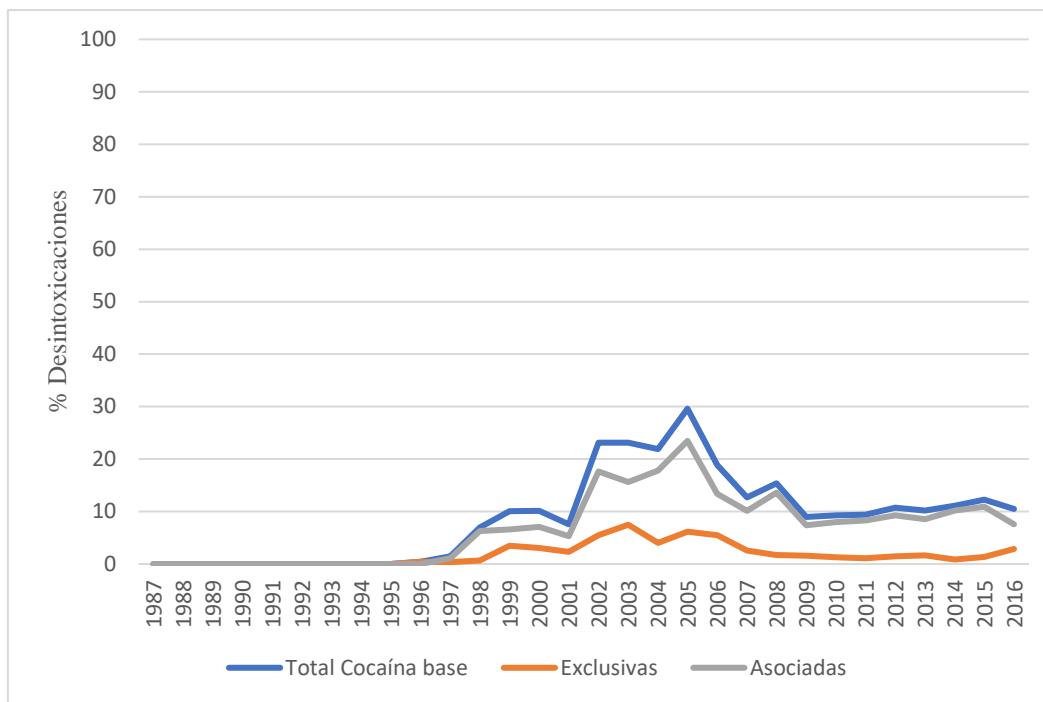


Figura 29. Evolución por año de las desintoxicaciones de cocaína base

3.2.10.4 Cannabis

El consumo del cannabis hemos visto como está fuertemente arraigado en la sociedad, siendo una sustancia ampliamente consumida, no obstante, el número de desintoxicaciones por consumo de cannabis no llega a alcanzar las cifras de otras drogas. Además, el cannabis se presenta generalmente asociado a otras sustancias, siendo relativamente bajo el número de casos con desintoxicaciones exclusivas por cannabis. De los 8525 casos iniciales, el cannabis está presente en 623 desintoxicaciones, lo que supone un 7,3%. De los casos donde estaba presente el cannabis, la proporción de desintoxicaciones exclusivas es del 21,2%, lo que supone 132 casos, tal y como se detalla en la Tabla 32.

Tabla 32*Número de drogas en las desintoxicaciones por cannabis*

Número drogas asociadas	Casos	%
0	132	21,2
1	241	38,7
2	164	26,3
3	66	10,6
4	19	3,0
5	1	0,2

Nota. n = 623.

El total de los ingresos que representan desintoxicaciones del cannabis y otra sustancia es de 491 casos. El análisis, dentro de estos casos, de las sustancias que con mayor frecuencia se asocian al cannabis lo tenemos en la Tabla 33.

La sustancia que con mayor frecuencia se asocia en las desintoxicaciones al cannabis es el alcohol, con un porcentaje del 53,6%. No obstante, la suma de las proporciones de cocaína clorhidrato (39,7%) y cocaína base (15,1%) superan al alcohol. Psicofármacos (30,5%) y heroína (15,3%) son las otras sustancias que se asocian con más frecuencia al cannabis.

Tabla 33*Drogas asociadas en las desintoxicaciones por cannabis*

Droga asociada	Número casos	% sustancias asociadas ^a	% desintoxicaciones cannabis ^b
Alcohol	263	53,6	42,2
Cocaína clorhidrato	195	39,7	31,3
Cocaína base	74	15,1	11,9
Heroína	75	15,3	12,0
Metadona (desintoxicar)	37	7,5	5,9
Metadona (mantener)	30	6,1	4,8
Derivados opiáceos	4	0,8	0,6
Psicofármacos	150	30,5	24,1
Psicodislépticos	7	1,4	1,1
Anfetaminas	6	1,2	1,0
Derivados anfetamínicos	6	1,2	1,0
Inhalantes	1	0,2	0,2

Nota. *n* = 491.

^a El porcentaje de las sustancias asociadas se ha calculado sobre el número de casos de desintoxicación por cannabis con alguna otra sustancia (491).

^b El porcentaje desintoxicaciones cannabis se ha calculado sobre el total de desintoxicaciones por cannabis, (623).

La evolución, durante los treinta años, del número de casos donde se realiza una desintoxicación por consumo de cannabis, lo tenemos en la Figura 30. En los primeros años del intervalo, las desintoxicaciones por consumo de cannabis son prácticamente inexistentes, comenzando a incrementarse progresivamente a partir del año 2000, principalmente de forma asociada a otras sustancias, aunque también se produce un incremento de las desintoxicaciones exclusivas. En el año 2016 el porcentaje total de casos por desintoxicación de cannabis fue el 23,1%, con un 5% de desintoxicaciones exclusivas.

Vemos como el cannabis ha pasado de ser una sustancia que, prácticamente no generaba ninguna solicitud de desintoxicación, a estar presente en un porcentaje superior al 20% del total y generar un porcentaje cercano al 5% por desintoxicaciones exclusivas de dicha sustancia.

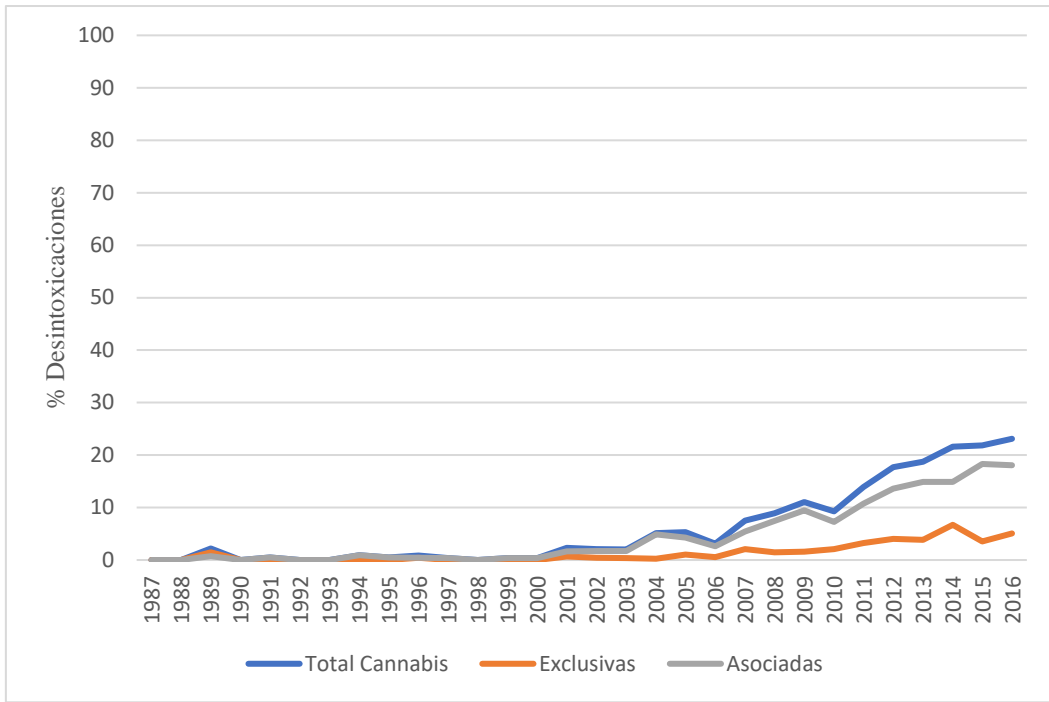


Figura 30. Evolución por año de las desintoxicaciones por cannabis



3.2.10.5 Heroína

La heroína, junto con el alcohol, son las sustancias que alcanzan mayores porcentajes dentro del total. Analizando los 8525 ingresos, el número de casos donde está presente la heroína es de 3368, equivalentes al 39,5%. Además, el porcentaje de desintoxicaciones exclusivas por heroína es el más elevado de todas las sustancias, el 76%, es decir, 2558 casos. En la Tabla 34 tenemos el total de las desintoxicaciones por heroína, con la distribución según el número de drogas asociadas.

Tabla 34

Número de drogas en las desintoxicaciones por heroína

Número drogas asociadas	Casos	%	% acumulado
0	2558	76,0	76,0
1	551	16,4	92,3
2	182	5,4	97,7
3	61	1,8	99,5
4	15	0,4	100,0
5	1	0,0	100,0

Nota. $n = 3368$.

En un total de 810 casos la heroína se ha presentado asociada a otras drogas. En la Tabla 35 se detalla la proporción de casos donde aparece cada sustancia. Entre las sustancias asociadas destaca la cocaína que, en sus dos modalidades, clorhidrato (40,9%) y base (23,6%), alcanza elevados porcentajes. El alcohol (26,8%), psicofármacos (21,6%) y la suma de las modalidades de la metadona (17,1%) le siguen como las sustancias que, con mayor frecuencia, se asocian a la heroína en las desintoxicaciones.

Tabla 35*Drogas asociadas en las desintoxicaciones por heroína*

Droga asociada	Número casos	% sustancias asociadas ^a	% desintoxicaciones heroína ^b
Alcohol	217	26,8	6,4
Cocaína clorhidrato	331	40,9	9,8
Cocaína base	191	23,6	5,7
Cannabis	75	9,3	2,2
Metadona (desintoxicar)	80	9,9	2,4
Metadona (mantener)	58	7,2	1,7
Derivados opiáceos	28	3,5	0,8
Psicofármacos	175	21,6	5,2
Psicodislépticos	-	-	-
Anfetaminas	4	0,5	0,1
Derivados anfetamínicos	4	0,5	0,1
Inhalantes	-	-	-

Nota. *n* = 810.

^a El porcentaje de las sustancias asociadas se ha calculado sobre el número de casos de desintoxicación por heroína con alguna otra sustancia, (810).

^b El porcentaje desintoxicaciones heroína se ha calculado sobre el total de desintoxicaciones por heroína, (3368).

Teniendo en cuenta que las UDH en nuestro país fueron concebidas con la intención inicial de tratar a los usuarios adictos a la heroína, no es de extrañar que esta sustancia dominara durante los primeros años todas las estadísticas. En la Figura 31 tenemos la variación durante 30 años del porcentaje de casos donde estaba presente la heroína, de forma exclusiva, o asociada a otras sustancias.

Las desintoxicaciones por heroína, ya sea de forma exclusiva o asociada a otras sustancias, mantuvieron proporciones superiores al 70% del total desde 1987 hasta 1999, llegando a alcanzar el pico máximo en 1996, cuando de las 236 desintoxicaciones realizadas, la heroína estaba presente en 228 casos, en 215 de ellos como droga exclusiva. Durante tres años consecutivos, 1994-1996, la heroína estuvo asociada, en porcentajes superiores al 96% del total de los casos.

A partir del año 1999 se observa una brusca caída de la presencia de la heroína, llegando a alcanzar el mínimo en el año 2005, con un 7,7% del total y un 1,6% de desintoxicaciones exclusivas de heroína. A partir del año 2005 se observa una tímida recuperación de la heroína, llegando a superar la barrera del 20% en el año 2010. En la última década, la heroína se ha estabilizado con unos porcentajes entre el 10% y el 20%, alcanzando en 2016 el 15,5% del total.

Las variaciones en el número de casos donde está presente la heroína se deben principalmente a las desintoxicaciones exclusivas, ya que las desintoxicaciones de heroína asociada a otras sustancias han permanecido relativamente estables, con valores alrededor del 10%.

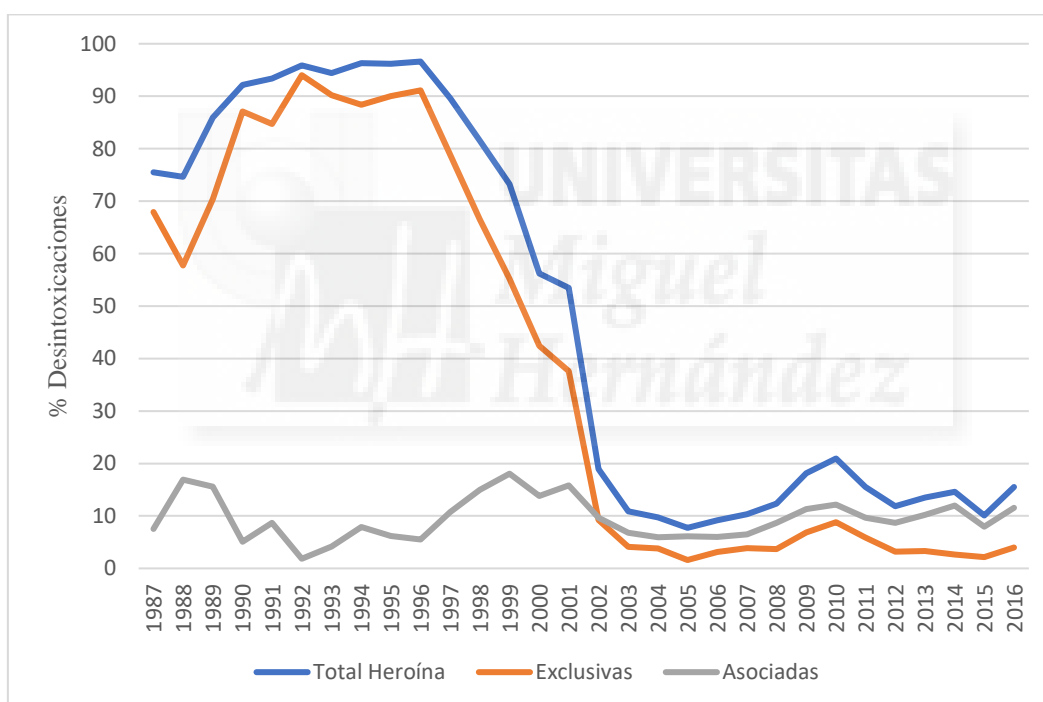


Figura 31. Evolución por año de las desintoxicaciones por heroína

3.2.10.6 Metadona

El análisis de la metadona presenta peculiaridades que la diferencian del resto de las sustancias, para el estudio de la metadona se han incluido dos variables: metadona (desintoxicar) y metadona (mantener). Ambas variables son excluyentes entre sí, no pudiendo un caso ser positivo en las dos al mismo

tiempo. Asimismo, la variable metadona (mantener) necesariamente debe estar asociada con otra sustancia, ya que el usuario no realiza una desintoxicación de metadona, sino que permanecerá en PMM, desintoxicándose de otra sustancia.

El total de casos donde está presenta la metadona es de 1300, equivalentes al 15,2% del total de los 8525 ingresos procedentes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Las desintoxicaciones de metadona son un total de 715, donde 398 casos (55,67%) son desintoxicaciones exclusivas de dicha sustancia. En 585 casos el usuario estaba en PMM e ingresaba para desintoxicarse de alguna otra sustancia.

En la Tabla 36 tenemos la distribución de las dos variables según el número de sustancias asociadas, podemos ver como los porcentajes relativos son sensiblemente superiores cuando está previsto que el usuario permanezca en mantenimiento con metadona, que cuando realiza una desintoxicación de dicha sustancia.

Tabla 36
Número de drogas asociadas en desintoxicaciones de metadona

Número drogas	Metadona desintoxicación		Metadona mantenimiento	
	Casos	%	Casos	%
0	398	55,7	- ^a	-
1	209	29,4	361	61,7
2	77	10,8	168	28,7
3	27	3,8	48	8,2
4	3	0,4	8	1,4
5	1	0,1	-	-
Total	715		585	

Nota.

^a En la variable metadona (mantenimiento) siempre tiene que haber, al menos, otra sustancia asociada.

El estudio detallado de las drogas asociadas en los casos donde estaba presente la metadona lo tenemos en la Tabla 37. Las drogas que más

frecuentemente se asocian en ambas variables son la cocaína (sumando ambas modalidades), psicofármacos y alcohol. La heroína supera al cannabis en los casos donde se realiza una desintoxicación de metadona, al revés de lo que sucede cuando está previsto que el usuario permanezca en tratamiento con metadona.

Los porcentajes relativos son sensiblemente inferiores en los casos donde se realiza una desintoxicación de metadona, en concordancia con lo anteriormente detectado, de mayor número de drogas asociadas en los casos donde el usuario permanecerá en mantenimiento con dicha sustancia.

Tabla 37
Drogas asociadas a la metadona

Droga asociada	Metadona Mantenimiento		Metadona Desintoxicación	
	Casos	% ^a	Casos	% ^b
Alcohol	208	35,6	92	29,0
Cannabis	30	5,1	37	11,7
Cocaína clorhidrato	125	21,4	56	17,7
Cocaína base	218	37,3	90	28,4
Heroína	58	9,9	80	25,2
Derivados opiáceos	0	0	0	0
Psicofármacos	231	39,5	105	33,1
Psicodislépticos	1	0,2	0	0
Anfetaminas	1	0,2	1	0,3
Derivados anfetaminas	1	0,2	0	0
Inhalantes	0	0	0	0

Nota.

^a Para el cálculo del porcentaje en metadona mantenimiento se ha calculado sobre el total de casos con valor positivo en la variable (585).

^b El cálculo del porcentaje en metadona desintoxicación se ha calculado sobre el total de casos con valor positivo en la variable, excluyendo a las desintoxicaciones exclusivas (317).

En la Figura 32 tenemos la evolución durante el periodo 1987-2016 del porcentaje, sobre el total de desintoxicaciones donde ha estado presente la metadona, en sus dos posibilidades.

El primer usuario que se desintoxicó por metadona en la UDH fue en 1992, dos años después de la modificación en 1990 de la normativa relativa a la dispensación de la metadona, pero no es hasta 1997 cuando se produce el despegue definitivo del número de casos.

Desde 1999 la metadona ha mantenido una proporción superior al 10% sobre el total de casos, llegando a alcanzar el 28,5% en el año 2005. El número de casos donde el usuario se desintoxicaba ha mantenido unos valores similares a los casos donde iba a permanecer en PMM, aunque en la última década las desintoxicaciones han permanecido invariablemente por encima de los casos de mantenimiento.

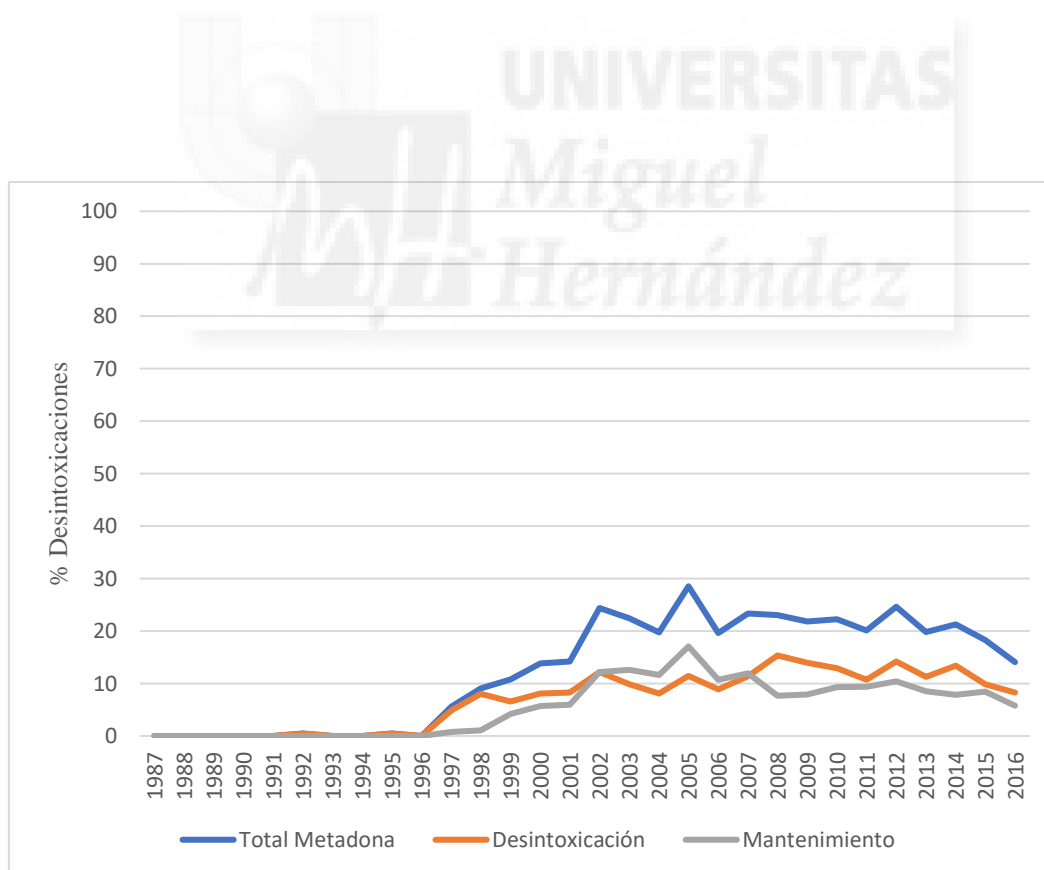


Figura 32. Evolución por año de las desintoxicaciones de metadona

3.2.10.7 Psicofármacos

El estudio de la variable psicofármacos tiene la limitación de que se han incluido una gran cantidad de sustancias dentro del mismo apartado, el resultado positivo para esta variable es de 1345 casos, que representa el 15,8% del total. El análisis del número de drogas asociadas nos muestra como de los 1345 casos, 306 (22,8%) son desintoxicaciones exclusivas de psicofármacos y en los 1039 (77,2%) restantes, se presentan asociados a otras sustancias (Tabla 38).

Tabla 38

Número de drogas asociadas en desintoxicaciones por psicofármacos

Número drogas asociadas	Casos	%	% acumulado
0	307	22,8	22,8
1	558	41,5	64,2
2	339	25,2	89,4
3	120	8,9	98,4
4	21	1,6	99,9
5	1	0,1	100,0

Nota. $n = 1346$.

Un análisis más detallado de las sustancias que con más frecuencia se asocian en las desintoxicaciones de psicofármacos lo tenemos en la Tabla 39. Vemos como en más de la mitad de los casos donde los psicofármacos están asociados a otra sustancia se encuentra presente el alcohol, asimismo la cocaína en sus dos modalidades, clorhidrato (24,9%) y base (21,2%), también presenta unos porcentajes relativamente elevados.

Tabla 39*Drogas asociadas en las desintoxicaciones por psicofármacos*

Droga asociada	Número casos	% sustancias asociadas ^a	% desintoxicaciones psicofármacos ^b
Alcohol	532	51,2	39,6
Cannabis	150	14,4	11,2
Cocaína base	220	21,2	16,4
Cocaína clorhidrato	259	24,9	19,3
Heroína	175	16,8	13,0
Metadona (desintoxicar)	105	10,1	7,8
Metadona (mantener)	231	22,2	17,2
Derivados opiáceos	6	0,6	0,4
Psicodislépticos	3	0,3	0,2
Anfetaminas	1	0,1	0,1
Derivados anfetamínicos	3	0,3	0,2
Inhalantes	0	0	0

Nota. *n* = 1039.

^a El porcentaje de las sustancias asociadas se ha calculado sobre el número de casos de desintoxicación por psicofármacos con alguna otra sustancia (1039).

^b El porcentaje desintoxicaciones psicofármacos se ha calculado sobre el total de desintoxicaciones por psicofármacos (1346).

El estudio de la evolución temporal del número de casos relacionados con psicofármacos carece de puntos de inflexión o cambios de tendencia tan marcados como los presentados por otras sustancias. No obstante, podemos observar como durante la primera década mantuvo unas proporciones discretas, comenzando a partir de 1996 un lento, pero progresivo incremento.

A partir del año 2005 los psicofármacos han estado presentes en un porcentaje superior al 20% del total de casos, alcanzando su valor máximo en el año 2013, con un valor del 29,8%.

El incremento de la proporción de desintoxicaciones relacionadas con psicofármacos se debe principalmente a la presencia de estos asociados con otras sustancias, ya que las desintoxicaciones exclusivas por psicofármacos se han mantenido relativamente estables con valores cercanos al 5% del total de los casos (Figura 33).

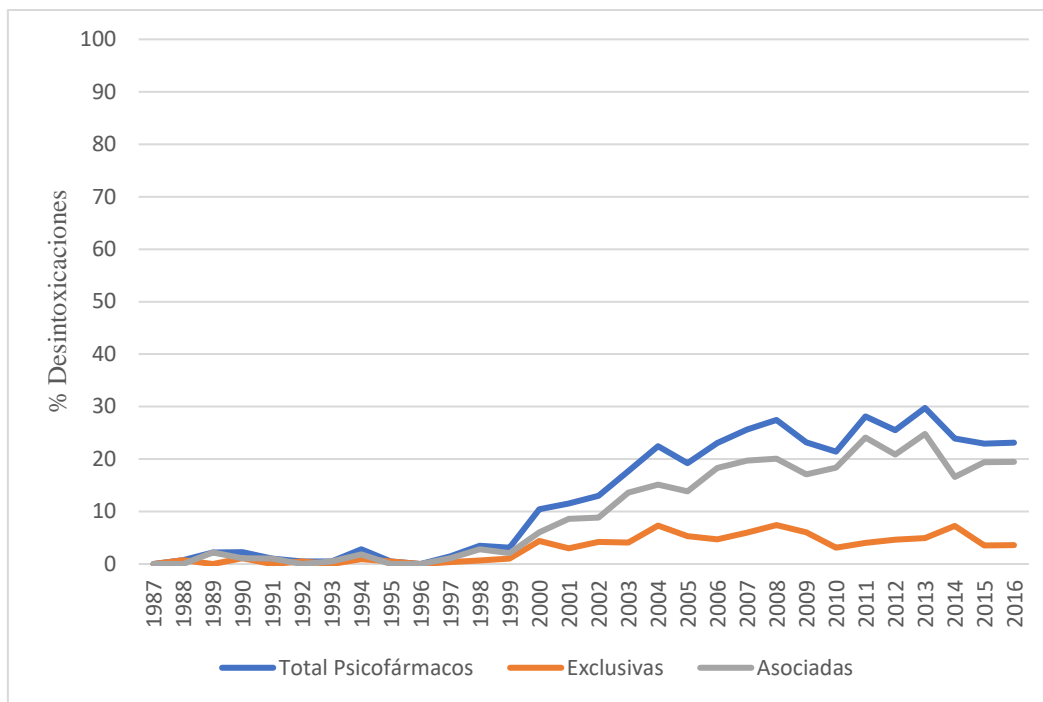


Figura 33. Evolución por año de las desintoxicaciones de psicofármacos

3.2.10.8 Derivados opiáceos

Las desintoxicaciones por derivados opiáceos (excluyendo metadona y heroína) son relativamente poco frecuentes. Se han registrado 78 casos, en el total de los 8525 ingresos, lo que representa el 0,9%. El 46,2% son desintoxicaciones exclusivas y el 53,8% son desintoxicaciones donde los derivados opiáceos están asociadas a alguna otra sustancia (Tabla 40).

Tabla 40

Número de drogas en desintoxicaciones por derivados opiáceos

Número drogas asociadas	Casos	%	% acumulado
0	36	46,2	46,2
1	26	33,3	79,5
2	13	16,7	96,2
3	2	2,6	98,7
4	1	1,3	100,0

Nota. n = 78.

En cuanto al estudio de las drogas que suelen asociarse con los derivados opiáceos, tenemos un total de 42 casos, representados en la Tabla 41. Se observa que las drogas que con mayor frecuencia se asocian con los derivados opiáceos son la heroína (66,7%) y el alcohol (23,8%) aunque, si sumamos las dos modalidades de consumo de cocaína, quedarían en segundo lugar después de la heroína.

Tabla 41
Drogas asociadas en las desintoxicaciones por derivados opiáceos

Droga asociada	Casos	% sustancias asociadas ^a	% derivados opiáceos ^b
Alcohol	10	23,8	12,8
Cannabis	4	9,5	5,1
Cocaína base	5	11,9	6,4
Cocaína clorhidrato	9	21,4	11,5
Heroína	28	66,7	35,9
Metadona (desintoxicar)	0	0	0
Metadona (mantener)	0	0	0
Psicofármacos	6	14,3	7,7
Psicodislépticos	0	0	0
Anfetaminas	0	0	0
Derivados anfetaminicos	0	0	0
Inhalantes	0	0	0

Nota. $n = 42$.

^a El porcentaje de las sustancias asociadas se ha calculado sobre el número de casos de desintoxicación por derivados opiáceos con alguna otra sustancia (42).

^b El porcentaje derivados opiáceos se ha calculado sobre el total de desintoxicaciones por derivados opiáceos (78).

Al tratarse de un reducido número de casos los que han realizado una desintoxicación por derivados opiáceos, los porcentajes anuales sobre el total de las desintoxicaciones han sido generalmente inferiores al 5%. En la Figura 34, tenemos representada la evolución de este porcentaje durante los treinta años, para poder apreciar los diferentes valores se ha modificado la escala respecto a las anteriores sustancias.

Tan sólo en el año 1988 se superó la barrera del 5%, manteniéndose durante casi todo el periodo valores inferiores al 1%, y presentándose principalmente de forma asociada a otras sustancias. A partir del año 2011 se observa una tendencia ascendente, principalmente por el incremento de las desintoxicaciones exclusivas.

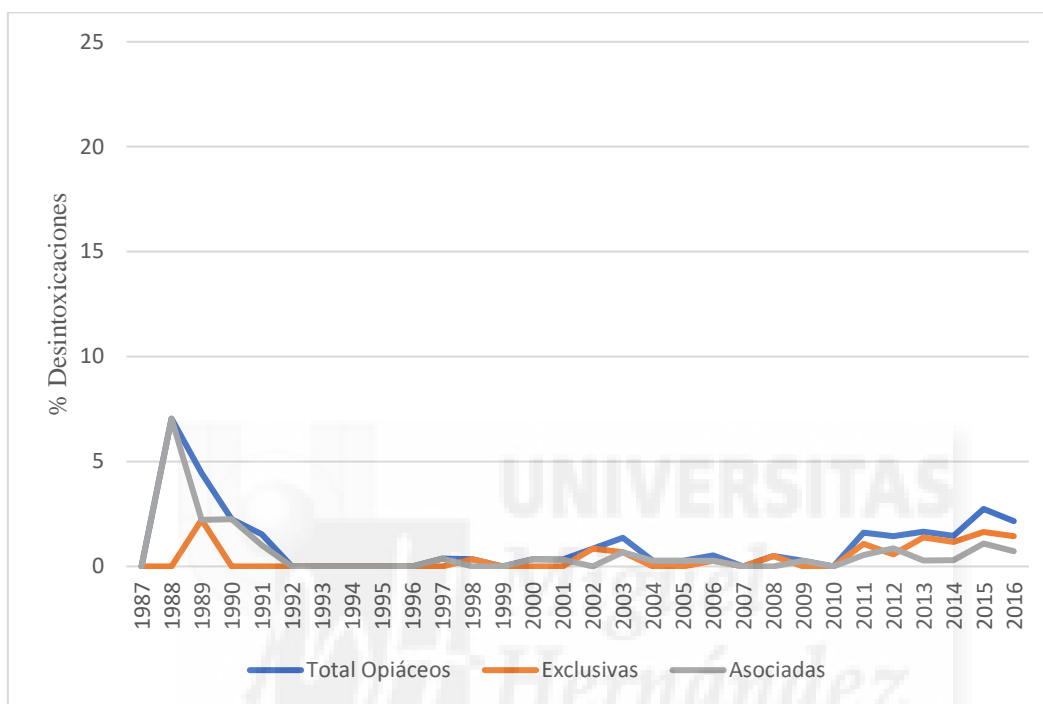


Figura 34. Evolución por año de las desintoxicaciones de derivados opiáceos

3.2.10.9 Anfetaminas y derivados

Las anfetaminas y los derivados son sustancias que motivan muy pocos ingresos para desintoxicación, las anfetaminas han estado presentes en 10 casos y los derivados anfetaminicos en 21. No se ha registrado ningún caso de solicitud de desintoxicación por ambos grupos de sustancias. No se ha registrado ningún caso de desintoxicación exclusiva por anfetaminas, mientras que en el caso de los derivados anfetaminicos tenemos 6 casos.

En la Tabla 42 tenemos la distribución de los casos según el número de sustancias asociadas. En lo referente a las drogas que han aparecido asociadas

en las desintoxicaciones con las anfetaminas y derivados, en ambos casos la sustancia principal es la cocaína clorhidrato, seguida del cannabis, heroína y alcohol. Destaca como en un 90% de las desintoxicaciones de anfetaminas se encontraba asociada la cocaína clorhidrato, en el caso de los derivados anfetaminicos la proporción es del 46,7% (Tabla 43).

Tabla 42

Número de drogas asociadas en desintoxicaciones de anfetaminas y derivados

Número drogas	Anfetaminas		Derivados anfetaminicos	
	Casos	%	Casos	%
0	-	-	6	28,6
1	2	20,0	7	33,3
2	3	30,0	6	28,6
3	3	30,0	-	-
4	2	20,0	2	9,5
Total	10		21	

Tabla 43
Drogas asociadas anfetaminas y derivados

Droga asociada	Anfetaminas		Derivados anfetaminicos	
	Casos	% ^a	Casos	% ^b
Alcohol	3	30,0	4	26,7
Cannabis	6	60,0	6	40,0
Cocaína clorhidrato	9	90,0	7	46,7
Cocaína base	-	-	2	13,3
Heroína	4	40,0	4	26,7
Metadona (desintoxicar)	1	10,0	-	-
Metadona (mantener)	1	10,0	-	-
Psicofármacos	1	10,0	3	20

Nota.

^a El cálculo del porcentaje en anfetaminas se ha calculado sobre el total de casos con valor positivo en la variable (10).

^b El cálculo del porcentaje en derivados anfetaminicos se ha calculado sobre el total de casos con valor positivo en la variable, excluyendo a las desintoxicaciones exclusivas (21).

3.2.10.10 Otras drogas: Inhalantes y Psicodislépticos

Las solicitudes de desintoxicación por consumo de inhalantes o psicodislépticos representan una proporción marginal de la población estudiada, inferiores al 0,1% en ambos casos. En relación al consumo de inhalantes, se han registrado 5 casos, donde 3 fueron desintoxicaciones exclusivas, un caso asociado al cannabis y otro al alcohol. El consumo de psicodislépticos ha estado presente en 7 casos, sin llegar a motivar en ningún caso una desintoxicación exclusiva. Se ha asociado con el alcohol (en 6 de los 7 casos), psicofármacos (3 de los 7 casos), metadona (1 de los 7 casos) y cocaína base (1 de los 7 casos).

3.2.10.11 Desintoxicaciones por una única sustancia

A la hora de analizar el perfil del ingreso en relación a la sustancia por la que se realiza la desintoxicación, nos encontramos con la dificultad añadida de que una alta proporción de usuarios realizan una desintoxicación por dos o más drogas. Las características del ingreso difícilmente las podemos relacionar con alguna de las sustancias, ya que no podemos discriminar si unas características están asociadas con alguna sustancia en concreto, con algunas de ellas o con todas las sustancias.

Hemos considerado adecuado estudiar por separado a los casos donde se realizaba la desintoxicación de una única sustancia, de los 8525 casos iniciales, cumplen esta condición 5727, que equivalen a un 67,2%. En las desintoxicaciones realizadas de una única sustancia, destacan la heroína y el alcohol, con 2558 y 1813 ingresos respectivamente. La desintoxicación de metadona con 398 ingresos, psicofármacos con 306 y la cocaína clorhidrato con 291 ingresos, se mantienen a cierta distancia (Tabla 44).

Tabla 44
Desintoxicaciones por una única sustancia

Tipo de droga	Casos	%
Alcohol	1813	31,7
Cannabis	132	2,3
Cocaína clorhidrato	291	5,1
Cocaína base	183	3,2
Heroína	2558	44,7
Metadona (desintoxicar)	398	6,9
Derivados opiáceos	36	0,6
Psicofármacos	307	5,4
Psicodislépticos	-	-
Anfetaminas	-	-
Derivados anfetaminicos	6	0,1
Inhalantes	3	0,1
Total	5727	100

Nota. $n = 5727$.

Hemos visto hasta el momento como la heroína y el alcohol son las dos sustancias consumidas por mayor número de usuarios, tanto si analizamos los casos de consumo exclusivo de una sustancia, como si lo hacemos del consumo de varias sustancias simultáneamente. Un análisis más elaborado, centrado en estas dos sustancias, nos muestra como el predominio de una u otra va depender del año que estudiemos.

En el periodo comprendido entre 1987 y 2001, las desintoxicaciones exclusivas de heroína superan claramente a las alcohólicas, de tal forma que hasta el año 2001 se habían efectuado el 91% de las 2558 desintoxicaciones de heroína totales. Mientras que tan sólo se habían realizado el 11,6% de las desintoxicaciones alcohólicas. A partir del año 2002 se invierte esta tendencia, superando claramente las desintoxicaciones exclusivas alcohólicas a las de heroína. En la Figura 35, tenemos la representación lineal de la evolución durante 30 años de los casos por desintoxicación exclusiva de heroína y de alcohol.

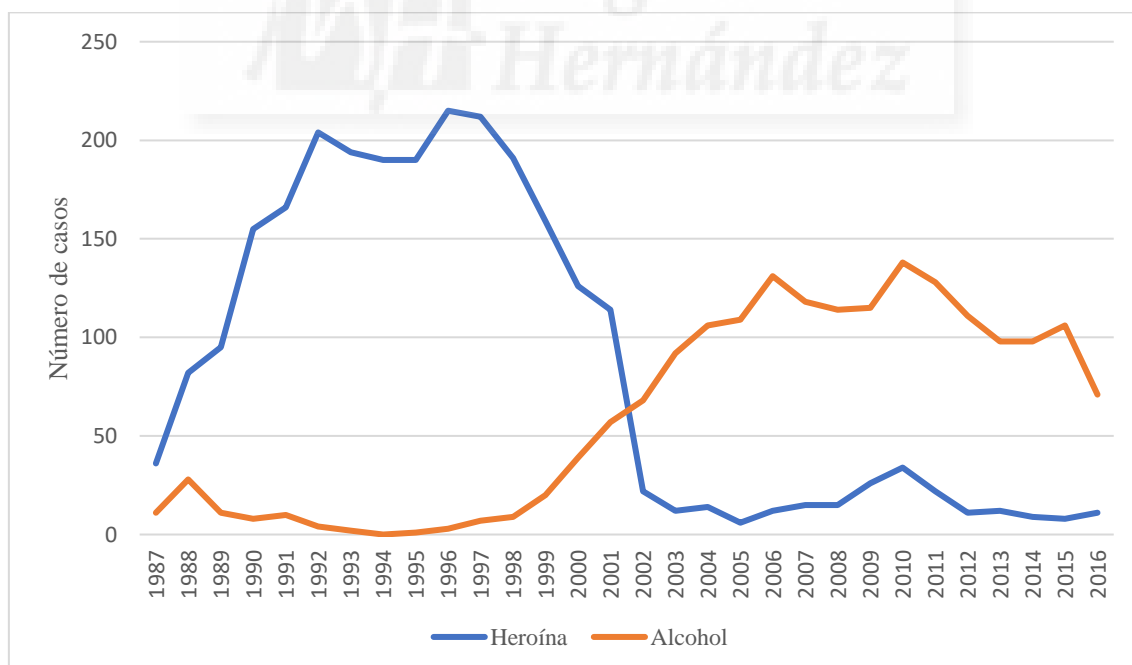


Figura 35. Desintoxicaciones exclusivas de alcohol y heroína por año

3.3 Asociaciones entre variables

3.3.1 Altas por traslado

Aquellos casos que tienen por modalidad de alta la derivación del usuario a otro servicio hospitalario hemos decidido estudiarlos de forma independiente. El traslado generalmente supone la interrupción del proceso de desintoxicación, sin embargo, las causas del mismo difícilmente se pueden imputar al usuario o al tratamiento de desintoxicación en sí mismo. Las causas más frecuentes de un traslado dentro de una unidad de desintoxicación suelen ser por el diagnóstico o por el agravamiento de alguna patología orgánica o psiquiátrica que el usuario presentaba antes del ingreso en la UDH, aunque también puede ser el resultado de las complicaciones derivadas del propio proceso de desintoxicación.

Sin entrar en el estudio de las razones por las que se procedió al traslado del usuario a otro servicio hospitalario, tenemos el dato de que en el estudio actual las altas por traslado son 105 casos, equivalente al 1,2% de la población estudiada. La estancia media de los usuarios que son trasladados es de 5,26 días, aunque el día más frecuente de traslado es el inmediatamente posterior al día del ingreso.

En la Figura 36 tenemos la comparación del consumo de las principales drogas, comparando el grupo de traslados con la totalidad de la muestra. Los consumos están expresados en el porcentaje de casos sobre el total. Las sustancias que aumentan su proporción en el grupo de los traslados son el alcohol y los psicofármacos, se mantienen porcentajes similares en el caso del cannabis y cocaína base, y disminuyen en la proporción de heroína, metadona y cocaína clorhidrato.

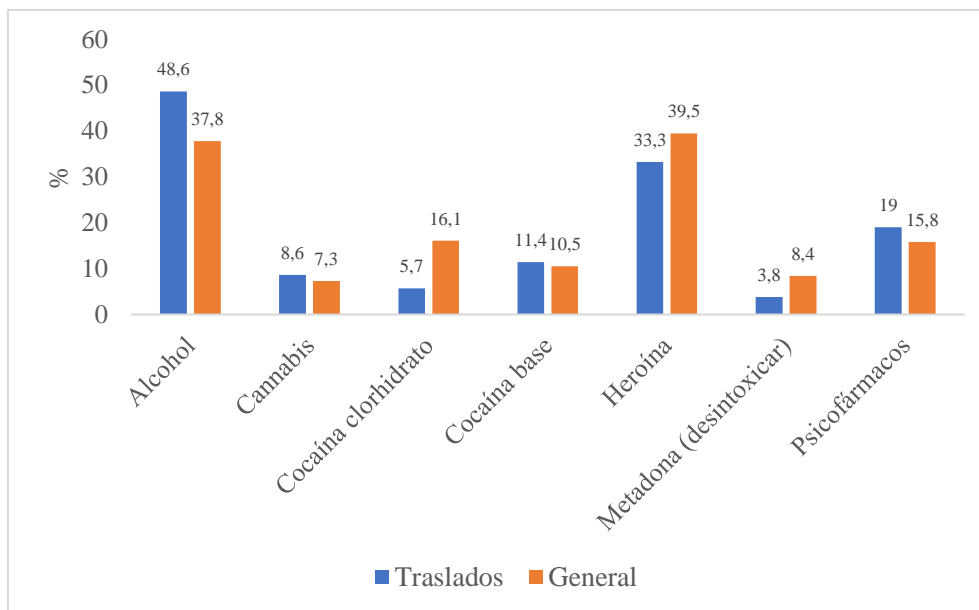


Figura 36. Tipo de droga en altas por traslado

Como hemos comentado con anterioridad, resulta complicado hacer asociaciones entre la desintoxicación de una sustancia determinada y otras variables debido al elevado número de usuarios que realizan desintoxicaciones de varias sustancias. Por ese motivo hemos considerado de especial interés analizar las desintoxicaciones de una única sustancia, representado los resultados de forma gráfica en la Figura 37.

Las desintoxicaciones por una única sustancia suponen 5727 casos, en los que 70 finalizaron con alta por traslado. Esto supone un porcentaje del 1,2%, exactamente el mismo porcentaje de traslados que en la población total. Si analizamos estos 70 casos en relación al tipo de sustancia, vemos que casi todas las sustancias mantienen una proporción similar o menor entre el traslado, respecto a todos los tipos de alta (Figura 37). La sustancia que continúa teniendo un porcentaje muy superior entre los casos que finalizaron con un traslado es el alcohol. Relacionándose con el dato anterior, de la mayor presencia del alcohol, ya sea solo, o asociado a otras sustancias, entre las altas por traslado [χ^2 (1, $n = 5727$, $p < .05$)]. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la edad o el sexo del usuario y el hecho de tener como modalidad de alta de la UDH el traslado a otro servicio hospitalario.

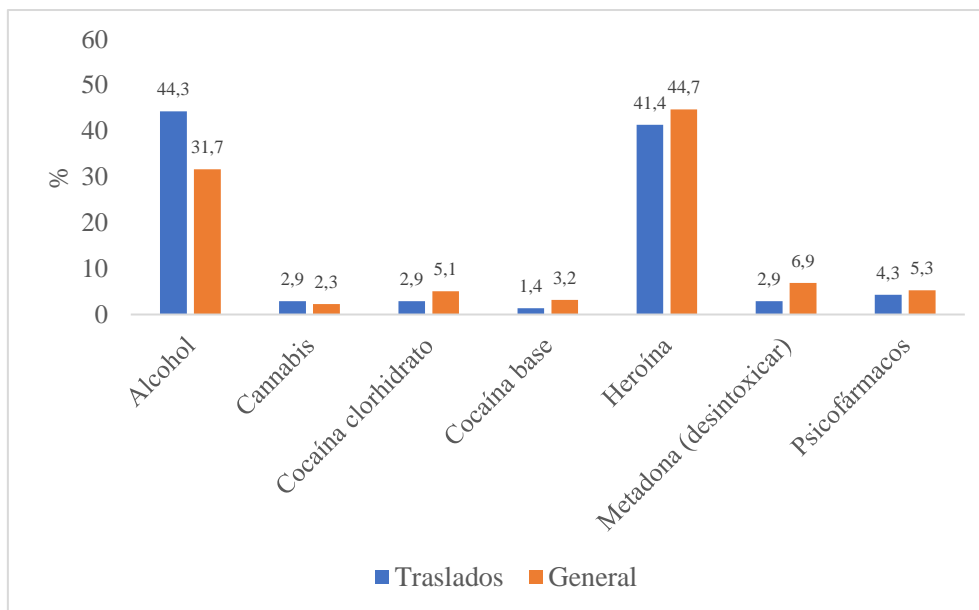


Figura 37. Tipo de drogas en altas por traslado, droga exclusiva

3.3.2 Combinaciones de sustancias y décadas

Como hemos comentado con anterioridad, la sustancia o sustancias de las cuales se está realizando la desintoxicación la hemos valorado a partir de 11 variables dicotómicas iniciales: Alcohol, Cannabis, Cocaína clorhidrato, Cocaína base, Heroína, Metadona (desintoxicar), Metadona (mantener), Derivados opiáceos, Psicofármacos, Anfetaminas, Derivados anfetaminicos e Inhalantes. Sin embargo, a la hora de interpretar los resultados, una parte importante de los usuarios, particularmente en los últimos años, realiza desintoxicaciones de dos o más sustancias al mismo tiempo. Ante la dificultad de poder estudiar por separado cada una de las múltiples combinaciones posibles, se agruparon en 15 principales, en un modelo similar al empleado por otros investigadores⁽⁸³⁾.

Se ha considerado como una categoría propia el consumo exclusivo de las sustancias que por separado alcancen un mínimo del 1% del total, y se han agrupado las combinaciones de sustancias en subgrupos que representen, al menos, el 2%.

- Alcohol: Desintoxicaciones exclusivas de alcohol.
- Heroína: Desintoxicaciones exclusivas de heroína.
- Cannabis: Desintoxicaciones exclusivas de cannabis.

- Psicofármacos: Desintoxicaciones exclusivas de psicofármacos.
- Metadona desintoxicar: Desintoxicaciones exclusivas de metadona.
- Cocaína clorhidrato: Desintoxicaciones exclusivas de cocaína clorhidrato.
- Cocaína base: Desintoxicaciones exclusivas de cocaína base.
- Derivados opiáceos: Desintoxicaciones de derivados opiáceos, excluyendo a la metadona y la heroína.
- Heroína y otras sustancias: Combinaciones de la heroína con otras sustancias.
- Alcohol y Cocaína: Desintoxicaciones de alcohol y cocaína, puede estar asociado o no el consumo de otras sustancias, pero no el de opiáceos.
- Alcohol y psicofármacos: Combinaciones del alcohol con cualquier sustancia excepto la cocaína y los opiáceos.
- Cocaína y otras combinaciones: Combinaciones de cocaína con cualquier sustancia exceptuando el alcohol y los opiáceos, principalmente son combinaciones con psicofármacos y/o cannabis.
- Metadona mantener y otras drogas: Desintoxicaciones de cualquier sustancia, donde el usuario se encuentra en plan de mantenimiento con metadona.
- Metadona desintoxicar y otras drogas: Desintoxicaciones de metadona, donde se encuentra asociada alguna otra sustancia.
- Otras combinaciones no incluidas en ninguna de las anteriores categorías.

Si comparamos todo el periodo en su globalidad, podemos ver como los diferentes subgrupos compuestos por el tipo de droga y las combinaciones muestran diferencias estadísticamente significativas, en relación al porcentaje de altas terapéuticas, [χ^2 (14, N = 8420) = 622.71, $p < .001$], sexo del usuario [χ^2 (14, N = 8504) = 181.72, $p < .001$], edad media [F (14, 1001) = 374.42, $p < .001$] y días de estancia [F (14, 837) = 53.40, $p < .001$].

No obstante, se precisa realizar un análisis más detallado, comparando entre sí algunos de los subgrupos de combinaciones que presentan sustancias en común y diferenciando las muestras por décadas, para poder extraer algunas conclusiones significativas.

Prácticamente todas las sustancias o combinaciones de sustancias han presentado una determinada evolución a lo largo del periodo, sin que podamos considerar que ninguna de ellas ha permanecido mínimamente estable. A la hora de poder valorar como ha sido la evolución de cada una de las categorías y combinaciones, hemos considerado práctico el dividir el periodo inicial de 30 años en tres periodos de 10 años.

En la Tabla 45 tenemos la representación de cada uno de los subgrupos anteriormente definidos y su porcentaje representativo en cada década. Un análisis rápido de las tres décadas nos indica que en el primer periodo las desintoxicaciones exclusivamente de heroína representaban casi el 85% de los tratamientos, las desintoxicaciones exclusivas de alcohol, y las de heroína combinada con otras sustancias, representaban otras fracciones significativas, con el 4,3% y 7,3% respectivamente. El resto de las categorías o no estaban presentes, o representaban una fracción muy marginal.

En la segunda década, se amplía la variedad de tratamientos, las desintoxicaciones de heroína caen al 28%, aumentan las de alcohol y aparecen porcentajes representativos de otras sustancias como la cocaína, psicofármacos y metadona.

El tercer periodo se caracteriza por el predominio de las desintoxicaciones de alcohol, solo o combinado con otras sustancias. Se confirma la caída de las desintoxicaciones exclusivas de heroína y el incremento de las desintoxicaciones de metadona, cannabis y psicofármacos. También se detecta una disminución de las desintoxicaciones exclusivamente por cocaína, aumentando en cambio las combinaciones de la misma con alcohol u otras sustancias. Un estudio más detallado nos llevara a encontrar diferencias estadísticamente significativas en cada uno de los subgrupos, no sólo entre categorías entre sí, sino en la misma categoría referida a cada década.

Tabla 45
Combinaciones de drogas por década

	Década			Total n(%) ^b
	1987-1996 n (%) ^a	1997-2006 n (%) ^a	2007-2016 n(%) ^a	
Alcohol	78 (4,3)	638 (20,6)	1097(30,3)	1813(21,3)
Heroína	1527(84,9)	868(28)	163(4,5)	2558(30)
Metadona desintoxicar	2(0,1)	170(5,5)	226(6,2)	398(4,7)
Cannabis	3(0,2)	11(0,4)	118(3,3)	132(1,5)
Psicofármacos	7(0,4)	115(3,7)	185(5,1)	307(3,6)
Cocaína clorhidrato	12(0,7)	144(4,6)	135(3,7)	291(3,4)
Cocaína base	1(0,1)	123(4)	59(1,6)	183(2,1)
Derivados opiáceos	3(0,2)	6(0,2)	27(0,7)	36(0,4)
Heroína y combinaciones	131(7,3)	314(10,1)	307(8,5)	752(8,8)
Alcohol y psicofármacos	3(0,2)	81(2,6)	270(7,5)	354(4,2)
Alcohol y cocaína	3(0,2)	185(6)	371(10,2)	559(6,6)
Cocaína y combinaciones	1(0,1)	66(2,1)	136(3,8)	203(2,4)
Metadona mantener y combinaciones	-	266(8,6)	319(8,8)	585(6,9)
Metadona desintoxicar y combinaciones	-	85(2,7)	152(4,2)	237(2,8)
Otras combinaciones	27(1,5)	31(1)	59(1,6)	117(1,4)
Total	1798	3103	3624	8525

Nota. N = 8525.

^a Se calcula el % para el total de la década.

^b Se calcula el % para el total de la muestra.

3.3.2.1 Combinaciones de alcohol

La sustancia que ha presentado una evolución en sentido ascendente más clara ha sido la de las desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas. En la primera década supusieron el 4,3%, 20,6% en la segunda y 30,3% en la tercera. Este subgrupo de desintoxicaciones son la categoría que, consideradas en la totalidad del periodo, tienen un porcentaje de altas no terapéuticas más reducido (3,1%). Aun así, se encuentran diferencias significativas, siendo mayor en la primera década (7,9%), respecto a la segunda (4,5%) y tercera (2%) [χ^2 (2, n = 1782) = 13.56, p = .001].

En cuanto a la edad del usuario, se han encontrado diferencias significativas en las medias de los primeros diez años (M = 36.81, DE = 9.62), respecto a la segunda (M = 44.52, DE = 9.23) y tercera década (M = 47.78, DE = 9.48) [F (2,1810) = 64.59, p < .001]. El análisis de la varianza de medias (ANOVA) lo tenemos representado en la Tabla 46, con la corrección de Bonferroni (homogeneidad de varianzas). Se asume que la edad de los usuarios de las desintoxicaciones alcohólicas es superior en la segunda década, respecto a la primera, y en la tercera década, respecto a la segunda y primera.

Tabla 46

Diferencias de edad media por década en las desintoxicaciones alcohólicas, corrección de Bonferroni

(I)	(J)	(I-J) ^a	EEDM ^b	Sig	IC ^c 95%	
					Min	Max
1987-1996	1997-2006	-7,72	1,13	,000	-10,42	-5,01
	2007-2016	-10,97	1,10	,000	-13,61	-8,33
1997-2006	1987-1996	7,72	1,13	,000	5,01	10,42
	2007-2016	-3,26	,47	,000	-4,38	-2,14
2007-2016	1987-1996	10,97	1,10	,000	8,33	13,61
	1997-2006	3,26	,47	,000	2,14	4,38

Nota. n = 1813

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

Similar análisis hemos llevado a cabo para comparar la duración del tratamiento en las altas terapéuticas. En un primer análisis se obtuvieron valores superiores en la primera (M = 12.53, DE = 3.01), respecto a la segunda (M = 7.56, DE = 1.47) y tercera década (M = 7.40, DE = 1.34) [F (2,176) = 100.70, p < .001].

El estudio de la Tabla 47 nos permite comparar las medias entre sí, concluyendo que únicamente la duración media de los ingresos en la primera década es significativamente superior que los de segunda y tercera década. No hay diferencia estadísticamente significativa en la duración del ingreso de las desintoxicaciones alcohólicas entre las dos últimas décadas.

Tabla 47

Diferencias de estancia media por década en las desintoxicaciones alcohólicas, corrección de Games-Howell

(I)	(J)	(I-J) ^a	EEDM ^b	Sig	IC ^c 95%	
					Min	Max
1987-1996	1997-2006	4,97	,36	,000	4,09	5,84
	2007-2016	5,13	,36	,000	4,26	6,00
1997-2006	1987-1996	-4,97	,36	,000	-5,84	-4,09
	2007-2016	,16	,07	,071	-,01	,33
2007-2016	1987-1996	-5,13	,36	,000	-6,00	-4,26
	1997-2006	-,16	,07	,071	-,33	,01

Nota. n = 1813.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Hemos comprobado, en apartados anteriores, que las sustancias con las que mayormente se asocia el alcohol es con los psicofármacos y la cocaína, por lo tanto, las desintoxicaciones alcohólicas las hemos agrupado dentro de tres categorías, las exclusivamente alcohólicas, las combinadas con cocaína y las combinadas con psicofármacos.

La primera característica que las diferencia es el porcentaje de usuarios que no finalizan el tratamiento con un alta terapéutica, siendo menor en las desintoxicaciones exclusivas de alcohol (3,1%) que, en las desintoxicaciones de alcohol con psicofármacos (6,1%) y alcohol con cocaína (10,1%), [$\chi^2 (2, n = 2685) = 44.10, p < .001$]. Este resultado se sigue manteniendo si analizamos por separado cada década, siendo estadísticamente significativo en la segunda y tercera.

La edad media de las desintoxicaciones exclusivas de alcohol resulta superior ($M = 46.16, DE = 9.7$) que las desintoxicaciones de alcohol con psicofármacos ($M = 41.74, DE = 8.99$) y las de alcohol con cocaína ($M = 36.47, DE = 8.65$). El análisis de varianzas (ANOVA) nos indica la significación estadística de la diferencia de medias [$F (2, 832) = 258.03, p < .001$].

En la Tabla 48 tenemos las comparaciones múltiples *Post Hoc* representadas con la corrección de Games-Howell. Como podemos comprobar, todas las posibles comparaciones entre medias son estadísticamente significativas, con lo que podemos concluir que los usuarios que realizan una desintoxicación por alcohol tienen una mayor edad que los que realizan la desintoxicación de alcohol y psicofármacos y estos, a su vez, mayor edad que los que realizan una desintoxicación de alcohol y cocaína.

Tabla 48*Diferencias de edad media en alcohol y combinaciones, corrección Games-Howell*

I	J	I-J ^a	EEDM ^b	Sig	IC ^c 95%	
					Min	Max
Alcohol	Alcohol y psicofármacos	4,42	,53	,000	3,18	5,67
	Alcohol y cocaína	9,70	,43	,000	8,69	10,71
Alcohol y psicofármacos	Alcohol	-4,42	,53	,000	-5,67	-3,18
	Alcohol y cocaína	5,27	,60	,000	3,86	6,69
Alcohol y cocaína	Alcohol	-9,70	,43	,000	-10,71	-8,69
	Alcohol y psicofármacos	-5,27	,60	,000	-6,69	-3,86

Nota. $n = 2726$.^a (I-J): Diferencia de medias.^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Respecto a la duración del ingreso de las altas terapéuticas, las desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas presentan una estancia media ($M = 7.66$, $DE = 1.79$) ligeramente superior que la de alcohol y psicofármacos ($M = 7.3$, $DE = 1.01$) y las combinaciones de alcohol con cocaína ($M = 7.27$, $DE = 1.11$). El análisis de las varianzas (ANOVA) nos indica que al menos una de las diferencias es estadísticamente significativa [$F(2, 938) = 22.62$, $p < .001$].

En la Tabla 49 tenemos las pruebas *Post Hoc* de comparaciones múltiples de medias de estancia entre sí, con la corrección de Games-Howell. Vemos que la significación tan solo se alcanza entre las desintoxicaciones exclusivamente de alcohol, respecto a las de alcohol y psicofármacos o alcohol y cocaína, es decir, que las desintoxicaciones exclusivamente de alcohol, tienen una estancia media significativamente superior que las combinaciones de alcohol con cocaína o con psicofármacos.

Tabla 49*Diferencias estancia media en alcohol y combinaciones, corrección Games-Howell*

I	J	I-J ^a	EEDM ^b	Sig	I C ^c 95%	
					Min	Max
Alcohol	Alcohol y psicofármacos	,362	,071	,000	,20	,53
	Alcohol y cocaína	,398	,066	,000	,24	,55
Alcohol y psicofármacos	Alcohol	-,362	,071	,000	-,53	-,20
	Alcohol y cocaína	,036	,075	NS	-,14	,21
Alcohol y cocaína	Alcohol	-,398	,066	,000	-,55	-,24
	Alcohol y psicofármacos	-,036	,075	NS	-,21	,14

Nota. *n* = 2726.^a (I-J): Diferencia de medias.^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Dentro de los usuarios que realizaron desintoxicación por alcohol, las mujeres representan una proporción del 21,1%, pero repartido de forma desigual según se combine con unas u otras sustancias. Anteriormente hemos visto como algo menos de la mitad de las desintoxicaciones alcohólicas suelen estar asociadas a otra sustancia, a su vez, las sustancias que se asocian en mayor medida con el alcohol son la cocaína (52,6%) y los psicofármacos (37,8%). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a una u otra combinación, en función del género del usuario, los hombres el alcohol lo combinan más con la cocaína (65,3%) y las mujeres lo suelen combinar con los psicofármacos (52,9%) [$\chi^2(1, n = 913) = 22.4, p < .001$].

3.3.2.2 Combinaciones de heroína

En el análisis de las sustancias de forma independiente podemos observar que, si bien las desintoxicaciones exclusivamente por heroína han presentado una drástica caída, la presencia de la heroína se ha mantenido, parcialmente, debido a las desintoxicaciones de heroína combinada con otras drogas.

Si consideramos todo el periodo en su totalidad, obtenemos inicialmente ciertas diferencias estadísticamente significativas entre las dos categorías: las desintoxicaciones exclusivas tienen mayor proporción de fracaso terapéutico, 28,9% frente a 18,2% [$\chi^2(1, n = 3275) = 33.5, p < .001$], mayor estancia media (M = 8.95, DE = 2.35), frente a (M = 7.94, DE = 2.01) [t (1218) = 10.24, p < .001] y son más jóvenes (M = 28.45, DE = 6.63), frente a (M = 33.40, DE = 8.69) [t (1021) = 14.41, p < .001].

Sin embargo, estos resultados podrían estar influenciados por el mayor número de desintoxicaciones exclusivas de heroína en los primeros años, por lo que hemos considerado adecuado analizar de forma independiente cada periodo. El análisis separado de cada década ha comprobado que se sigue manteniendo el resultado de usuarios más jóvenes y con un mayor porcentaje de fracaso terapéutico en las desintoxicaciones exclusivas por heroína, independientemente del periodo analizado.

Por el contrario, en el análisis de la estancia media en cada década por separado, los resultados difieren. Las desintoxicaciones de heroína combinada con otras sustancias presentan mayor estancia en la primera década (M = 11.06, DE = 2.88) y (M = 10.14, DE = 2.39) [t (104) = -3.01, p = .003] y en la tercera década (M = 7.27, DE = 1.05) y (M = 7.11, DE = 0.57) [t (375) = 2.03, p = .043], no encontrándose diferencia significativa en la segunda década.

Aparentemente, el mayor número de desintoxicaciones exclusivas en la primera década, cuando la estancia era mayor en todas las categorías, influía en el análisis inicial, por lo que podemos concluir que las desintoxicaciones de heroína, cuando se combinan con otras sustancias, presentan mayor estancia media que las desintoxicaciones exclusivamente de heroína.

La proporción de mujeres entre las desintoxicaciones por heroína, tanto en las exclusivas como asociadas, no llega a alcanzar el 20%. Además, en la comparación por décadas y por sexo, se han encontrado diferencias significativas, con un descenso progresivo en la proporción de mujeres, del 22,5% en la primera década, al 16,3% en la segunda y 14,7% en la tercera [$\chi^2(2, n = 3290) = 23.63, p < .001$].

Analizando los dos subgrupos de forma individual, exclusivas y asociadas, la categoría que ha presentado una evolución más llamativa ha sido la correspondiente a los usuarios que realizaron desintoxicaciones exclusivas de heroína, que han descendido de representar el 84,9% en la primera década, al 4,55% de las desintoxicaciones totales en la tercera década. No únicamente han cambiado las proporciones sobre el total de las desintoxicaciones, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de usuarios que no finalizan el tratamiento, siendo sensiblemente superior en la primera década (35,2%), respecto a la segunda (18,9%) y la tercera. (22,8%) [$\chi^2(2, n = 2529) = 73.41, p < .001$].

En el análisis de la varianza de medias (ANOVA) comprobamos que la edad media de los usuarios que realizaron una desintoxicación de heroína en la primera década ($M = 26.71, DE = 5.14$) es inferior a la obtenida en la segunda ($M = 29.74, DE = 6.96$) y en la tercera ($M = 37.96, DE = 7.57$), obteniéndose significación estadística en la diferencia de medias de edad en las tres décadas [$F(2,412) = 214, p < .001$].

En la Tabla 50 tenemos las comparaciones múltiples entre sí de las medias, con la corrección de Games-Howell. Siendo estadísticamente significativas todas las diferencias de edad media, la conclusión es que los usuarios que realizan una desintoxicación de heroína han incrementado su edad en la segunda década, respecto a la primera y en la tercera, respecto a la segunda.

Tabla 50

Diferencias de edad por década en las desintoxicaciones exclusivas de heroína, corrección de Games Howell

(I)	(J)	(I-J)	EEDM	Sig	IC 95%	
					Min	Max
1987-1996	1997-2006	-3,03	,27	,000	-3,67	-2,40
	2007-2016	-11,26	,61	,000	-12,69	-9,82
1997-2006	1987-1996	3,03	,27	,000	2,40	3,67
	2007-2016	-8,22	,64	,000	-9,73	-6,72
2007-2016	1987-1996	11,26	,61	,000	9,82	12,69
	1997-2006	8,22	,64	,000	6,72	9,73

Nota.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

En cuanto al análisis de la estancia media en las desintoxicaciones exclusivamente de heroína, que finalizaron con un alta terapéutica, vemos que hay diferencias significativas entre la estancia en la primera década (M = 10.14, DE = 2.39) respecto a la segunda (M = 7.60, DE = 1.35) y la tercera (M = 7.11, DE = 0.58) [F (2, 664) = 565, p < .001].

En la Tabla 51 tenemos la comparación entre las diferencias de medias, con la corrección de Games-Howell, obteniéndose significación estadística en todas las comparaciones de medias entre sí, por lo que la conclusión sería que, en las desintoxicaciones exclusivas de heroína, la estancia media es superior en la primera década respecto a la segunda y su vez, en la segunda es superior, respecto a la tercera.

Tabla 51

Diferencias de estancia por década en las desintoxicaciones exclusivas de heroína, corrección de Games Howell

I	J	(I-J) ^a	EEDM ^b	Sig	IC ^c 95%	
					Min	Max
1987-1996	1997-2006	2,54	,09	,000	2,33	2,76
	2007-2016	3,03	,09	,000	2,82	3,25
1997-2006	1987-1996	-2,54	,09	,000	-2,76	-2,33
	2007-2016	,49	,07	,000	,32	,66
2007-2016	1987-1996	-3,03	,09	,000	-3,25	-2,82
	1997-2006	-,49	,07	,000	-,66	-,32

Nota.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Al contrario que las desintoxicaciones exclusivas por heroína, el subgrupo de desintoxicaciones de heroína, en combinación con otras sustancias, se ha mantenido relativamente estable, en valores que rondan el 10% del total de las desintoxicaciones. La proporción de usuarios que no finalizaron el tratamiento con alta terapéutica ha disminuido significativamente del 27,9% en la primera década, al 19,3% en la segunda y 13,1 en la tercera. [$\chi^2(2, n = 746) = 13.80, p = .001$]. En cuanto a la edad media del usuario, se han obtenido valores inferiores en la primera década ($M = 28.35, DE = 5.35$), respecto a la segunda ($M = 30.85, DE = 7.47$) y tercera ($M = 38.16, DE = 8.72$), [$F(2,417) = 110, p < .001$].

En la Tabla 52 tenemos el análisis de la varianza de medias (ANOVA) con la corrección de Games-Howell, podemos comprobar la significación de todas las diferencias de medias entre sí.

Tabla 52

Diferencias de edad media por década en las desintoxicaciones de heroína y combinaciones, corrección de Games- Howell

(I)	(J)	(I-J) ^a	EEDM ^b	Sig	IC ^c 95%	
					Min	Max
1987-1996	1997-2006	-2,50	,63	,000	-3,98	-1,01
	2007-2016	-9,80	,68	,000	-11,41	-8,20
1997-2006	1987-1996	2,50	,63	,000	1,01	3,98
	2007-2016	-7,31	,65	,000	-8,84	-5,78
2007-2016	1987-1996	9,80	,68	,000	8,20	11,41
	1997-2006	7,31	,65	,000	5,78	8,84

Nota.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

En cuanto al análisis de la duración del ingreso en las altas terapéuticas, vemos que en la primera década la estancia media es sensiblemente superior ($M = 11.06$, $DE = 2.87$), respecto a la segunda ($M = 7.48$, $DE = 1.15$) y tercera ($M = 7.27$, $DE = 1.05$), [$F(2,214) = 77$, $p < .001$]. En esta ocasión, no hay diferencias significativas entre la estancia media de la segunda y tercera década, por lo que la conclusión sería que, en las desintoxicaciones de heroína y combinaciones, la estancia en la primera década resultó mayor que en la segunda y tercera.

3.3.2.3 Combinaciones metadona

En la primera década prácticamente no se ve reflejada la metadona, sin embargo, a partir de los cambios legales de los 90, las desintoxicaciones de metadona empiezan a llegar a la UDH en la segunda década, incrementándose en el último periodo. Un aspecto relevante es que a medida que se produce una disminución de las desintoxicaciones de heroína, se observa el incremento de las desintoxicaciones de metadona, probablemente como un reflejo de la

instauración de los Programas de Mantenimiento con Metadona para la adicción a la heroína.

Los usuarios que realizan una desintoxicación de metadona los hemos agrupado en dos subgrupos, las desintoxicaciones exclusivas de metadona y las que presentan el consumo asociado de alguna otra sustancia. En contra de lo inicialmente esperado, ambos grupos no han presentado diferencias estadísticamente significativas en estancia, edad o sexo. Una categoría que sí presenta particularidades diferentes es la de metadona (mantener), en este subgrupo se encuentran las desintoxicaciones de cualquier tipo de sustancia llevadas a cabo por usuarios que se encontraban en plan de mantenimiento con metadona, sin desintoxicarse de la misma durante el ingreso. Los casos donde el usuario se desintoxicaba de metadona (sola o asociada a otras sustancias) presentan un porcentaje superior de altas no terapéuticas (13,5%), que cuando se mantenía la dosis de metadona (9,4%) [$\chi^2 (1, n = 1284) = 5.11, p = .024$].

Entre los usuarios que realizaron desintoxicaciones por metadona, la proporción de mujeres ha permanecido en la media del resto de sustancias, en torno al 20%, sin fluctuaciones temporales.

3.3.2.4 Derivados opiáceos

Los derivados opiáceos son la categoría que representa un menor porcentaje del total, apenas un 0,4%, sin embargo, se ha considerado interesante incluirla por la situación de incremento progresivo que hemos detectado. Si comparamos por décadas el número de sustancias asociadas en los usuarios que realizaron desintoxicaciones por opiáceos, encontramos diferencias significativas. En la primera década tan sólo el 13% de los usuarios de los usuarios que referían consumo de opiáceos se desintoxicaban exclusivamente de dicha droga, en la segunda década este porcentaje sube al 42,9% y en la tercera ya suponen el 65,9% [$\chi^2 (8, n = 78) = 23.89, p = .002$].

Mientras en los primeros años el consumo de derivados opiáceos era poco frecuente y solía presentarse como droga asociada en las desintoxicaciones de heroína, raramente como una desintoxicación exclusiva, en la tercera década la mayoría de los usuarios que se desintoxican de derivados opiáceos no

consumen ninguna otra sustancia y entre los que lo hacen, la más frecuente (40%) son los psicofármacos.

Las desintoxicaciones de derivados opiáceos de primera y segunda década se diferencian sustancialmente de las últimas desintoxicaciones, en la tercera década se incrementa la edad, el porcentaje de altas terapéuticas y la estancia media, sin llegar a alcanzarse significación estadística, consideramos que por lo reducido de la muestra.

3.3.2.5 Combinaciones de cocaína

Los usuarios que han realizado desintoxicaciones por cocaína han representado proporciones marginales en la primera década, siendo en la segunda y tercera cuando alcanzan las mayores cifras. Entre las dos modalidades de consumo de cocaína (clorhidrato o base) hemos encontrado que la proporción de mujeres es superior entre los usuarios que se desintoxican por cocaína clorhidrato (23,7%) que en el caso de la cocaína base (19,7%) [$\chi^2 (1, n = 2204) = 5.47, p = .019$].

Sin embargo, teniendo en cuenta que en el 80% de los casos la cocaína se encuentra asociada a otras sustancias, hemos considerado más útil el análisis conjunto con las combinaciones de la misma. Las combinaciones de cocaína las hemos dividido entre el subgrupo de la cocaína con el alcohol y otro de las combinaciones de cocaína con otras sustancias (principalmente cannabis o psicofármacos). De los cuatro subgrupos, la combinación de alcohol con cocaína es la que presenta un porcentaje de fracasos terapéuticos sustancialmente más bajo (10.1%), siendo similares los de cocaína clorhidrato (15,9%), cocaína base (19,8%) y cocaína combinada con otras sustancias (19,1%) [$\chi^2 (3, n = 1227) = 16.96, p = .001$]. No se encontraron diferencias significativas en la estancia media de las altas terapéuticas entre las cuatro categorías.

Respecto a la edad del usuario, se ha realizado el análisis de varianzas de los cuatro subgrupos: cocaína clorhidrato (M = 34.23, DE = 8.06), cocaína base (M = 34.62, DE = 8.73), alcohol con cocaína (M = 36.47, DE = 8.65) y cocaína con otras sustancias (M = 32.61, DE = 10.03) [F (3,1232) = 11.07, p <

.001]. Aunque inicialmente el test ANOVA nos indica que hay diferencias significativas, las pruebas *post hoc* de comparaciones múltiples, con la corrección de Bonferroni (Tabla 53), nos muestra que la única edad media que alcanza la diferencia significativa, respecto al resto, es la de la combinación de alcohol con cocaína. La edad media de los usuarios que realizaron una desintoxicación de alcohol con cocaína es significativamente superior que la de los que realizaron una desintoxicación exclusivamente por cocaína, o combinada con otras sustancias.

Tabla 53

Diferencias de edad media en cocaína y combinaciones, corrección Bonferroni

I	J	(I-J) ^a	EEDM ^b	Sig.	IC ^c 95%	
					Min	Max
Cocaína	Cocaína base	-,38	,83	NS	-2,57	1,80
clorhidrato	Alcohol y cocaína	-2,23	,63	,003	-3,91	-,56
	Cocaína y combinaciones	1,62	,80	NS	-,50	3,74
Cocaína base	Cocaína clorhidrato	,38	,83	NS	-1,80	2,57
	Alcohol y cocaína	-1,85	,75	NS	-3,82	,13
	Cocaína y combinaciones	2,01	,89	NS	-,36	4,37
Alcohol y cocaína	Cocaína clorhidrato	2,23	,63	,003	,56	3,91
	Cocaína base	1,85	,75	NS	-,13	3,82
	Cocaína y combinaciones	3,85	,72	,000	1,95	5,75
Cocaína y combinaciones	Cocaína clorhidrato	-1,62	,80	NS	-3,74	,50
	Cocaína base	-2,01	,89	NS	-4,37	,36
	Alcohol y cocaína	-3,85	,72	,000	-5,75	-1,95

Nota.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

3.3.2.6 Cannabis

La evolución del cannabis resulta especialmente preocupante por la línea claramente ascendente que se observa, incrementándose su presencia asociado a otras sustancias, o en usuarios que se desintoxican exclusivamente por cannabis. En los 20 primeros años tan sólo se habían registrado un total de 14 desintoxicaciones exclusivamente por cannabis, mientras que en la tercera década se completaron 118 casos. Si las 14 primeras desintoxicaciones completaron el ingreso con un alta terapéutica, durante la tercera década, 27 usuarios (23,1%), no finalizaron su tratamiento.

La edad media de los usuarios que se desintoxican exclusivamente por cannabis ($M = 29.41$, $DE = 10.31$) es significativamente menor que la de los usuarios que consumen el cannabis asociado a otras sustancias ($M = 34.03$, $DE = 9.21$) [$t(621) = 4.98$, $p < .001$].

La proporción de mujeres entre los usuarios que se desintoxican por cannabis, es de aproximadamente el 15%, sensiblemente inferior a la media (20%), sin diferencias significativas entre los consumidores exclusivamente por cannabis o asociado a otras sustancias.

3.3.2.7 Psicofármacos

Las desintoxicaciones por psicofármacos han presentado una evolución claramente ascendente al comparar las tres décadas. De realizarse tan sólo 7 desintoxicaciones en los primeros diez años, se pasó a 104 y 170 casos en la segunda y tercera década respectivamente. El porcentaje de fracaso terapéutico de la categoría en su globalidad es del 7,8%, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre las tres décadas. Aunque los ingresos en la primera década tuvieran por lo general mayor duración, no ha sido estadísticamente significativo debido al limitado número de casos en los primeros diez años.

Sí que se han obtenido valores diferentes en la edad media del usuario durante la primera ($M = 36$, $DE = 10.13$), segunda ($M = 37.81$, $DE = 9.08$) y tercera década ($M = 42.07$, $DE = 10.46$), [$F(2,304) = 7.17$, $p = .001$]. El análisis

de las varianzas y las pruebas *post hoc* de comparaciones múltiples con la corrección de Bonferroni, representado en la Tabla 54, nos permite determinar que las diferencias tan sólo son significativas entre segunda y tercera década. La edad media de los usuarios que han realizado una desintoxicación por psicofármacos en los últimos 10 años se ha incrementado significativamente, respecto a los usuarios de la década anterior.

Tabla 54

Diferencias de edad media por década en las desintoxicaciones por psicofármacos, corrección de Bonferroni

(I)	(J)	(I-J) ^a	EEDM ^b	p	IC ^c 95%	
					Min	Max
1987-1996	1997-2006	-1,81	3,88	NS	-11,14	7,53
	2007-2016	-6,07	3,83	NS	-15,30	3,16
1997-2006	1987-1996	1,81	3,88	NS	-7,53	11,14
	2007-2016	-4,26	1,18	,001	-7,11	-1,41
2007-2016	1987-1996	6,07	3,83	NS	-3,16	15,30
	1997-2006	4,26	1,18	,001	1,41	7,11

Nota.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

Una característica que diferencia a los usuarios que han realizado desintoxicaciones por psicofármacos, respecto al resto de sustancias, es la proporción de mujeres. En las desintoxicaciones por psicofármacos el porcentaje de mujeres se ha incrementado progresivamente del 28,6%, en la primera década, al 43,5% en la segunda y 50,8% en la tercera. Destacamos la proporción de las mujeres en el subgrupo de desintoxicación exclusiva por psicofármacos durante la tercera década, tratándose de la única categoría en la que, en alguna de las tres décadas, el número de mujeres (94 casos) supera a los hombres (91 casos).

Otra diferencia significativa se da en la tendencia a combinar los psicofármacos con otras sustancias. Entre las mujeres que se desintoxican por psicofármacos, la proporción que no consume otra sustancia (37%) duplica a la de los hombres (16,9%) [$\chi^2(1, n = 1346) = 63.61, p < .001$]. Es decir, los hombres los psicofármacos los suelen combinar con otras sustancias, siendo raro las desintoxicaciones exclusivas, mientras las mujeres sí que realizan en gran parte tratamientos exclusivamente por psicofármacos.

Respecto a las sustancias con las que los combinan, ambos sexos lo hacen con el alcohol por igual (aproximadamente el 50% de los que combinan), pero los hombres no sólo los asocian con alcohol, también lo hacen en mayor medida que las mujeres con la cocaína clorhidrato, 26,7% de los hombres, frente a 19,3% de las mujeres [$\chi^2(1, n = 1039) = 5.59, p = .018$] y cannabis, 16% de los hombres, frente a 9,6% de las mujeres [$\chi^2(1, n = 1346) = 6.11, p = .013$].

También encontramos diferencias significativas por sexo en relación con la edad media del usuario, los hombres son significativamente más jóvenes ($M = 37.42, DE = 9.4$) que las mujeres ($M = 40.43, DE = 10.08$) [$t(1344) = 5.22, p < .001$].

3.3.3 Características de los policonsumidores

Hemos visto que el 67,2% de los usuarios han realizado una desintoxicación por una sustancia, mientras el 32,8% restante, como mínimo, consumían dos sustancias. Sin embargo, estos porcentajes difieren sustancialmente según el periodo que analicemos. En general, se ha producido un incremento progresivo del número de usuarios que consumen dos o más sustancias. Hay diferencias significativas en la proporción de policonsumidores en las tres décadas. En los primeros diez años el porcentaje de policonsumidores fue del 9%, incrementándose al 33% en la segunda década y 44,5% en la tercera [$\chi^2(2, N = 8525) = 6688.03, p < .001$].

Para el estudio de la proporción de politoxicómanos por tramo de edad, hemos de tener en cuenta el envejecimiento generalizado de los usuarios y la

diferente proporción por décadas, así que se hace aconsejable analizar el policonsumo de sustancias por décadas separadas.

En la Tabla 55 podemos ver como el incremento de la proporción de policonsumidores se ha producido en todos los tramos de edad, aunque es especialmente llamativo entre los más jóvenes (menos de 25 años), donde ha pasado del 7% en la primera década, a más del 58% en los últimos diez años.

Tabla 55

Proporción de consumidores de dos o más sustancias por tramo de edad y década

Tramo edad	% Politoxicómanos			% tramo edad
	1987-1996	1997-2006	2007-2016	
< 25	7%	32,3%	58,2%	23,6%
26-35	9,7%	36,9%	57,9%	34,7%
36-45	17,2%	35,1%	46,4%	40,6%
> 45	-	18,2%	29,7%	26,4%
% década	9,0%	33,0%	44,5%	32,8%

Nota. N = 8525.

Si analizamos inicialmente la relación entre el sexo del usuario y el consumo de dos o más sustancias, las proporciones son bastante similares, no encontrando diferencias significativas. Sin embargo, al separar entre los usuarios consumidores de drogas legales y los usuarios donde al menos una de las drogas era ilegal, si encontramos diferencias. Entre los usuarios de drogas legales, la proporción de mujeres policonsumidoras (14,5%) es significativamente superior a la de los hombres (9,8%) [$\chi^2(1, n = 2425) = 10.48, p = .001$]. El análisis por décadas separadas nos confirma la tendencia, ofreciendo unos resultados similares. Recordemos que hemos considerado drogas legales al alcohol, los psicofármacos y las combinaciones de ambos. Aparentemente, la mayor proporción de mujeres policonsumidoras se debe a la mayor prevalencia de mujeres que combinan el alcohol con los psicofármacos,

mientras los hombres el alcohol lo consumen de forma exclusiva o asociados a drogas ilegales.

3.3.4 Estudio de la estancia media

En apartados anteriores pudimos comprobar como, en general, dentro de cada categoría de sustancias se disminuía la estancia media de una década respecto a la anterior. En este apartado vamos a comparar las diferencias de estancia entre los usuarios que realizaban desintoxicaciones por diferentes combinaciones de sustancias. Se ha decidido centrarnos exclusivamente en las altas terapéuticas, ya que el considerar otras modalidades de alta implicaría la participación de multitud de factores, que restarían utilidad al resultado.

Si analizamos la estancia media, en días, de las altas terapéuticas en la totalidad del periodo, únicamente clasificándolas según los diferentes subgrupos de drogas (Tabla 56), vemos que el valor más alto de estancia media son las desintoxicaciones exclusivamente por heroína ($M = 8.95$, $DE = 2.35$), mientras en el lado contrario estarán las desintoxicaciones por cocaína base ($M = 7.19$, $DE = 1.40$). El análisis de varianzas de medias (ANOVA) nos confirma la significación estadística de algunas de las diferencias [$F(14, 837) = 53.40$, $p < .001$], pudiendo comprobarse las mismas mediante las pruebas *Post Hoc* de comparaciones múltiples.

No obstante, hemos considerado este resultado inicial poco esclarecedor, ya que la comparación de un periodo tan amplio como son los treinta años implica que la desigual distribución temporal de determinados subgrupos nos esté alterando los resultados.

Tabla 56*Estancia media (altas terapéuticas) por grupo de drogas, 1987-2016*

	<i>n</i>	M	DE	EE	IC 95%		Mín	Máx
					Inf	Sup		
Alcohol	1726	7,66	1,79	,043	7,58	7,75	5	20
Heroína	1799	8,95	2,35	,055	8,84	9,06	5	22
Metadona desintoxicar	341	8,06	2,23	,121	7,82	8,30	6	20
Cannabis	103	7,29	1,38	,136	7,02	7,56	5	18
Psicofármacos	280	7,74	2,18	,130	7,48	8,00	5	29
Cocaína clorhidrato	243	7,40	1,42	,091	7,22	7,58	5	15
Cocaína base	146	7,19	1,40	,086	7,02	7,36	5	13
Derivados opiáceos	30	8,33	2,51	,458	7,40	9,27	6	15
Heroína y combinaciones	610	7,94	2,01	,081	7,78	8,10	5	19
Alcohol y psicofármacos	325	7,30	1,01	,056	7,19	7,41	6	14
Alcohol y cocaína	501	7,27	1,11	,050	7,17	7,36	5	14
Metadona mantener y otras	519	7,47	1,50	,066	7,35	7,60	5	19
Cocaína y combinaciones	161	7,23	,98	,077	7,08	7,38	5	14
Metadona desint. y otras	205	7,56	1,34	,094	7,38	7,75	6	14
Otras combinaciones	88	8,22	2,56	,273	7,67	8,76	6	18
Total	7077	7,95	1,99	,024	7,90	8,00	5	29

Nota. *n* = 7077.

Si repetimos el análisis, pero centrándonos exclusivamente en los primeros diez años de funcionamiento de la UDH, el resultado difiere sustancialmente. Dada la poca variedad de desintoxicaciones que se realizaron en la primera década, dominada por la heroína, únicamente podemos estudiar las estancias de los subgrupos de alcohol, heroína y heroína combinada con otras sustancias. El alcohol presenta la mayor estancia media (M = 12.53, DE =

3.01), seguido de las combinaciones de heroína (M = 11.06, DE = 2.87). La menor estancia media pertenece precisamente a las desintoxicaciones exclusivas de heroína (M = 10.14, DE = 2.39) [F (4,24) = 12.66, p < .001]. Las pruebas *post hoc* mediante comparaciones múltiples (Games-Howell), confirman la significación estadística de todas estas diferencias.

En la segunda década se diversifican las sustancias por las que se realizan las desintoxicaciones, incrementándose los subgrupos que alcanzan porcentajes representativos. En este caso las mayores estancias medias las representan las desintoxicaciones exclusivamente por metadona (M = 8.95, DE = 2.51) y por metadona con otras sustancias (M = 7.85, DE = 1.60). Las combinaciones de cocaína (M = 7.14, DE = 0.86) y la cocaína base (M = 7.22, DE = 1.12) son los subgrupos que promedian menor estancia [F (11,534) = 6.56, p < .001]. Las pruebas *post hoc* mediante comparaciones múltiples (Games-Howell) confirman la significación estadística de estas diferencias.

El análisis más completo lo hemos podemos realizar en la tercera década, ya que es el periodo en el que más se diversifican las sustancias y mayor número de subgrupos alcanzan porcentajes que permiten el análisis de la varianza. En este tercer periodo las diferencias de estancia media se reducen, unificándose y estando todas comprendidas entre el valor mínimo alcanzado por la cocaína base (M = 7.02, DE = 0.39) y el máximo de los derivados opiáceos (M = 8.25, DE = 2.38) [F (11, 534) = 6.56, p < .001].

Si bien inicialmente el análisis de varianzas (ANOVA) establece que hay diferencias estadísticamente significativas, las pruebas *post hoc* mediante comparaciones múltiples nos indican que tan solo unas pocas diferencias de medias son significativas entre sí.

Para facilitar la interpretación, en la Tabla 57, con la corrección de *Games-Howell*, se han eliminado las comparaciones que no alcanzan la significación estadística. Vemos que la estancia entre todos los subgrupos es muy similar, la diferencia de medias en ningún caso llega al día de estancia. La mayor diferencia que alcanza la significación estadística es la de las desintoxicaciones por psicofármacos (M = 7.55, DE = 1.5), respecto a las de la cocaína base (M = 7.02, DE = 0.4).

En resumen, podemos concluir que las diferencias entre las estancias de usuarios que realizan desintoxicaciones diferentes, si bien eran significativas en los primeros años, han ido diluyéndose progresivamente, hasta la última década, donde prácticamente no hay diferencias significativas.

Tabla 57

Análisis de varianza estancia media (2006-2016), comparaciones múltiples, corrección de Games-Howell

(I)	(J)	(I-J) ^a	EEDM ^b	Sig.	IC ^c 95%	
					Inf	Sup
Alcohol	Heroína	,29	,07	,001	,07	,52
	Cocaína clorhidrato	,31	,07	,001	,08	,54
	Cocaína base	,39	,07	,000	,13	,63
	Alcohol y cocaína	,25	,06	,002	,05	,44
Heroína	Alcohol	-,29	,07	,001	-,52	-,07
	Psicofármacos	-,45	,13	,036	-,88	-,01
	Metadona mantener y otras	-,35	,10	,043	-,70	-,01
Psicofármacos	Heroína	,45	,13	,036	,01	,88
	Cocaína clorhidrato	,46	,13	,024	,03	,90
	Cocaína base	,53	,13	,005	,09	,97
Cocaína clorhidrato	Alcohol	-,31	,07	,001	-,54	-,08
	Psicofármacos	-,46	,13	,024	-,90	-,03
	Metadona mantener y otras	-,37	,10	,028	-,72	-,02
Cocaína base	Alcohol	-,39	,07	,000	-,63	-,13
	Psicofármacos	-,53	,13	,005	-,97	-,09
	Metadona mantener y otras	-,44	,11	,004	-,80	-,07
Alcohol y cocaína	Alcohol	-,25	,06	,002	-,44	-,05
Metadona mantener y otras	Heroína	,35	,10	,043	,01	,70
	Cocaína clorhidrato	,37	,10	,028	,02	,72
	Cocaína base	,44	,11	,004	,07	,80

Nota. *n* = 3624.

^a (I-J): Diferencia de medias.

^b EEDM: Error estándar de la diferencia de medias.

^c IC: Intervalo de confianza.

La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

3.3.5 Variación de la edad del usuario

Entre los hallazgos encontrados y esperados, está el incremento de la edad media del usuario desde 1987 (M = 30.06, DE = 8.89) hasta 2016 (M = 41.81, DE = 10.23). Como es de esperar, la edad media de los usuarios que ingresan por primera vez es inferior (M = 34.98, DE = 11.15) a la de aquellos que han ingresado con anterioridad (M = 37.12, DE = 9.59) [$t(8415) = -9.43, p < .001$]. Ya se ha descartado en anteriores apartados que el incremento de la edad media del usuario se deba simplemente al envejecimiento de los reingresos.

Un primer análisis de la edad media del usuario, según la sustancia o combinación de sustancias que motivaron el ingreso, lo tenemos en la Tabla 58. Podemos ver como las desintoxicaciones exclusivamente por alcohol (M = 46.16, DE = 9.72) y las combinaciones de alcohol con psicofármacos (M = 41.74, DE = 8.99) son las que presentan una mayor edad. En el extremo contrario estarían las desintoxicaciones exclusivamente por heroína (M = 28.45, DE = 6.63) y cannabis (M = 29,41, DE = 10,31).

El análisis de varianzas de medias (ANOVA) nos indica que las diferencias son significativas entre sí [$F(14, 1001) = 374.42, p < .001$]. No obstante, estos resultados iniciales los debemos interpretar con cierta cautela, ya que al igual que se comprobó en apartados anteriores, el analizar la totalidad del periodo en su conjunto implica que la predominancia de algunas sustancias, en determinados periodos, influya en los resultados finales.

Tabla 58*Edad media por grupo de drogas (1987-2016)*

	<i>n</i>	M	DE	EE	IC 95%		Min	Max
					Inf	Sup		
Alcohol	1813	46,16	9,72	,23	45,71	46,61	21	84
Heroína	2558	28,45	6,63	,13	28,20	28,71	14	60
Metadona desintoxicar	398	37,01	7,68	,38	36,25	37,76	17	59
Cannabis	132	29,41	10,31	,89	27,63	31,18	15	57
Psicofármacos	307	40,34	10,15	,58	39,19	41,48	16	81
Cocaína clorhidrato	291	34,23	8,06	,47	33,30	35,16	17	55
Cocaína base	183	34,62	8,73	,64	33,34	35,89	16	59
Derivados opiáceos	36	39,58	13,53	2,26	35,01	44,16	20	75
Heroína y combinaciones	752	33,40	8,69	,32	32,77	34,02	13	59
Alcohol y psicofármacos	354	41,74	8,99	,49	40,80	42,68	17	68
Alcohol y cocaína	559	36,47	8,65	,37	35,75	37,18	16	82
Metadona mantener y otras	585	36,96	7,50	,31	36,35	37,56	19	60
Cocaína y combinaciones	203	32,61	10,03	,70	31,22	34,00	14	71
Metadona desint. y otras	237	37,18	7,38	,48	36,24	38,13	17	55
Otras combinaciones	117	31,94	9,32	,86	30,23	33,65	14	64
Total	8525	35,92	10,63	,11	35,70	36,15	13	84

Nota. *N* = 8525.

Si repetimos el análisis pero tan solo teniendo en cuenta los primeros diez años, vemos que las desintoxicaciones alcohólicas presentan mayor edad ($M = 36.81$, $DE = 9.62$) que las de heroína con otras sustancias ($M = 28.35$, $DE = 5.35$) y los usuarios más jóvenes son los que realizaron desintoxicaciones exclusivamente por heroína ($M = 26.71$, $DS = 5.14$) [$F(2, 138) = 46.9$, $p < .001$] Recordemos que en esta primera década tan sólo estas tres categorías

presentaron suficientes casos como para poder incluirlas en el análisis de varianzas. Las pruebas *post hoc* de comparaciones múltiples, mediante la corrección de *Games-Howell*, confirma la significación estadística de las tres diferencias de medias, en el nivel 0.05.

En la segunda década se amplía sustancialmente el número de sustancias y combinaciones a comparar, sin embargo, permanecen las desintoxicaciones alcohólicas (M = 44.52, DE = 9.23) y las combinaciones de alcohol con psicofármacos (M = 41.63, DE = 9.81) como los subgrupos de mayor edad. Igualmente, continúan permaneciendo las desintoxicaciones exclusivamente por heroína como el subgrupo con usuarios más jóvenes (M = 29.74, DE = 6.96). El análisis de varianza mediante la prueba robusta de igualdad de medias (*Welch*) nos indica la significación de las diferencias de medias [F (11, 614) = 116.55, p < .001], comprobándose mediante las pruebas *post hoc* de comparaciones múltiples.

El periodo de los últimos diez años muestra la mayor variabilidad de sustancias y combinaciones, los resultados los tenemos representados en la Tabla 59. Continúan manteniéndose los usuarios que realizan una desintoxicación alcohólica como los de mayor edad (M = 47.78, DE = 9.48), seguidos de los de derivados opiáceos (M = 43.04, DE = 13.09), aunque con tan solo 27 usuarios que realizaron una desintoxicación por derivados opiáceos. Los usuarios más jóvenes son los que realizaron una desintoxicación por cannabis (M = 29.74, DE = 10.57) [F (14, 598) = 75.68, p < .001]. El análisis de las varianzas de medias y las pruebas *post hoc* de comparaciones múltiples muestran la significación estadística de la diferencia de medias.

Tabla 59
Edad media por grupo de drogas (2007-2016)

	<i>n</i>	M	DE	EE	IC 95%		Min	Max
					Inf	Sup		
Alcohol	1097	47,78	9,48	,29	47,22	48,34	23	84
Heroína	163	37,96	7,58	,59	36,79	39,13	22	60
Metadona desintoxicar	226	39,55	7,50	,50	38,57	40,54	21	58
Cannabis	118	29,64	10,57	,97	27,71	31,56	15	57
Psicofármacos	185	42,07	10,46	,77	40,55	43,59	16	81
Cocaína clorhidrato	135	35,07	7,45	,64	33,80	36,34	20	52
Cocaína base	59	38,56	8,50	1,10	36,34	40,78	20	53
Derivados opiáceos	27	43,04	13,09	2,52	37,86	48,22	20	75
Heroína y combinaciones	307	38,16	8,72	,49	37,18	39,14	15	58
Alcohol y psicofármacos	270	41,90	8,70	,53	40,85	42,94	18	66
Alcohol y cocaína	371	36,92	8,76	,45	36,03	37,82	18	82
Metadona mantener y otras	319	39,22	7,62	,43	38,38	40,06	19	60
Cocaína y combinaciones	136	33,26	10,58	,91	31,46	35,05	15	71
Metadona desint. y otras	152	39,12	7,01	,57	37,99	40,24	22	55
Otras combinaciones	59	33,54	9,34	1,22	31,11	35,98	14	56
Total	3624	41,03	10,28	,1	40,69	41,36	14	84

Nota. *n* = 3624.

Es evidente el incremento en la edad media de los usuarios desde la primera década (M = 27.33, DE = 5.86) a la segunda (M = 34.94, DE = 9.65) y de ésta a la tercera (M = 41.03, DE = 10.28), [F (2, 5489) = 1998, *p* < .001]. Si repetimos el análisis de varianzas, pero en esta ocasión seleccionando tan sólo a los usuarios que ingresan por primera vez, obtenemos resultados muy

similares en la primera ($M = 27.16$, $DE = 6.23$), segunda ($M = 34.79$, $DE = 10.25$) y tercera década ($M = 40.35$, $DE = 11.51$) [$F(2, 3170) = 881$, $p < .001$].

Parece evidente que, aunque el porcentaje de reingresos ha evolucionado del 35,2% en la primera década, al 40,3% en la segunda y 51,4% en la tercera, el envejecimiento medio de los usuarios no se justifica tan sólo con los reingresos. Hemos visto como los usuarios que realizan desintoxicaciones por sustancias legales (alcohólicas, por psicofármacos o la combinación de ambos) se han ido incrementando progresivamente, de porcentajes marginales en la primera década, a representar entre los tres subgrupos un porcentaje superior al 40% en la tercera década. Son precisamente estos usuarios los que presentan una mayor edad media. Aparentemente el envejecimiento de la edad media del usuario está relacionado con al menos tres factores diferentes:

- Incremento en la proporción de usuarios reingresadores, con una mayor edad media.
- Incremento en la proporción de usuarios que realizan desintoxicaciones de drogas legales (alcohol y psicofármacos).
- Finalmente, un envejecimiento generalizado de los usuarios, independientemente de los anteriores factores.

3.3.6 Sustancias por tramo de edad

Con la finalidad de poder estudiar la relación existente entre la edad del usuario y las sustancias por las que solicita el tratamiento de desintoxicación, hemos considerado útil dividir la población total en tramos de edad. En la Tabla 60 tenemos la distribución de las diferentes combinaciones de sustancias según grupos de edad del usuario. Vemos como, según la edad del usuario, es más probable que solicite la desintoxicación por una determinada sustancia o combinación. Si seleccionamos el tramo de los usuarios más jóvenes, aquellos que como máximo tenían 25 años en el momento de ingresar, vemos que de forma global la desintoxicación que más frecuentemente realizaron es la desintoxicación exclusivamente por heroína (62,5%), los usuarios comprendidos en el tramo de los 26 a los 35 años continúan realizando la desintoxicación de

heroína como la más frecuente, aunque con un porcentaje más reducido (43%). Si incrementamos la edad, entre los usuarios comprendidos entre los 36 y los 45 años ya no son las desintoxicaciones por heroína las más frecuentes, sino las desintoxicaciones exclusivamente por alcohol (28,7%), finalmente, en el grupo de mayor edad, las desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas suponen más de la mitad de los casos (55,6%) [χ^2 (42, $N = 8525$) = 3492, $p < .001$].

No obstante, debemos tomar estos datos con cierta cautela, ya hemos comprobado como las diferentes sustancias se distribuyen de forma desigual según el periodo que estemos analizando, asimismo se ha producido un envejecimiento progresivo de los usuarios desde los primeros años. El introducir en el mismo análisis usuarios separados por un periodo tan amplio, como son 30 años, hace que no podamos ver las diferencias significativas en determinados periodos.



Tabla 60*Usuarios por combinación de sustancias y tramo de edad (1987-2016)*

	Edad							
	26<		26-35		36-45		> 45	
	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a
Alcohol	18	1,2	202	6,8	694	28,7	899	55,6
Heroína	940	62,5	1283	43	278	11,5	57	3,5
Metadona desintoxicar	27	1,8	141	4,7	170	7	60	3,7
Cannabis	55	3,7	48	1,6	14	0,6	15	0,9
Psicofármacos	21	1,4	84	2,8	103	4,3	99	6,1
Cocaína clorhidrato	47	3,1	110	3,7	109	4,5	25	1,5
Cocaína base	30	2	71	2,4	61	2,5	21	1,3
Derivados opiáceos	7	0,5	8	0,3	7	0,3	14	0,9
Heroína y combinaciones	155	10,3	306	10,2	220	9,1	71	4,4
Alcohol y psicofármacos	17	1,1	69	2,3	148	6,1	120	7,4
Alcohol y cocaína	57	3,8	213	7,1	208	8,6	81	5
Metadona mantener y otras	31	2,1	231	7,7	238	9,8	85	5,3
Cocaína y combinaciones	51	3,4	87	2,9	37	1,5	28	1,7
Metadona desintoxicar y otras	14	0,9	87	2,9	104	4,3	32	2
Otras combinaciones	33	2,2	47	1,6	28	1,2	9	0,6
Total	1503		2987		2419		1616	

Nota. *N* = 8525.^a El porcentaje se ha calculado para el total de usuarios en el tramo de edad.

Si repetimos el mismo análisis, pero seleccionando tan sólo los primeros 10 años de funcionamiento de la UDH, desde 1987 hasta 1996, estaremos entrando de lleno en el periodo de la epidemia de la heroína, en este periodo las desintoxicaciones en la UDH prácticamente se reducían a dos modalidades:

alcohol y heroína. No es de extrañar que los usuarios de menos de 26 años realizaran una desintoxicación por heroína en el 96,15% de los casos (heroína sola o asociada a otras sustancias) y tan sólo un 0,9% de desintoxicaciones fueran exclusivamente alcohólicas, es decir, 7 casos en 10 años.

Entre los usuarios comprendidos desde los 26 hasta 35 años, continúan dominando las desintoxicaciones exclusivas por heroína (85%) y combinaciones de la misma (8%), aunque empiezan a verse usuarios que solicitan desintoxicaciones alcohólicas (3,6%).

Si nos fijamos en los usuarios desde los 36 hasta los 45 años, el porcentaje de desintoxicaciones alcohólicas suponen ya el 19,8%, apareciendo las primeras desintoxicaciones por psicofármacos (2,6%), aunque las desintoxicaciones por heroína continúan siendo la categoría con mayor número de desintoxicaciones en el tramo de edad (58,6%). Finalmente, entre los usuarios más longevos, los que superan los 45 años de edad, las desintoxicaciones alcohólicas son mayoría (71,4%) y se incrementan los casos por psicofármacos (4,8%), aunque las desintoxicaciones por heroína siguen estando presentes, representando el 23,8% del tramo de edad [$\chi^2(36, n = 1798) = 396.38, p < .001$].

En la segunda década en funcionamiento de la UDH, en el periodo comprendido entre 1997 y 2006, se realizaron un total de 3103 desintoxicaciones, con una mayor diversificación de las sustancias y combinaciones. Los usuarios más jóvenes, con menos de 26 años, suponen 532 casos, donde las desintoxicaciones exclusivamente por heroína persisten como la modalidad más frecuente de tratamiento, representando el 49,2% del tramo de edad, la segunda sustancia en importancia la suponen la cocaína y sus combinaciones: cocaína clorhidrato (5,5%), cocaína base (5,1%), alcohol y cocaína (4,9%). Es de destacar que aparecen las primeras desintoxicaciones por metadona (3,4%) o por metadona y otras sustancias (1,9%).

Entre los usuarios comprendidos en el segundo tramo de edad, de los 26 a los 35 años, se mantiene la heroína como la principal desintoxicación realizada, aunque bajando su proporción al 36,8%, incrementándose por el contrario las desintoxicaciones alcohólicas (6,7%) y las de metadona (7%), o metadona con otras sustancias (3,2%). Se mantienen similares porcentajes referentes a las

desintoxicaciones de cocaína (en torno al 15% si sumamos las combinaciones) y aparecen usuarios que realizan desintoxicaciones por psicofármacos (3,5%).

En este segundo periodo, los usuarios entre 36 y 45 años, realizaron una mayoría de desintoxicaciones alcohólicas (30,2%), en detrimento de las desintoxicaciones por heroína, que tan sólo suponen el 14,8%, manteniéndose los porcentajes por cocaína, metadona, y psicofármacos.

Entre los usuarios mayores de 45 años, las desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas ya son una amplia mayoría (62.7%), seguidas de los psicofármacos (6,9%) y de las combinaciones de alcohol con psicofármacos (5,7%). Las desintoxicaciones por heroína caen hasta el 5,5% y prácticamente desaparecen las desintoxicaciones por metadona o cocaína [χ^2 (42, $n = 3103$) = 1095.77, $p < .001$].

El periodo comprendido entre 2006 y 2016 supone el más diversificado en relación a las sustancias y combinaciones de las mismas, asimismo es el que presenta mayor número de casos (Tabla 61). Si nos limitamos a los últimos 10 años de funcionamiento en la UDH, vemos como entre los usuarios más jóvenes, menores de 26 años, la modalidad de tratamiento más frecuentemente solicitada ha sido la desintoxicación exclusivamente por cannabis, que representa un 22% de los tratamientos en el tramo de edad. Otros subgrupos con significativo número de casos lo suponen los usuarios que realizaron una desintoxicación por heroína en combinación con otras sustancias (12,9%), alcohol y cocaína (13,8%) y la cocaína en combinación con otras sustancias (14,2%) [χ^2 (42, $n = 3624$) = 1045.16, $p < .001$]. La situación del cannabis, entre los usuarios más jóvenes, resulta significativa no sólo por el elevado número de desintoxicaciones exclusivamente por cannabis, sino porque se encuentra entre las sustancias a desintoxicar (sólo o asociado a otras drogas) en más de la mitad de los usuarios (51,6%), en ese tramo de edad [χ^2 (3, $n = 3624$) = 387.14, $p < .001$].

El tramo de edad de los usuarios comprendidos entre los 26 y los 35 años se caracteriza por una distribución relativamente uniforme entre las diferentes combinaciones de sustancias. Las desintoxicaciones por alcohol (10,1%) y por la combinación de alcohol con cocaína (16,4%) alcanzan fracciones bastante representativas. Destaca la presencia de la metadona, en cualquiera de sus

modalidades, ya sea para desintoxicar o manteniendo la dosis, en el 23,2% de los usuarios.

Entre los 36 y los 45 años, los usuarios solicitaron mayoritariamente desintoxicaciones alcohólicas (28,4%), alcohol con cocaína (10%) y alcohol con psicofármacos (8,1%). En este tramo de edad, el 23,4% de los usuarios continúa consumiendo metadona en alguna de las posibles combinaciones.

Como es de esperar, en el último tramo de edad, los usuarios que realizan una desintoxicación exclusivamente por alcohol son una amplia mayoría (52,8%), seguidos por los usuarios que realizan una desintoxicación de alcohol con psicofármacos (8,2%) [χ^2 (42, $n = 3624$) = 1045.16, $p < .001$].



Tabla 61*Usuarios por combinación de sustancias y tramo de edad (2006-2016)*

	Edad							
	26<		26-35		36-45		> 45	
	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a
Alcohol	3	1,3	88	10,1	384	28,4	622	52,8
Heroína	2	0,9	62	7,1	70	5,2	29	2,5
Metadona desintoxicar	9	4,0	55	6,3	108	8,0	54	4,6
Cannabis	50	22,2	40	4,6	13	1,0	15	1,3
Psicofármacos	10	4,4	40	4,6	66	4,9	69	5,9
Cocaína clorhidrato	14	6,2	54	6,2	55	4,1	12	1,0
Cocaína base	3	1,3	20	2,3	23	1,7	13	1,1
Derivados opiáceos	3	1,3	5	0,6	6	0,4	13	1,1
Heroína y combinaciones	29	12,9	84	9,7	131	9,7	63	5,4
Alcohol y psicofármacos	12	5,3	53	6,1	109	8,1	96	8,2
Alcohol y cocaína	31	13,8	142	16,4	136	10,0	62	5,3
Metadona mantener y otras	10	4,4	98	11,3	139	10,3	72	6,1
Cocaína y combinaciones	32	14,2	57	6,6	25	1,8	22	1,9
Metadona desintoxicar y otras	4	1,8	49	5,6	69	5,1	30	2,5
Otras combinaciones	13	5,8	21	2,4	20	1,5	5	0,4
Total	225		868		1354		1177	

Nota. *n* = 3624.^a El porcentaje se ha calculado para el total de usuarios en el tramo de edad.

3.3.7 Sustancias por zona geográfica

Un aspecto que hemos considerado de estudio relevante ha sido la distribución de las sustancias de abuso según la zona de procedencia del usuario. Recordemos que la procedencia la vamos a considerar en cuatro posibilidades: zona urbana de Santa Cruz de Tenerife-La Laguna, Norte de la isla de Tenerife, Sur de la isla de Tenerife e isla de La Palma, en su globalidad.

Hemos visto como el alcohol está presente de algún modo, ya sea de forma exclusiva o asociado a otras sustancias, en un porcentaje del 37,8% del total de las desintoxicaciones. Si relacionamos la presencia del alcohol, como droga a desintoxicar con la zona geográfica del usuario, vemos que la distribución es desigual, con mayores porcentajes en la zona norte de Tenerife (49,9%) y sur de Tenerife (46,3%), respecto a la zona urbana (33,4%) y la isla de La Palma (22%) [$\chi^2 = (3, N = 8513) = 198.73, p < .001$].

Similar análisis podemos realizar comparando las desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas con el resto de combinaciones de sustancias. Vemos como los usuarios que realizaron una desintoxicación exclusivamente alcohólica globalmente representan el 21,8% del total, pero con una distribución similar a la vista con anterioridad, es decir, una mayor proporción en la zona norte y sur de Tenerife, donde representan el 30,8% y el 26% respectivamente, en comparación con las zonas urbanas y de la isla de La Palma, donde significan el 18,3% y 11% [$\chi^2 (42, N = 8513) = 363.39, p < .001$].

Por el contrario, los usuarios realizando desintoxicaciones exclusivamente por heroína, alcanzan sus mayores porcentajes en la zona urbana (33,5%) y la isla de La Palma (36,1%), respecto a las zonas norte (19,3%) y sur (26,2%) [$\chi^2 (42, N = 8513) = 363.99, p < .001$].

Resulta llamativo la isla de La Palma, no solamente por el elevado número de las desintoxicaciones por heroína, sino que los opiáceos en cualquiera de sus modalidades (heroína, metadona y derivados) han estado presentes en un total del 67,3% de las desintoxicaciones, frente a un 56,8% en la zona urbana, 49,2% en la zona sur y 39,9% en la zona norte.

La presencia de las desintoxicaciones por cannabis, representan unos porcentajes muy discretos, en comparación con el alcohol o los opiáceos, sin embargo, consideramos necesario nombrarlos por la línea claramente ascendente que presentan. La presencia del cannabis, ya sea solo o asociado a otras sustancias, alcanza mayores porcentajes entre los usuarios procedentes de la isla de La Palma (11,5%), frente a los 10,2% de la zona norte, 6,7% de la zona urbana y 5,6% de la zona sur [$\chi^2 = (3, N = 8513) = 32.87, p < .001$].

Respecto a la cocaína, se encuentra entre las sustancias a desintoxicar en unos porcentajes relativamente similares en las cuatro zonas: zona urbana de Tenerife (28%), zona norte de Tenerife (25,6%), zona sur de Tenerife (21.5%) e isla de La Palma (23,5%). Lo que si resulta más significativo es la desigual proporción entre la cocaína clorhidrato y la cocaína base. Si en la zona urbana de Tenerife, la cocaína reparte su presencia con un 15,3% de cocaína clorhidrato y un 12,7% de base, en la zona norte corresponde un 18% a la cocaína clorhidrato y un 7,6% a la base, muy similar al sur, con un 16% de clorhidrato y 4,9% de base. Finalmente, en la isla de La Palma, la cocaína clorhidrato está asociada en un 22,5% de los casos, frente a tan sólo un 1% de los casos de la cocaína base [$\chi^2 = (3, N = 8513) = 95.1, p < .001$].

En el resto de las sustancias y combinaciones de sustancias no se han encontrado diferencias significativas en la distribución por zonas geográficas.

En general observamos que, en la zona urbana de Tenerife, compuesta por las ciudades de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, los usuarios que solicitan desintoxicaciones de heroína y cocaína base alcanzan fracciones superiores que en el resto de las zonas de la provincia.

Los usuarios procedentes de las zonas norte y sur de Tenerife se caracterizan por la mayor presencia relativa de las desintoxicaciones alcohólicas, particularmente en la zona norte, donde el cannabis también está relativamente sobrerrepresentado.

La isla de La Palma presenta un elevado índice de usuarios que solicitan desintoxicación por opiáceos, alta presencia (relativamente, en comparación con resto de la provincia) de cannabis y un sorprendentemente bajo número de usuarios que realizan desintoxicaciones por alcohol y cocaína base.

3.3.8 Perspectiva de género

Aunque dentro de cada apartado se han reflejado las diferencias significativas encontradas en relación con el género del usuario, hemos decidido resumir en un único apartado las principales diferencias detectadas. El objetivo de este apartado es poder hacernos una idea global de donde se encuentran más acusadas las desigualdades evidentes en la proporción de hombres y mujeres.

De los 4776 usuarios que han llegado a formalizar un ingreso en la UDH, 3762 eran hombres y 1014 mujeres. Los usuarios varones realizaron un total de 6659 tratamientos, lo que supondría 1,77 ingresos por usuario. Por su parte, las 1014 mujeres formalizaron 1845 ingresos, lo que indica 1,81 ingresos por usuario. Siendo, por lo tanto, ligeramente superior el grado de reingresos entre las mujeres.

Hemos comprobado como el porcentaje de mujeres difiere sustancialmente dentro de cada subgrupo de usuarios definido por la combinación de sustancias. En la Tabla 62 tenemos el porcentaje de mujeres que se incluye en cada subgrupo, vemos que, aunque la mayoría mantienen porcentajes cercanos al 20%, al menos tres categorías tienen una proporción sustancialmente superior de mujeres: psicofármacos (47,6%), alcohol con psicofármacos (30,8%) y derivados opiáceos (44,4%). Resulta especialmente significativo el porcentaje de las desintoxicaciones de psicofármacos que está cerca de alcanzar el 50% para cada sexo, considerando la totalidad del periodo. Por el contrario, los porcentajes más bajos de usuarios del sexo femenino lo alcanzan las desintoxicaciones de cannabis (15,2%), alcohol con cocaína (17,4%) y heroína en combinaciones (17,4%).

Tabla 62*Distribución sustancias y combinaciones por sexo del usuario*

Subgrupo de desintoxicación	Sexo		Total	% (mujeres)
	Hombre	Mujer		
Alcohol	1421	392	1813	21,6
Heroína	2042	496	2538	19,5
Metadona desintoxicar	326	72	398	18,1
Cannabis	112	20	132	15,2
Psicofármacos	161	146	307	47,6
Cocaína clorhidrato	222	69	291	23,7
Cocaína base	147	36	183	19,7
Derivados opiáceos	20	16	36	44,4
Heroína y combinaciones	618	134	752	17,8
Alcohol y psicofármacos	245	109	354	30,8
Alcohol y cocaína	462	97	559	17,4
Metadona mantener y otras drogas	462	122	584	20,9
Cocaína y combinaciones	152	51	203	25,1
Metadona desintoxicar y otras drogas	186	51	237	21,5
Otras combinaciones	83	34	117	29,1
Total	6659	1845	8504	21,7

Nota. N = 8504.

En cuanto al análisis por décadas, la mayoría de las categorías no muestran diferencias significativas en la proporción de mujeres de una década a otra, con algunas excepciones. En las desintoxicaciones por psicofármacos, el porcentaje de mujeres se ha incrementado progresivamente del 28,6% en la primera década, al 43,5% en la segunda y 50,8% en la tercera, de forma menos evidente se ha incrementado la proporción de mujeres en las desintoxicaciones alcohólicas, pasando del 15,4% en la primera década, al 20,5% en la segunda y 22,7% en la tercera. Por el contrario, el descenso más significativo se ha encontrado entre las desintoxicaciones de heroína (tanto en las exclusivas como

asociadas) con un descenso progresivo en la proporción de mujeres, del 22,5% en la primera década, al 16,3% en la segunda y 14,7% en la tercera.

En general, se ha producido un incremento de la proporción de mujeres en las sustancias legales (alcohol y psicofármacos), disminuyendo por el contrario en las sustancias ilegales. Curiosamente, parece que las diversas fluctuaciones se han compensado entre sí, de tal forma que, tal y como se refleja en la Figura 38, la relación entre hombres y mujeres ha permanecido relativamente estable, en torno al 20% del total de usuarios.

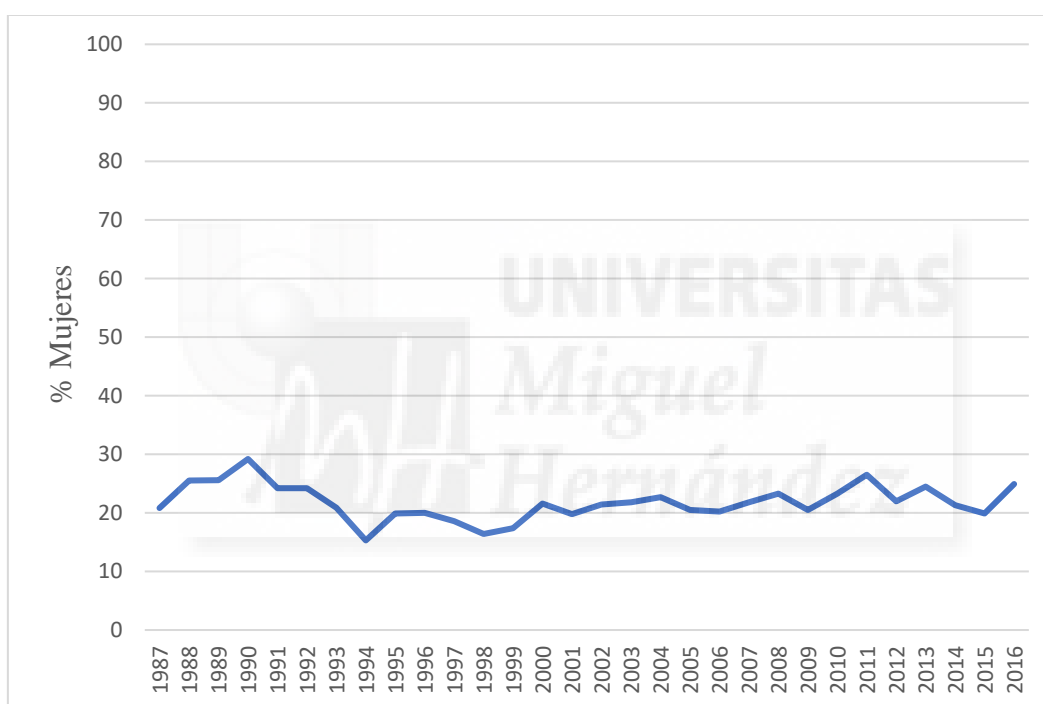


Figura XXX. Evolución por año del porcentaje de usuarios de género femenino

Al estudiar la zona geográfica de procedencia y el sexo del usuario, inicialmente se obtienen unas distribuciones por sexo similares, aunque con una proporción de mujeres ligeramente inferior en la zona norte de Tenerife (18,8%), respecto a la zona urbana (22%), sur de Tenerife (24,4%) e isla de La Palma (21,5%) [χ^2 (3, $N = 8492$) = 12.7, $p = .005$]. Si estudiamos esta diferencia en las tres décadas, vemos que la diferencia aumenta en la primera década, cuando el porcentaje de mujeres procedentes de la zona norte supuso el 13%, frente al 22,3% de la media en el periodo [χ^2 (3, $n = 1789$) = 14.1, $p = .003$]. Al diferenciar

entre sustancias legales (alcohol y psicofármacos) del resto de combinaciones, vemos que la proporción de mujeres por zona, únicamente alcanza diferencias significativas entre las sustancias ilegales. La conclusión es que en la zona norte de Tenerife (entorno rural), la proporción de mujeres por drogas ilegales es significativamente inferior al resto de las zonas de la provincia [$\chi^2(3, n = 6074, p = .001)$] (Tabla 63).

Tabla 63

Distribución por sexo del usuario y zona geográfica, (drogas ilegales)

Zona geográfica	Sexo		Total	% (mujeres)
	Hombre	Mujer		
Zona Metropolitana	3400	880	4280	20,6
Zona Norte	822	143	965	14,8
Zona Sur	530	139	669	20,8
Isla de La Palma	126	34	160	21,3
Total	4878	1196	6074	19,7

Nota. $n = 6704$.

En cuanto a la relación de la edad respecto al sexo del usuario, inicialmente la edad media de los hombres durante la globalidad del periodo ($M = 35.87$, $DE = 10.50$) no difiere excesivamente de la encontrada en las mujeres ($M = 36.23$, $DE = 11.10$), no encontrándose significación estadística en la diferencia de la edad media de ambos sexos.

Sin embargo, si realizamos este mismo análisis por décadas, vemos que en la primera década las mujeres son significativamente más jóvenes ($M = 26.61$, $DE = 5.76$) y ($M = 27.56$, $DE = 5.91$) [$t(1777) = 2.84$, $p = .005$], en la segunda década son exactamente iguales ($M = 34.95$, $DE = 9.55$) y ($M = 34.94$, $DE = 10.04$), mientras en la tercera década las mujeres son significativamente mayores ($M = 41.81$, $DE = 10.33$) y ($M = 40.79$, $DE = 10.25$), [$t(3622) = -2.5$, $p = .013$].

En la Figura 39 y Figura 40 podemos ver la representación gráfica de como se ha producido un desplazamiento de los usuarios desde los tramos que representan intervalos de menor edad, a los tramos de usuarios más longevos, sin embargo, el desplazamiento no se ha producido por igual en ambos géneros.

Si en la primera década las mujeres alcanzaban mayores porcentajes relativos en los tramos de menores de edad y el tramo de los 18 a los 25 años, en la tercera década los mayores porcentajes relativos lo presentaban las mujeres en los tramos de mayor edad. Es decir, el envejecimiento del usuario, ya reflejado en apartados anteriores, es más acusado en las mujeres, que en los hombres.

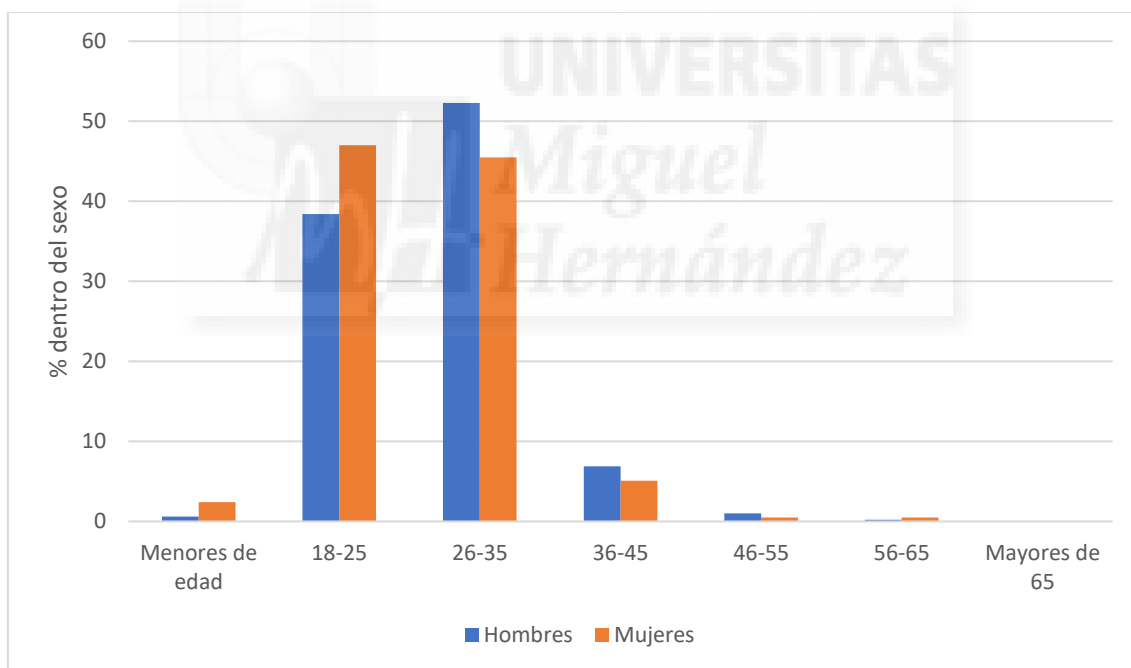


Figura 39. Distribución de los usuarios por sexo y tramo de edad, 1987-1996

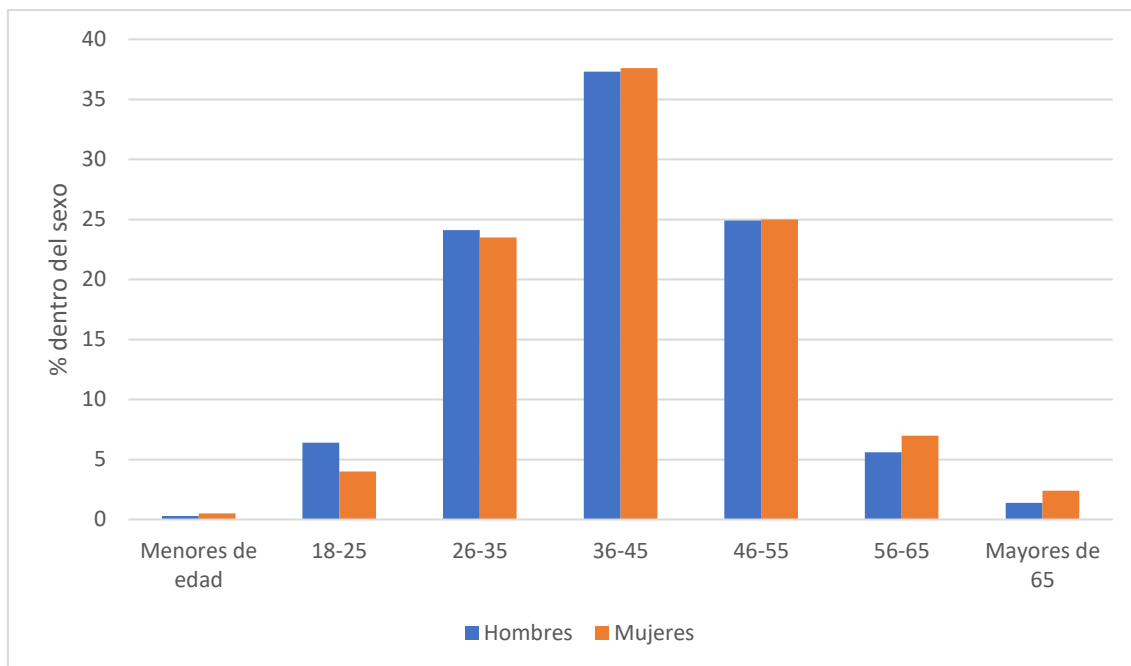


Figura 40. *Distribución de los usuarios por sexo y tramo de edad, 2007-2016*

Esta inversión temporal, en el sentido de la diferencia de edad entre hombres y mujeres, puede relacionarse, al menos en parte, con la variación en el tipo de sustancia de la cual se estaba desintoxicando. En apartados anteriores hemos comprobado como las mayores edades medias correspondían a las drogas legales (alcohol, psicofármacos y combinaciones de ambos). Si analizamos por separado las desintoxicaciones de drogas legales de las ilegales, vemos que entre los usuarios que realizan desintoxicaciones por drogas ilegales, la edad de las mujeres ($M = 31.6$, $DE = 8.48$) es inferior que la de los hombres ($M = 32.5$, $DE = 8.56$) [$t(6077) = -3.475$, $p = .001$]. El único subgrupo donde las mujeres son significativamente mayores ($M = 42.16$, $DE = 9.91$) que los hombres ($M = 38.68$, $DE = 10.12$) [$t(305) = 3.04$, $p = .003$] es en las desintoxicaciones exclusivamente por psicofármacos, que es precisamente donde mayormente ha aumentado la proporción de mujeres.

Concluimos, por tanto, que entre las sustancias ilegales las mujeres son significativamente más jóvenes, entre las desintoxicaciones por psicofármacos, las mujeres son significativamente mayores, y en grupos con poblaciones mixtas, dependerá principalmente de la proporción de mujeres que estén realizando desintoxicaciones por psicofármacos.

3.4 Éxito y fracaso del tratamiento de desintoxicación

En capítulos anteriores hemos visto como uno de los aspectos que más interés ha suscitado en trabajos realizados, en el marco de las desintoxicaciones por sustancias en el régimen de internamiento, ha sido el hecho de finalizar o no el tratamiento de desintoxicación^(86,88,99,101,102,105-107). Algunos autores⁽¹⁰⁵⁾ han encontrado disparidad de criterios en este aspecto, en el sentido de que algunas investigaciones incluyen tan sólo las altas voluntarias como un fracaso terapéutico, excluyendo del trabajo las altas por motivos disciplinarios. En el presente trabajo hemos considerado que las circunstancias que llevan a un usuario a un incumplimiento grave de la normativa, están íntimamente relacionadas con las que pueden llevar a solicitar el alta voluntaria. En esa línea de argumento, hemos decidido considerar como exitosas las desintoxicaciones que han finalizado con un alta terapéutica, por el contrario, las que finalizan con alta voluntaria, alta forzosa o evasión, las consideramos como un fracaso del proceso de desintoxicación. Los ingresos que finalizaron con un alta por traslado hemos decidido considerarlos una categoría independiente y estudiarlos por separado.

Partiendo de la consideración anteriormente descrita tenemos que, de los 8525 ingresos iniciales, hemos de retirar los 105 ingresos que finalizaron con un alta por traslado, quedándonos con 8420 casos, de los que 7077 (84%) finalizaron en alta terapéutica y 1343 (16%) con un alta no terapéutica o fracaso del proceso de desintoxicación.

En la Figura 41 tenemos representada la variación del porcentaje de altas terapéuticas, según el año que estemos considerando. La proporción de altas terapéuticas alcanzó sus niveles más bajos en el intervalo comprendido entre el año 1992 hasta 1995, cuando la sustancia que monopolizaba los tratamientos era la heroína. El valor mínimo alcanzado fue en el año 1992, con 62,0% de altas terapéuticas, mientras el máximo valor corresponde a 2015, con un 93,4% de altas terapéuticas. No se han producido variaciones importantes en la última década, permaneciendo el porcentaje relativamente estable, en torno al 90%.

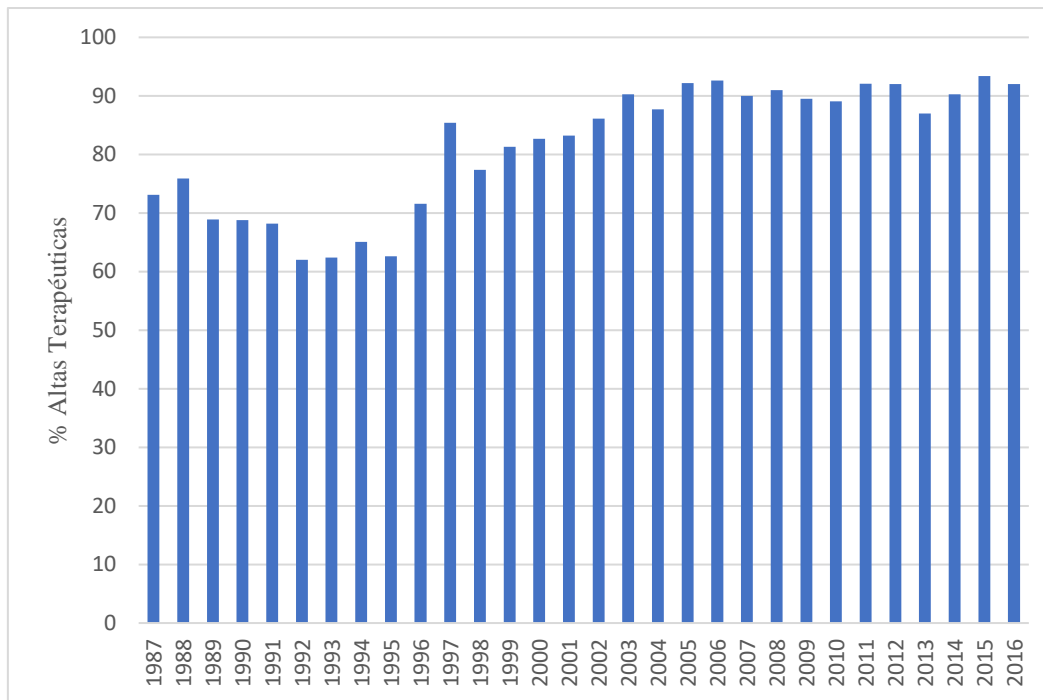


Figura 41. *Altas terapéuticas por año*

En los próximos apartados vamos a estudiar cómo se relacionan con el resto de las variables estos dos subgrupos, que hemos decidido considerar como el grupo con éxito terapéutico en el proceso de desintoxicación y el grupo con fracaso del proceso de desintoxicación.

3.4.1 Alta terapéutica y género del usuario

En un primer análisis, vemos como se consiguen porcentajes prácticamente iguales de altas terapéuticas en los dos sexos, ligeramente superior en el caso del sexo femenino, 86% frente al 83,6% en los varones [χ^2 (1, $N = 8399$), $p = .015$]. Sin embargo, ya hemos comprobado en anteriores apartados la conveniencia de establecer diferencias en periodos temporales o por grupo de sustancias. Si repetimos el análisis, pero diferenciando por décadas, obtenemos siempre porcentajes superiores de éxito entre las mujeres. Estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas en la primera y segunda década, a diferencia de los últimos diez años, donde se acentúan las

diferencias, con un 93,6% frente a un 89,7% de altas terapéuticas entre las mujeres y los hombres respectivamente [$\chi^2 (1, n = 3577), p = .001$].

La comparación de las probabilidades de finalizar el tratamiento por sexo, si dividimos en sustancias o combinaciones, nos ofrece unos resultados poco concluyentes, ya que, si bien las mujeres suelen presentar porcentajes de éxito levemente superiores, las diferencias no son estadísticamente significativas entre sí. Sí que son significativas las diferencias entre sustancias o combinaciones de las mismas. Aparentemente las desiguales distribuciones de sustancias en diferentes periodos influyen en la significación de los resultados, pero no en el sentido, que suele ser un porcentaje de éxito o altas terapéuticas, favorable a las mujeres.

3.4.2 Alta terapéutica y procedencia del usuario

La procedencia del usuario la habíamos clasificado anteriormente en tres niveles, siendo uno de los niveles de clasificación en referencia con la ONG a la que pertenece la UAD que emite la solicitud de ingreso. En la Tabla 63 tenemos el resultado de la relación entre la variable dicotómica Alta terapéutica Sí/No y la ONG de referencia. Vemos como la organización Proyecto Drago obtiene los mayores porcentajes de alta terapéutica (96,2%), mientras la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel obtiene el valor más bajo, con un 81,3%. [$\chi^2 (4, N = 8408) = 92.35, p < .001$].

A la hora de considerar estos resultados, no debemos olvidar que los usuarios procedentes de la ONG Proyecto Drago tienen la peculiaridad de ser desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas, ya que es el único tipo de adicción abordada por esta organización.

Tabla 63*Alta terapéutica y organización de derivación*

	Éxito terapéutico		Total	% éxito
	Alta terapéutica	Alta no terapéutica		
San Miguel	4422	1018	5440	81,3
ANTAD	2297	298	2595	88,5
La Palma	170	18	188	90,4
Proyecto Hombre	75	5	80	93,8
Proyecto Drago	101	4	105	96,2
Otros	12	0	12	100,0
Total	7077	1343	8420	15,95

Nota. $N = 8420$.

Hemos considerado que más útil que el porcentaje de éxito atribuible a las desintoxicaciones procedentes de una determinada ONG, resulta el aplicable a la variable zona geográfica del usuario. Recordemos que, a partir de la UAD de derivación, hemos calculado la zona de la cual es más probable que proceda el usuario, realizando a su vez la división en cuatro zonas geográficas, según características territoriales y demográficas.

La relación de esta variable con el fracaso o alta no terapéutica la tenemos en la Tabla 64. Podemos observar como la zona de la isla de La Palma obtiene un porcentaje de altas no terapéuticas inferior al 10%, mientras que la zona metropolitana Santa Cruz-La Laguna obtiene casi el doble [$\chi^2 (3, N=8408) = 68.18, p < .001$]. En correspondencia con los valores obtenidos en la anterior relación, recordemos que el núcleo poblacional compuesto por las ciudades de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, es la zona donde desarrolla su labor la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel. Con lo que la interpretación es que el porcentaje de altas no terapéuticas, se incrementa en los usuarios procedentes de la zona urbana.

Tabla 64*Alta no terapéutica y zona geográfica*

	Éxito terapéutico		Total	% (Fracaso)
	Alta terapéutica	Alta no terapéutica		
Metropolitana	4598	1027	5625	18,3
Norte de Tenerife	1403	169	1572	10,8
Sur de Tenerife	894	129	1023	12,6
La Palma	170	18	188	9,6
Total	7065	1343	8408	15,97

Nota. $N = 8408$

3.4.3 Alta terapéutica y edad del usuario

El estudio de la relación entre la edad del usuario y la probabilidad de finalizar el ingreso con un alta no terapéutica ha sido ampliamente estudiado y lo podemos representar de diferentes formas. En un primer análisis, vemos como la edad media de los usuarios que finalizaron el tratamiento con una alta terapéutica es sensiblemente superior ($M = 36.94$, $DE = 10.7$) que los finalizaron con un alta no terapéutica ($M = 30.34$, $DE = 8.2$) [$t(2303) = 25.65$, $p < .001$].

Si dividimos la edad por tramos, obtenemos resultados similares. Lo hemos representado de forma gráfica en la Figura 42. Vemos como el mínimo porcentaje de éxito (65%) corresponde a los casos donde el usuario era menor de edad, por el contrario, el mayor porcentaje de altas terapéuticas (97,5%) se da entre los usuarios con una edad superior a los 55 años [$\chi^2(5, N = 8420) = 428.81$, $p < .001$].

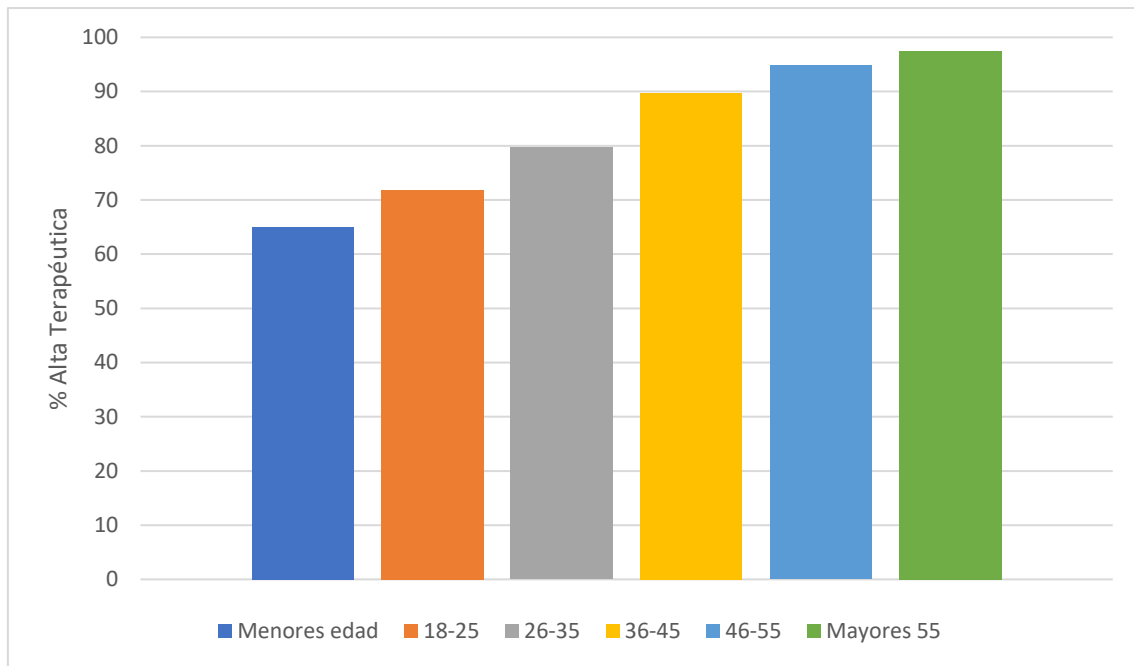


Figura 42. *Alta Terapéutica por tramo de edad*

Hemos comprobado con anterioridad como el porcentaje de altas no terapéuticas era más elevado en los primeros años, precisamente cuando los usuarios eran sensiblemente más jóvenes, por lo que la diferencia de medias de edad en ambos grupos podría verse influenciada por la desigual distribución de altas no terapéuticas y el envejecimiento de los usuarios.

Para contrarrestar este posible efecto se hace necesario repetir el análisis, pero en esta ocasión, separando los usuarios en las tres décadas habituales. Vemos como en la primera década los usuarios con alta no terapéutica continúan siendo más jóvenes ($M = 26.73$, $DE = 5.19$) que los que finalizaron con alta terapéutica ($M = 27.58$, $DE = 6.09$) [$t(1343) = 3.08$, $p = .003$], aunque con una menor diferencia de medias y nivel de significación estadística. En la segunda década se repite el sentido y la significación estadística: usuarios con altas no terapéuticas más jóvenes ($M = 31.46$, $DE = 8.18$) que usuarios con alta terapéutica ($M = 35.45$, $DE = 9.74$) [$t(623) = 9.04$, $p < .001$]. Confirmándose definitivamente en la tercera década que los usuarios con alta no terapéutica son más jóvenes ($M = 35.21$, $DE = 9.5$) que los que finalizan el tratamiento con alta terapéutica ($M = 41.60$, $DE = 10.16$) [$t(3575) = 11.05$, $p < .001$].

3.4.4 Alta terapéutica y tiempo de espera

La relación entre el éxito o fracaso del proceso terapéutico y el tiempo que ha transcurrido entre la propuesta de ingreso y la formalización del mismo, tiene el interés añadido de que se incluye el estudio de una variable que no va a depender exclusivamente del usuario. Recordemos que el tiempo total de espera está compuesto por dos periodos diferenciados: una primera espera, que transcurre entre la solicitud de ingreso por parte del usuario y la entrevista que realiza el equipo terapéutico de la UDH, y un segundo periodo de tiempo de espera, entre la entrevista y la formalización del ingreso hospitalario. La suma de ambos periodos nos indica el tiempo de espera total que ha permanecido el usuario pendiente de ingreso.

En este análisis hemos considerado necesario excluir a aquellos usuarios que realizaron el ingreso de forma coordinada con una Comunidad Terapéutica. Ya hemos visto que en ese caso el tiempo de espera se prolonga necesariamente por los trámites necesarios para coordinar los dos recursos y la limitación extra de la disponibilidad de plazas en el recurso de derivación.

De forma inicial, vemos como el tiempo medio de espera (en días) ($M = 32.7$, $DE = 27$) de los usuarios que finalizaron el tratamiento, con un alta terapéutica, es significativamente inferior que aquellos que fracasaron en el tratamiento (alta no terapéutica) ($M = 39.6$, $DE = 32$) [$t(1672) = 7.07$, $p < .001$]. No obstante, la presencia de valores atípicos (usuarios que prolongan su espera durante varios meses por factores diversos), que se ve reflejada en los altos valores de desviación estándar y en el valor del contraste de Levene, con una significación de $p < .001$, nos podría estar alterando los resultados, a pesar de que en el cálculo de la t de Student no se asumen las varianzas iguales.

Hemos considerado útil para el estudio de la variable, distribuir el tiempo de espera del usuario en periodos representativos: una semana, un mes, tres meses, seis meses, y más de seis meses.

En la Figura 43 tenemos la distribución de los casos según el periodo que han permanecido en lista de espera y su proporción de altas terapéuticas. Se observa como el porcentaje de éxito disminuye a medida que se alarga el periodo transcurrido entre solicitud e ingreso. El 13,9 % de los casos que formalizaron el ingreso en menos de una semana finalizaron con un alta no terapéutica, mientras que este porcentaje se incrementa hasta el 30,4 % entre los casos en los que este periodo se prolongó seis o más meses. [$\chi^2(4, n = 7528) = 61.29, p < .001$]. Resultados similares hemos obtenido cuando repetimos el proceso, pero diferenciando los usuarios por la década de ingreso.

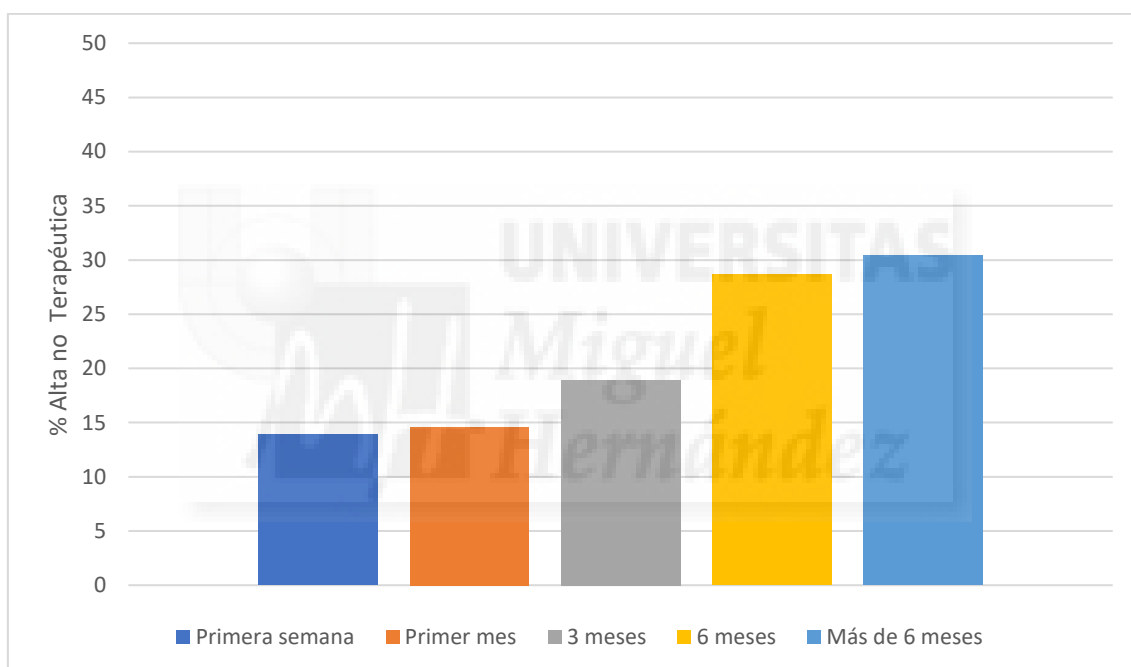


Figura 43. Alta no terapéutica por tiempo de espera

3.4.5 Alta terapéutica y estrategia al alta

Se ha considerado relevante incluir la posible relación entre el ingreso coordinado con una Comunidad Terapéutica y la probabilidad de fracaso en el tratamiento de desintoxicación. Cuando un usuario ha solicitado y tramitado el ingreso en una unidad residencial de larga estancia, se suele realizar de forma coordinada con el ingreso en la UDH, de tal forma que se produzca una continuidad en el tratamiento. El hecho de finalizar el tratamiento de

desintoxicación con un alta terapéutica, es un requisito necesario establecido por el recurso de derivación, de tal forma que, finalizar el tratamiento hospitalario con un alta no terapéutica, implica la renuncia al ingreso en la Comunidad Terapéutica.

Entre los usuarios que realizaron un ingreso coordinado con una Comunidad Terapéutica, el porcentaje de fracaso del tratamiento de desintoxicación es la mitad (8,4%) que entre los usuarios que estaban realizando un ingreso en la UDH, sin tener previsto ningún recurso de derivación (16,8%) [$\chi^2(1, N = 8420) = 42.33, p < .001$].

3.4.6 Alta terapéutica y número de ingresos previos

El estudio de la variable éxito o fracaso del tratamiento de desintoxicación y el número de ingresos previos que acumulaba el usuario, inicialmente lo hemos considerado de utilidad, ya que el usuario que con anterioridad ha realizado un tratamiento en la UDH, tiene una experiencia previa y de alguna forma, podría influir en la adaptación durante su estancia o en la tolerancia ante sintomatología adversa. Los 8420 casos que suponen los ingresos completados excluyendo a los trasladados los hemos relacionado con la variable ingresos previos.

Dividimos el grupo entre los 4712 casos en los que el usuario era la primera vez que ingresaba y los 3708 que contaban con al menos un ingreso previo, obteniéndose en ambos grupos porcentajes muy similares. En los casos en los que el usuario realizaba su primer ingreso, el porcentaje de altas no terapéuticas es del 16,5%, mientras que, cuando el usuario contaba con al menos un ingreso previo es del 15,3%, no encontrándose relación estadísticamente significativa en el hecho de haber realizado algún tratamiento en la UDH con anterioridad.

Tampoco el hecho de contar con un número determinado de ingresos previos parece estar relacionado con una mayor o probabilidad de fracaso del tratamiento, no habiéndose encontrado relación estadísticamente significativa.

3.4.7 Alta terapéutica y número de solicitudes previas

Similar análisis al realizado con el número de ingresos se ha realizado con las solicitudes previas de tratamiento. Hemos visto como antes de formalizar el ingreso, el usuario puede haberlo solicitado con anterioridad sin llegar a formalizarlo por diversos motivos.

Se ha analizado el hecho de contar con solicitudes previas de ingresos y el número de solicitudes, con la probabilidad de no finalizar el tratamiento de desintoxicación. No se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre el número de solicitudes previas de ingreso y el hecho de fracasar en el tratamiento.

3.4.8 Alta terapéutica y fracasos previos

Ya hemos visto en apartados anteriores como el hecho de contar con solicitudes de ingreso o tratamientos previos no se relaciona con una mayor o menor probabilidad de no completar el tratamiento de desintoxicación. En esta ocasión vamos a estudiar la posible relación con el hecho de no haber fracasado en algún tratamiento de desintoxicación realizado con anterioridad.

Los 3708 casos en los que el usuario contaba con al menos un ingreso previo, los hemos dividido entre los que completaron con éxito todos los tratamientos y los que fracasaron en alguno de ellos. En la Tabla 65 tenemos los resultados de la relación entre las dos variables. Vemos como los casos donde el usuario no contaba con ingresos previos, presentan un porcentaje de fracasos del 16,5%, mientras que cuando contaba con ingresos previos, que habían finalizado con éxito, el porcentaje se disminuye hasta el 9,8%. Por el contrario, en el grupo que cuentan con fracasos anteriores, se incrementa hasta el 30,6% [$\chi^2(2, N = 8420) = 236.61, p < .001$]. Aparentemente existe una relación en el sentido de que los usuarios que han fracasado en algún tratamiento, tienen más probabilidad de volver a hacerlo.

Tabla 65*Proporción de altas no terapéuticas según historia de fracasos previos*

	Modalidad de alta		% ^a	Total
	Terapéutica	No terapéutica		
Sin tratamientos previos	3936	776	16,5	4712
Fracasos previos	682	301	30,6	983
Todo éxitos previos	2459	266	9,8	2725
Total	7077	1343	15,95	8420

Nota. N = 8420.^a Se calcula el porcentaje de altas no terapéuticas.

3.4.9 Alta terapéutica y cumplimiento de las citas

En apartados anteriores hemos explicado como el protocolo del ingreso en la UDH establece la realización de una entrevista previa en una fecha establecida con el usuario, siendo relativamente frecuente que el usuario no se presente a alguna de las citas establecidas para la entrevista y/o ingreso. Hemos decidido estudiar la posible relación de esta variable con la probabilidad de fracasar en el tratamiento de desintoxicación.

Lamentablemente es un dato que en los casos más antiguos no se registraba habitualmente, por lo que hemos decidido limitar el análisis a los ingresos de la última década, excluyendo los casos donde no podemos asegurar que se haya registrado adecuadamente.

El porcentaje de fracasos entre los usuarios que habían dejado de acudir a alguna de las citas de entrevista o ingreso es significativamente superior (14,8%) al de los que habían acudido puntualmente a todas las citas concertadas (8,8%) [$\chi^2 (1, n = 3479) = 8.45, p = .004$].

3.4.10 Alta terapéutica y sustancias

Para estudio de la relación entre la variable dicotómica Alta Terapéutica y el tipo de drogas hemos seleccionado los 8420 casos, diferenciándolos por las drogas de las que se estaban desintoxicando. Se han considerado para su análisis tan sólo aquellas sustancias que estén presentes en porcentajes superiores al 1% de los casos, excluyendo a las drogas consideradas como minoritarias, por no tener un número suficiente de casos. Se han incluido los derivados opiáceos con un porcentaje de 0,9% del total.

Las drogas relacionadas con mayor número de casos son la heroína (3333), alcohol (3170), psicofármacos (1326), cocaína clorhidrato (1368), cocaína base (884), metadona (711), cannabis (614) y derivados opiáceos (78).

Se ha incluido por separado el análisis de los casos donde se realizaba una desintoxicación exclusiva por una sustancia, en este caso el número total de casos es de 5648, distribuidos entre heroína (2529), alcohol (1782), metadona (396), psicofármacos (304), cocaína clorhidrato (289), cocaína base (182), cannabis (130) y derivados opiáceos (36).

En la Figura 44 hemos representado el porcentaje de altas terapéuticas diferenciado por el tipo de sustancia por la cual se estaba realizando el tratamiento de desintoxicación. A su vez, dentro de cada sustancia hemos diferenciado las desintoxicaciones donde se realizaba una desintoxicación de esta única droga y cuando estaba asociada a otras drogas.

Las únicas sustancias que presentan unos porcentajes superiores al 90% de altas terapéuticas son las desintoxicaciones de alcohol (90,3%) y psicofármacos (90,8%). Por el contrario, las desintoxicaciones de heroína (73,8%), cocaína base (83,1%) y cannabis (83,2%) presentan los peores porcentajes de altas terapéuticas. Si nos referimos exclusivamente a las desintoxicaciones exclusivas, el mayor porcentaje de altas terapéuticas lo alcanzan las desintoxicaciones alcohólicas, con un 96,9% y el menor la heroína con un 71,1% [$\chi^2 (7, n = 5648) = 509.16, p < .001$].

En cuanto a la diferenciación entre las desintoxicaciones exclusivas y las que se realizan asociadas con otras sustancias, vemos que el alcohol y los psicofármacos presentan un mayor porcentaje entre las desintoxicaciones exclusivas, mientras que, en el caso de la heroína, cocaína base y cannabis, las desintoxicaciones asociadas tienen mejores resultados que las desintoxicaciones exclusivas.

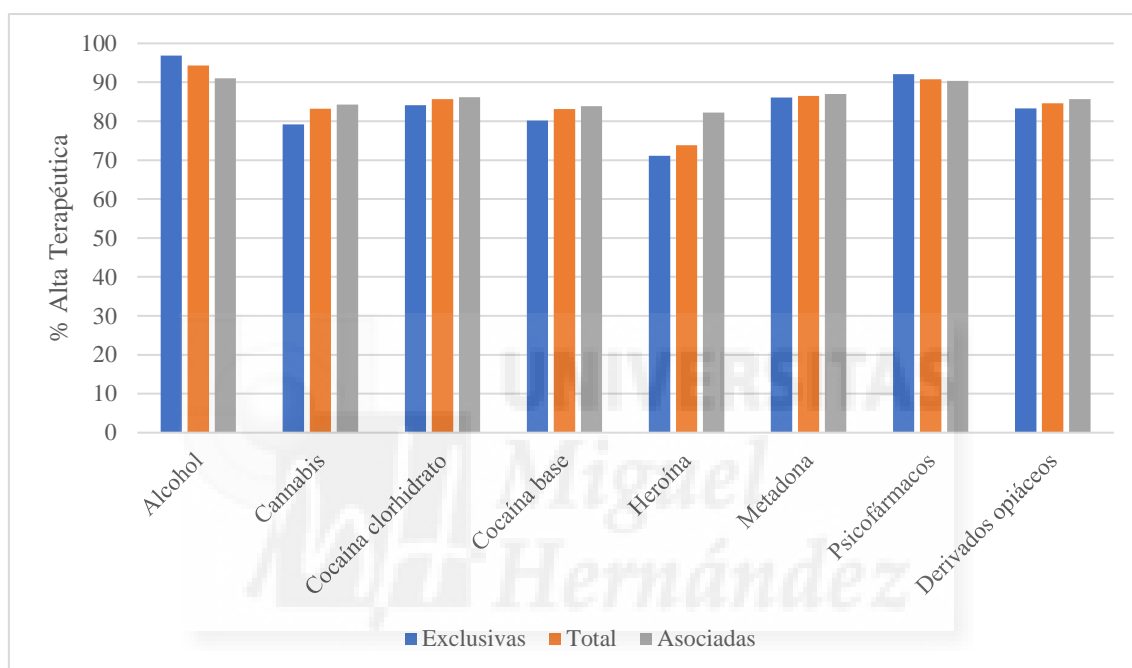


Figura 44. *Altas Terapéuticas por tipo de droga*

La elevada cantidad de usuarios, particularmente en los últimos años, que realizaron una desintoxicación de varias sustancias al mismo tiempo, dificulta la posibilidad de realizar conclusiones, resultando útil recurrir a la clasificación de sustancias y combinaciones que vimos en anteriores apartados.

En la Tabla 66 tenemos la distribución de los usuarios según la combinación sustancias definida en apartados anteriores y la proporción de altas no terapéuticas en cada subgrupo. Vemos como hay diferencias significativas, destacando los usuarios que realizaron desintoxicaciones exclusivamente alcohólicas, con un 3% de altas no terapéuticas, o combinaciones de alcohol y psicofármacos, con un 6,1% de altas no terapéuticas. Por el contrario, los

usuarios que realizaron desintoxicaciones exclusivamente por heroína, en un 28,9% de los casos finalizaron el tratamiento con un alta no terapéutica [χ^2 (14, $N = 8420$) = 622.71, $p < .001$].

Tabla 66

Porcentaje de altas no terapéuticas por combinación de sustancias (1987-2016)

	Tipo de alta		% ^a	Total
	terapéutica	no terapéutica		
Alcohol	1726	56	3,1	1782
Heroína	1799	730	28,9	2529
Metadona desintoxicar	341	55	13,9	396
Cannabis	103	27	20,8	130
Psicofármacos	280	24	7,9	304
Cocaína clorhidrato	243	46	15,9	289
Cocaína base	146	36	19,8	182
Derivados opiáceos	30	6	16,7	36
Heroína y combinaciones	610	136	18,2	746
Alcohol y psicofármacos	325	21	6,1	346
Alcohol y cocaína	501	56	10,1	557
Metadona mantener y otras	519	54	9,4	573
Cocaína y combinaciones	161	38	19,1	199
Metadona desintoxicar y otras	205	30	12,8	235
Otras combinaciones	88	28	20,4	116
Total	7077	1343	16,95	8420

Nota. $N = 8420$.

^a Porcentaje altas no terapéuticas.

3.5 Modelo de regresión logística binaria

Para el estudio de la influencia de diversas variables independientes en una variable dicotómica (como el éxito y fracaso del tratamiento), el método más frecuentemente empleado es la regresión logística binaria multivariante⁽¹⁵⁰⁾.

A lo largo del presente trabajo, hemos podido comprobar en múltiples ocasiones, como el hecho de analizar conjuntamente los casos de usuarios separados por décadas, nos puede producir alteraciones en los resultados, dándose además la circunstancia de que el último periodo es el más variado en número de sustancias y donde tenemos mayor número de variables disponibles. Por lo anteriormente expuesto, hemos decidido centrar el análisis en los casos del periodo 2006-2016, siendo además los más actuales y de mayor interés práctico. La variable dependiente a analizar ha sido el éxito o fracaso del tratamiento de desintoxicación.

Aplicando el método descrito por Hosmer-Lemeshow⁽¹⁴⁹⁾, hemos analizado previamente de forma individual la posible relación de cada variable, con la probabilidad de fracasar o finalizar con éxito el tratamiento. Aquellas variables, que en el análisis univariante han alcanzado un nivel de significación igual o inferior a 0,25 ($p < 0,25$), han sido incluidas en el modelo múltiple.

Para simplificar la interpretación del análisis⁽¹⁵¹⁾ del modelo, hemos recodificado las variables. Las variables categóricas con más de dos posibles valores las hemos dicotomizado, agrupando los casos en dos grupos, codificados en el SPSS como 0 y 1, asignándole el valor 1 al resultado, que presumiblemente es un factor de riesgo para el fracaso del proceso de desintoxicación.

En el caso de la variable donde se recogen las sustancias por las que se realiza la desintoxicación, se han mantenido las 15 posibles combinaciones descritas en capítulos anteriores, creando 14 variables *dummy*⁽¹⁴⁸⁾. Se ha seleccionado como categoría de referencia los usuarios que realizaron desintoxicaciones exclusivamente por alcohol, ya que al ser el subgrupo que presenta menor proporción de fracaso, nos facilitará la interpretación de los resultados, obteniéndose el *odds-ratio* (OR) de cada categoría respecto a las

desintoxicaciones exclusivamente por alcohol. Similar procedimiento hemos realizado con la variable de fracasos previos, estableciendo la categoría de referencia en el usuario que no ha ingresado con anterioridad.

Para seleccionar las variables independientes, que finalmente prevalecen en el modelo, hemos seleccionado el método automático “*Wald hacia delante*”, método de selección por pasos hacia adelante, que contrasta la entrada basándose en la significación del estadístico de puntuación y contrasta la eliminación basándose en la probabilidad del estadístico de Wald⁽¹⁵¹⁾. En ambos casos se ha establecido el nivel de significación estadística en $p < .005$.

3.5.1 Variables seleccionadas para ser incluidas en el modelo multivariante

Variables dicotómicas:

- Fallo citas:
 - El usuario acudió puntualmente a todas las citas de entrevista o de ingreso.
 - El usuario faltó, al menos, a una cita de entrevista o de ingreso.

- Zona urbana:
 - Usuarios con solicitud de ingreso procedente de una UAD de la zona urbana de Tenerife.
 - Usuarios cuya solicitud de ingreso no procede de los centros de la zona urbana.

- Sexo:
 - Hombre.
 - Mujer.

- Estrategia terapéutica al alta:
 - Deshabitación en régimen de internamiento, mediante ingreso en alguna Comunidad Terapéutica.
 - Deshabitación en régimen ambulatorio.

VARIABLES CUANTITATIVAS:

- Edad en años.
- Tiempo de espera (en días) del usuario.

VARIABLES DUMMY:

- Grupo de drogas:
 - Alcohol (categoría de referencia).
 - Heroína.
 - Cannabis.
 - Psicofármacos.
 - Metadona desintoxicar.
 - Cocaína clorhidrato.
 - Cocaína base.
 - Derivados opiáceos.
 - Heroína y otras sustancias.
 - Alcohol y Cocaína.
 - Alcohol y psicofármacos.
 - Cocaína y otras combinaciones.
 - Metadona mantener y otras drogas.
 - Metadona desintoxicar y otras drogas.
 - Otras combinaciones.
- Fracasos previos:
 - No reingreso (categoría de referencia).
 - Historia de fracasos previos.
 - Ingresos anteriores finalizados con éxito terapéutico.

3.5.2 Resultados del modelo de regresión logística

En las pruebas Ómnibus el modelo de regresión logística fue estadísticamente significativo [$\chi^2 (20, n = 3624) = 294.59, p < .001$], con lo que podemos afirmar que el modelo ayuda a explicar el éxito o fracaso del tratamiento, es decir, que el comportamiento de la variable dependiente es explicado por al menos una variable de las incluidas en el modelo⁽¹⁴⁸⁾.

Hemos obtenido un valor de Pseudo R^2 de Nagelkerke del 0.177, lo cual nos indica que el modelo explica el 17,7% de la variabilidad del fracaso del tratamiento de desintoxicación, de acuerdo a las variables independientes⁽¹⁴⁸⁾.

La prueba de Hosmer-Lemeshow, con una significación de $p = 0.731$, nos indica la bondad de ajuste del modelo, es decir, que no existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado por el modelo⁽¹⁴⁹⁾.

Dependiendo de donde situemos el punto de corte, el modelo clasifica correctamente una proporción determinada de casos. Hemos seleccionado el valor de corte = 0,1, que clasifica correctamente el 70,8% de los casos. El modelo predice correctamente el 70,3% de los usuarios que fracasan en el tratamiento y el 70,8% de los usuarios que lo completan, es decir sensibilidad del 70,3% y especificidad del 70,8%⁽¹⁵⁰⁾.

En la Tabla 67 tenemos las variables incluidas en el último paso del modelo de regresión. Vemos como los usuarios varones tienen 1,81 veces más probabilidades de fracasar que las mujeres [OR = 1.81, (IC 95% 1.29-2.55), $p = .001$], los usuarios que han faltado a alguna cita de entrevista o ingreso tienen 1,66 veces más probabilidades de fracasar en el tratamiento [OR = 1.66, (IC 95% 1.08-2.55), $p = .022$] y los usuarios que tienen previsto continuar seguimiento ambulatorio tienen 1,79 veces más de probabilidades de fracaso, que los que tienen previsto un ingreso coordinado en una Comunidad Terapéutica [OR = 1.79, (IC 95% 1.17-2.72), $p = .007$].

En cuanto a la edad, al ser la OR inferior a 1, debemos de considerar que una mayor edad es un factor de protección ante el fracaso [OR = 0.95, (IC 95% 0.94-0.97), $p < .001$], siendo las probabilidades 0,95 veces por cada año que se incrementa la edad del usuario. Probablemente, en este caso se exprese con

mayor claridad en porcentaje, por cada año que aumente la edad del usuario, las probabilidades de fracasar disminuyen un 5% de su valor previo.

El hecho de tener una historia previa de algún fracaso en tratamientos anteriores en la UDH se ha calculado en comparación con los que no han ingresado con anterioridad. Los usuarios que han fracasado en algún tratamiento previo tienen 2,85 más probabilidades de fracasar que los que nunca han ingresado [OR = 2.85, (IC 95% 2.06-3.94), $p < .001$]. En el caso de los usuarios que han completado con éxito todos los tratamientos previos, la OR respecto a los que nunca han ingresado previamente es inferior a 1, por lo que inicialmente podríamos considerar que se trata de un factor de protección, no obstante, el intervalo de confianza incluye el valor 1 [OR = 0.79, (IC 95% 0.59-1.07), $p = .120$], por lo que no podemos llegar a considerar este resultado estadísticamente significativo⁽¹⁵⁰⁾.

En cuanto a las combinaciones de sustancias, se ha calculado la OR de cada subgrupo, en comparación con los usuarios que realizan una desintoxicación exclusivamente por alcohol. El mayor valor de OR corresponde a los usuarios que realizan una desintoxicación por heroína, que tienen 8 veces más probabilidades de fracasar, que los que se desintoxican por alcohol [OR = 8, (IC 95% 4.40-14.56), $p < .001$], seguidos de los que realizan la desintoxicación por cocaína base [OR = 7.61, (IC 95% 3.48-16.67), $p < .001$]. Las combinaciones de cocaína con otras drogas tienen 6,45 veces más de fracasar que las desintoxicaciones por alcohol [OR = 6.45, (IC 95% 3.36-12.36.), $p < .001$], mientras que, en el caso del cannabis, las probabilidades son 5,77 veces [OR = 5.77, (IC 95% 2.92-11.42), $p < .001$].

Al haber puesto como categoría de referencia a los usuarios que realizan una desintoxicación exclusivamente por alcohol (subgrupo con menor porcentaje de altas no terapéuticas), todos los subgrupos presentan una OR por encima de uno, inclusive las categorías con relativamente pocas probabilidades de fracaso. Vemos como los usuarios que se desintoxican de combinaciones de alcohol con psicofármacos presentan 2,33 veces más probabilidades de fracaso que los que sólo se desintoxican de alcohol [OR = 2.33, (IC 95% 1.17-4.64), $p = .017$]. Los otros subgrupos que presentan una relativamente baja probabilidad de fracaso son las desintoxicaciones exclusivamente por metadona [OR = 2.76, (IC 95%

1.44-5.27), $p = .002$], los usuarios que, permaneciendo en PMM, se desintoxican de otras sustancias [OR = 2.51, (IC 95% 1.35-4.65), $p = .004$], o los que se están desintoxicando de psicofármacos [OR = 3, (IC 95% 1.44-6.25), $p < .003$].

De todos los subgrupos de usuarios por sustancias, el que presenta un menor nivel de significación estadística y un intervalo de confianza más amplio y cercano de contener el 1, son los usuarios que se desintoxican por derivados opiáceos [OR = 4.27, (IC 95% 1.12-16.26), $p = .034$]. Este resultado se debe tomar con cautela, debido a la relativamente poca cantidad de usuarios que realizaron una desintoxicación por derivados opiáceos en la última década.

Algunas variables han sido eliminadas del modelo de regresión, a pesar de haber sido estadísticamente significativas en el análisis univariante, tales como el hecho del usuario proceder de zona urbana, en comparación con otras zonas de la isla, o el tiempo que haya permanecido el usuario en tiempo de espera. Una interpretación para este hecho consiste en que la relación que presentan estas variables independientes con la dependiente, se encuentra expresada por otras variables (sí incluidas en el modelo), como puede ser la droga de consumo, o el incumplimiento de las citas concertadas.

Tabla 67*Variables en el modelo de regresión logística, Wald hacia adelante: último paso*

Variables	B ^a	EE ^b	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%	
							Inf.	Sup.
Sexo (Hombre)	,60	,17	11,81	1	,001	1,81	1,29	2,55
Fallo citas (Sí)	,50	,22	5,28	1	,022	1,66	1,08	2,55
Ingreso Comunidad (No)	,58	,21	7,34	1	,007	1,79	1,17	2,72
Edad	-,05	,01	35,67	1	,000	,95	,94	,97
Fracasos previos:								
Referencia: No reingreso			59,42	2	,000			
Fracasos previos	1,05	,17	39,87	1	,000	2,85	2,06	3,94
No fracasos previos	-0,23	,15	2,30	1	,120	0,79	0,59	1,07
Grupos Drogas:								
Referencia: Alcohol			76,02	14	,000			
Heroína	2,08	,30	46,36	1	,000	8,00	4,40	14,56
PMM desintoxicar	1,01	,33	9,42	1	,002	2,76	1,44	5,27
Cannabis	1,75	,34	25,37	1	,000	5,77	2,92	11,42
Psicofármacos	1,10	,37	8,59	1	,003	3,00	1,44	6,25
Cocaína clorhidrato	1,56	,34	20,64	1	,000	4,78	2,43	9,38
Cocaína base	2,03	,40	25,79	1	,000	7,61	3,48	16,67
Derivados opiáceos	1,45	,68	4,51	1	,034	4,27	1,12	16,26
Heroína y otras	1,26	,29	18,24	1	,000	3,54	1,98	6,32
Alcohol y psicofármacos	,84	,35	5,75	1	,017	2,33	1,17	4,64
Alcohol y cocaína	1,19	,29	16,41	1	,000	3,28	1,85	5,84
PMM mantener y otras	,92	,31	8,52	1	,004	2,51	1,35	4,65
Cocaína y otras	1,86	,33	31,51	1	,000	6,45	3,36	12,36
PMM desintoxicar y otras	1,25	,35	12,54	1	,000	3,50	1,75	6,99
Otras combinaciones	1,82	,43	17,72	1	,000	6,19	2,65	14,45

Nota. $n = 3624$.^aB = Coeficiente B.^bEE = Error estándar.

4. DISCUSIÓN



El objetivo inicial del presente trabajo consistía en realizar una descripción del perfil del usuario que ha realizado un tratamiento en la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Hemos podido comprobar como el perfil ha variado sustancialmente a lo largo del periodo analizado, desde los inicios del Plan Nacional Sobre Drogas a finales de los años 80, hasta el momento actual. La evolución de los usuarios que han realizado tratamientos hospitalarios en la UDH es coherente con la evolución que ha presentado en el mismo periodo el consumo de drogas en general, así como, las demandas por tratamiento ambulatorio. No obstante, se pueden identificar diferencias estadísticamente significativas en relación con múltiples variables.

-Reingresos: Uno de los objetivos específicos del presente trabajo era medir el grado de reingresos que presentaban los usuarios. Las readmisiones o el hecho de que un usuario ingrese repetidamente es un problema reconocido y documentado en las unidades de desintoxicación^(152,153), hasta el punto de que los estudios que analizan las readmisiones hospitalarias, frecuentemente excluyen a las unidades de abuso de sustancias⁽¹⁵⁴⁾.

En nuestro trabajo hemos obtenido el resultado de que un 60% de los usuarios que realizan un tratamiento de desintoxicación no vuelven a ingresar, pero en total suponen tan sólo el 34% de los ingresos totales. En el extremo contrario, un pequeño porcentaje del 5% de los usuarios, que contabilizan 5 o más ingresos cada uno, suponen casi el 20% de los ingresos totales.

Hemos visto como el porcentaje de reingresos aumenta progresivamente, del 35% en los primeros diez años, a más de la mitad en la última década. Aparentemente, una fracción de los usuarios que realizan un tratamiento por primera vez, se van incorporando al grupo de usuarios que ingresan periódicamente. Identificamos, por tanto, una mayoría de usuarios que realizan un único tratamiento, otros que reingresan en varias ocasiones y una pequeña minoría, que ingresa periódicamente cada cierto tiempo. Diversos investigadores^(101,152,153) han descrito similares hallazgos.

-Zonas de la provincia: En la distribución de los usuarios por zonas geográficas, hemos visto como aumentaban las desintoxicaciones alcohólicas

en la zona norte de Tenerife y, en menor medida, en la zona sur. El incremento en el número de usuarios consumidores de alcohol procedentes de la zona norte de la isla de Tenerife era un resultado esperado, aunque se carecieran de datos previos al respecto. Resultaba predecible que el predominio del sector agrícola y vinícola influenciara en un mayor número de demandas en ese sentido. Quizás no fuera tan evidente en la zona sur de Tenerife, donde el sector económico que predomina es el derivado de las industrias hoteleras. Sin embargo, no podemos sorprendernos, ya que estudios epidemiológicos ⁽³⁹⁾ realizados en Canarias, nos avisan del alto grado de consumo de alcohol en las zonas turísticas. Estos datos junto con el incremento en la proporción de los usuarios que demandan desintoxicaciones por heroína y cocaína base procedentes de la zona urbana de Tenerife, nos orientan hacia una tendencia determinada. En la zona urbana aumenta el consumo de drogas ilegales, principalmente aquellas que suelen estar asociadas a un mayor grado de marginalidad (heroína y cocaína base), en la zona norte, con sector económico-social tradicional y agrícola, se incrementa la proporción de los usuarios por desintoxicación alcohólica, finalmente, en la zona turística del sur de Tenerife se mantiene una situación intermedia. Este resultado coincide con el descrito por otros autores ⁽¹⁵⁵⁻¹⁵⁷⁾, en el sentido de la relación entre las características socioeconómicas del entorno y el consumo del usuario, con una protección de las zonas rurales para determinadas sustancias.

Asimismo, hemos encontrado una menor proporción de mujeres en la zona norte de Tenerife, este déficit de mujeres se manifiesta tan solo entre las desintoxicaciones de sustancias ilegales. Este resultado parece indicarnos que, en las zonas rurales, la proporción de mujeres por sustancias ilegales decrece respecto a la encontrada en el resto de las zonas, resultado históricamente aceptado ^(156,157). No obstante, algunos autores han advertido de la extinción de esta tendencia, debido a la mayor incorporación al consumo de la mujer adolescente ⁽¹⁵⁸⁾.

Diferencia sustancial la suponen los usuarios procedentes de la isla de La Palma, que presentan una elevada proporción de desintoxicaciones por opiáceos, cannabis y cocaína clorhidrato, disminuyendo por el contrario la proporción de alcohol y cocaína base. El proceder de una isla con menor población y donde se incrementa el aislamiento respecto al resto de la provincia,

puede hacer que se establezcan tendencias o modalidades de consumo diferentes al resto, al menos en lo referente al consumo de cocaína base, que aparenta estar muy poco extendido, en comparación con la cocaína clorhidrato y con la población de la isla de Tenerife.

-Edad del usuario: Hemos encontrado un significativo incremento de la edad media del usuario, que si bien, en el primer quinquenio se reduce ligeramente, a partir de 1992 se ha incrementado progresivamente, desde los 26,7 hasta los 41,8 años alcanzados en 2016. Aunque lógicamente los usuarios que ingresan por primera vez son más jóvenes que los que cuentan con ingresos previos, el incremento de la edad se produce de manera similar entre ambos grupos.

En la búsqueda bibliográfica no se ha encontrado ningún trabajo realizado en España que estudie un periodo tan amplio de usuarios de una UDH, pero los resultados de otros estudios nos orientan en el mismo sentido. En 2002 González-Rodríguez y García-Cabeza⁽⁸³⁾ analizaron de forma retrospectiva los perfiles descriptivos de los usuarios de la UDH del Hospital Psiquiátrico de Madrid, en los años 1994 y 1999, encontrando un incremento de la edad media de 29,1 en 1994, hasta 33,2 en 1999. No solamente el incremento de la edad se ha producido en las UDH, otros estudios⁽¹⁵⁹⁾ realizados en el ámbito ambulatorio, también han encontrado un incremento similar en la edad del usuario que solicita tratamiento.

Si comparamos los trabajos realizados en el ámbito de alguna UDH en nuestro país, vemos que los publicados durante los años inmediatamente posteriores al desarrollo del Plan Nacional Sobre Drogas^(85,86), presentan una edad media del usuario claramente inferior que los desarrollados en la segunda década^(87,88), siendo los más recientes los que presentan edades medias más elevadas^(92,97,98). Asimismo, al igual que lo encontrado en el presente trabajo, los realizados entre usuarios de sustancias ilegales⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾, son más jóvenes que cuando la muestra tenía mayoría de usuarios realizando desintoxicaciones alcohólicas^(89,90,95).

Este incremento de la edad media del usuario observado en los trabajos realizados, se confirma con los datos aportados por las memorias del PNSD^(81,82,160), sin poder llegar a hacerse una comparación total, debido a la falta de uniformidad en los datos suministrados por el PNSD. Únicamente las memorias de los primeros años nos suministraron datos específicos de los usuarios de las UDH, observándose también en ellos un incremento progresivo de la edad del usuario.

No debemos despreciar el efecto del envejecimiento poblacional en España, en general, y en Canarias, en particular. Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística⁽¹¹⁶⁾, la edad media en la provincia de Santa Cruz de Tenerife se ha incrementado progresivamente desde los 32,69 años en 1987, hasta los 42,25 en 2016, aunque el incremento detectado entre los usuarios de la UDH es superior.

Algunos investigadores⁽⁸³⁾ han considerado el incremento de la edad media como un signo de la cronificación de la patología, sin embargo, en el presente trabajo, hemos considerado que el aumento de la edad del usuario que realiza un tratamiento en la UDH aparenta estar relacionado con una combinación de factores:

- Incremento en la proporción de usuarios reingresadores, con una mayor edad media.
- Incremento en la proporción de usuarios que realizan desintoxicaciones de drogas legales (alcohol y psicofármacos).
- Envejecimiento de la población en España y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en particular.
- Finalmente, un envejecimiento generalizado de los usuarios, independientemente de los anteriores factores.

-Altas por traslado: Hemos visto como un pequeño porcentaje (1,2%) de los usuarios que ingresan en la UDH son trasladados a otro servicio hospitalario. Las causas que suelen justificar esta decisión son el diagnóstico o agravamiento de alguna patología que requiere tratamiento urgente. Existen pocos datos para poder comparar las cifras de usuarios que no llegan a completar el tratamiento

en una UDH por este motivo. Gilchrist et al⁽⁸⁸⁾, en un estudio similar al nuestro, realizado con una amplia muestra obtenida en el periodo 1993-2006 en una UDH de Cataluña, obtuvo un porcentaje del 1,7% de traslados. Otros trabajos⁽¹⁰⁸⁾ con más difícil comparación, por haber sido realizados con pequeñas muestras y fuera del territorio español, nos ofrecen resultados algo mayores (2,7%).

Está fuera de los objetivos del presente trabajo el estudio de las causas que derivan en la interrupción del tratamiento por complicaciones, no obstante, fuera del ámbito directo de las UDH, algunos autores^(161,162) han descrito la patología hepática, complicaciones psiquiátricas y procesos infecciosos, como principales causas del tratamiento hospitalario en consumidores de alcohol y drogas.

Los usuarios que han tenido como modalidad de alta el traslado a otro servicio no han presentado diferencias significativas en relación con la edad o sexo, únicamente se ha encontrado una mayor proporción de consumo de alcohol, sólo o asociado a otras sustancias. El estudio en profundidad de los factores asociados con la interrupción del tratamiento por un traslado a otro servicio podría ser motivo de futuros trabajos.

-Estancia: La estancia media es uno de los factores de gestión fundamentales en los tratamientos hospitalarios. En nuestro trabajo hemos obtenido una estancia media de 7,95 días, referida únicamente a los usuarios que finalizaron el tratamiento con alta terapéutica. En la bibliografía consultada^(83-91,98), la estancia del usuario presenta un amplio intervalo, desde los 6 hasta los 14 días. Las comparaciones de estancia entre diferentes UDH de nuestro país debemos tomarlas con cautela, por la influencia que pueden tener los diferentes protocolos en cada unidad.

En nuestro trabajo hemos visto como, en términos globales, la estancia media se ha reducido progresivamente. Aunque, generalmente, los usuarios que realizaban desintoxicaciones por alcohol, metadona o psicofármacos, solían permanecer más días que los se estaban desintoxicando por otras sustancias, particularmente por cocaína, coincidiendo con lo encontrado por otros autores⁽⁸³⁾. Las memorias del PNSD^(15,81,82,160) en sus primeros años publicaban datos de la

estancia media de los usuarios en las UDH, coincidiendo con los nuestros en una estancia relativamente elevada, por encima de los 10 días, especialmente en las desintoxicaciones alcohólicas. Otros trabajos⁽⁸³⁾ que han comparado la estancia media en una UDH, en dos periodos diferenciados, también han encontrado disminución de la misma, aunque la han considerado relacionada con el incremento de las desintoxicaciones por cocaína.

No obstante, en las comparaciones por décadas y sustancias, hemos comprobado que las estancias han tendido a igualarse, de tal forma que en los últimos años prácticamente no se alcanzan diferencias significativas de estancia entre los usuarios que realizan desintoxicaciones por sustancias diferentes.

Hemos visto como se ha producido una progresiva disminución de la estancia durante los primeros 15 años, estabilizándose a partir del año 2000. La disminución de la estancia media ha estado acompañada de una mayor proporción de usuarios que finalizan el tratamiento con éxito (inclusive dentro de la misma sustancia), por lo que una hipótesis probable sería que la mayor experiencia por el equipo terapéutico en el desarrollo de las desintoxicaciones hospitalarias, ha permitido ajustar el tiempo de estancia, sin que aumenten los usuarios que abandonan por no poder tolerar la abstinencia. Aunque, tampoco se puede descartar que, precisamente el hecho de una estancia previsiblemente más corta, facilite la predisposición del usuario a finalizar el tratamiento. El hecho de que se igualen las estancias entre las sustancias y que en los últimos años haya permanecido estable, podría estar relacionado con haberse alcanzado el tiempo mínimo requerido para completar la desintoxicación y poder realizar la batería de pruebas diagnósticas incluidas en el protocolo.

Otros aspectos que podrían estar influyendo son el nivel de consumo y la pureza de las sustancias consumidas, referido a las drogas ilegales, o la presencia de otras variables no controladas. Futuros trabajos, con un enfoque más analítico, podrían darnos información extra para conocer los motivos de la inicial disminución y posterior estabilización de la estancia media.

-Alcohol: El alcohol ha estado entre las sustancias para desintoxicar en el 37% de los usuarios y en más de la mitad de los casos, era la única sustancia.

No resulta extraño este resultado, según el programa de encuestas sobre alcohol y drogas en España (EDADES), el alcohol es con diferencia la sustancia psicoactiva con el consumo más generalizado entre la población, tanto en España, como en Canarias⁽³³⁾, siendo además la que causó una mayor proporción del total de admisiones a tratamiento ambulatorio en 2014⁽³⁵⁾.

Esta situación no es nueva, el consumo de alcohol ha estado elevado desde que se está elaborando el programa de encuestas⁽³³⁾. Sin embargo, en la UDH el número de usuarios que han ingresado para desintoxicación alcohólica, ha presentado en el mismo periodo una línea claramente ascendente. Algunos autores^(163,164) han señalado la modificación de los patrones del consumo de alcohol, abandonando el patrón mediterráneo de ingestas moderadas de alcohol, por un consumo más perjudicial, caracterizado por la elección de bebidas de alta graduación y el consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) que se ha triplicado en los últimos diez años⁽²³⁾. Aparentemente, no es tan sólo un incremento de la población que consume alcohol, sino una modificación en el patrón de consumo, lo que ha causado el progresivo aumento de los usuarios que realizan desintoxicaciones por alcohol en la UDH. En los últimos 5 años se observa cierta estabilidad en la proporción de usuarios por alcohol en la UDH, coincidiendo con el consumo poblacional⁽³³⁾ y con las admisiones a tratamiento ambulatorio⁽³⁵⁾.

Al igual que en la mayoría de las sustancias, la proporción de mujeres es claramente inferior a la de los hombres, aunque las diferencias se han reducido significativamente, de forma coherente con los resultados de EDADES⁽²⁴⁻³³⁾, que nos indican el acercamiento de las prevalencias de consumo.

Respecto a los usuarios donde el alcohol se combina con otras drogas, aunque en general se ha combinado con todas, las sustancias que más se han asociado son la cocaína y los psicofármacos. Ambas relaciones son bien conocidas y están ampliamente documentas, siendo frecuente encontrar en poblaciones de alcohólicos, consumo concomitante de cocaína^(90,165-167) o psicofármacos^(168,169). Hemos encontrado diferencias significativas en la preferencia por una u otra combinación según el sexo, las mujeres prefieren combinar el alcohol con los psicofármacos, mientras entre los usuarios varones

la sustancia predilecta para combinar con el alcohol es la cocaína, resultado coherente con lo descrito por diferentes autores^(168,170).

En la totalidad de los usuarios de la UDH, el subgrupo de los que han realizado desintoxicaciones exclusivamente por alcohol son los que han presentado mayor edad media. Resulta coherente con otros estudios realizados en el ámbito de las desintoxicaciones hospitalarias en España, donde las UDH exclusivamente por alcoholismo^(89,90,95) presentaban mayor edad media que las que atendían drogas ilegales^(83,85,88). De forma más concreta, los usuarios que realizan una desintoxicación exclusivamente por alcohol, han resultado ser mayores que los que combinan el alcohol con psicofármacos, y estos a su vez, mayores que los combinan alcohol con la cocaína, coincidiendo con otros trabajos⁽¹⁷¹⁾ que han estudiado de forma específica las diferencias en ambos subgrupos.

-Heroína: Uno de los aspectos más llamativos en la evolución de los usuarios en relación a las sustancias de consumo, ha sido la evolución de las desintoxicaciones por heroína, que pasaron de significar proporciones superiores al 90%, a apenas alcanzar el 5%. Está sobradamente documentada^(9,172,173) la epidemia durante los años 80 y 90 y posterior declive de la heroína en España, por lo que no es de extrañar la evolución que ha presentado entre los usuarios de la UDH. Durante la primera y parte de la segunda década, los usuarios adictos a la heroína monopolizaron los tratamientos en la UDH, coincidiendo con los datos de admisiones a tratamiento ambulatorio a nivel estatal^(13,15,16,34,43,81,82,160,174-180) y con los trabajos publicados en el estado español^(83,86,96,181) durante los años 80 y 90.

A partir del año 2002, la heroína fue superada por la cocaína y el alcohol entre los usuarios de la UDH, ligera diferencia con la encontrada entre las admisiones a tratamiento ambulatorio a nivel estatal, donde se registró el año 2005 como el primero en el que la heroína fue superada por la cocaína⁽²¹⁾. Esta diferencia podría estar relacionada con el hecho de que en Canarias, el consumo de cocaína (particularmente cocaína base), es superior a la media estatal⁽³²⁾.

Respecto al alcohol, resulta difícilmente comparable nuestro resultado con los datos a nivel ambulatorio, ya que, aunque las admisiones a tratamiento estaban en línea ascendente, todavía eran claramente inferiores. Sin embargo, las propias memorias del PNSD consideraban que existía un alto grado de subnotificación, al realizarse parte de la asistencia en recursos no pertenecientes a la red de drogodependencias⁽¹⁸²⁾.

La menor proporción de usuarios por heroína en la UDH la hemos obtenido en el año 2005, a partir del cual se experimentó un ligero incremento, estabilizándose en los últimos años. A nivel estatal, las admisiones a tratamiento ambulatorio han continuado su descenso, siendo el último resultado publicado el valor más bajo registrado desde que se ha contabilizado⁽³⁵⁾. Según las encuestas en la población (EDADES), el consumo está estabilizado desde mediados de los 90, aunque ya hemos comentado las limitaciones de las encuestas domiciliarias para detectar pequeñas variaciones entre sustancias con poca prevalencia.

Otro aspecto, que no resulta de tan fácil explicación, es la combinación de la heroína con otras sustancias. En la primera y parte de la segunda década, la inmensa mayoría de los usuarios que realizaban desintoxicaciones por heroína, no consumían otras sustancias, tendencia que se invierte en la última década. Este incremento en la tendencia del usuario por combinar la heroína con otras sustancias también ha sido encontrado por otros autores⁽⁸³⁾, sin embargo, diferentes trabajos^(96,181,183,184) realizados en poblaciones de dependientes a la heroína en España, durante los años de la epidemia, sí que encontraron altos índices de consumo asociado de otras sustancias, en particular benzodiazepinas y cocaína. Es probable que la situación de alarma social e institucional en la España de la epidemia de la heroína, llevara a una cierta tendencia a minimizar y relativizar (por parte del usuario y del profesional), la importancia del consumo de otras sustancias, cuando la heroína estaba presente, con lo que se haya subestimado el número de usuarios que consumían dos o más sustancias en los primeros años de funcionamiento de la UDH.

Respecto a las sustancias con las que más frecuentemente se ha asociado la heroína (sobre todo referido a la última década), nuestros resultados son coherentes con múltiples estudios donde se describe la tendencia de los

consumidores de heroína a combinarla con cocaína^(183,184), benzodiacepinas⁽¹⁸¹⁾ y cannabis^(185,186).

Independientemente de la década que analicemos, se ha encontrado que los usuarios que realizan desintoxicaciones exclusivamente por heroína, son más jóvenes que aquellos que la combinan con otras sustancias. Podría ser que, el hecho de combinar la heroína sea una característica que se suele producir con el tiempo, de tal forma que, a medida que pasan los años de consumo, se van añadiendo sustancias al consumo de heroína. Éste es un aspecto que el diseño del actual estudio no nos permite explorar, al no incorporar la variable de años de consumo.

La proporción de mujeres entre los usuarios por heroína siempre ha sido claramente inferior a la de los hombres, pero esta diferencia se ha incrementado significativamente a lo largo de los años. Sin embargo, a nivel de consumo poblacional o admisiones a tratamiento ambulatorio, las publicaciones del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) no han descrito cambios al respecto⁽¹⁸⁷⁾.

El incremento del consumo de heroína y de los problemas asociados en otros países⁽¹⁷²⁾, particularmente Estados Unidos^(188,189), así como un incremento de las incautaciones, han hecho saltar algunas alarmas^(190,191), previendo un retorno de la heroína. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife en particular, las ONG avisan de un incremento en el consumo de heroína en forma de recaídas por antiguos usuarios, más que por nuevos consumidores⁽¹²⁴⁾.

En la UDH durante 2016 hemos detectado un leve incremento de los usuarios por heroína, aunque no podemos dilucidar si se trata de un hecho puntual o en los próximos años se confirmará la tendencia. Resulta significativo que 2016 ha sido el primer año, desde 2002, en el que los usuarios que se desintoxican de heroína superan en número a los que se desintoxican de metadona.

-Metadona: El primer usuario que realizó una desintoxicación por metadona en la UDH fue en 1992, resultado esperable ya que es a partir de

1990, cuando las modificaciones del marco legal⁽⁵²⁾, posibilitaron la expansión de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM). Recordemos que antes de la modificación de la normativa e implantación de los PMM, los criterios para acceder al tratamiento de sustitución con opiáceos eran muy estrictos y pocos usuarios se beneficiaron de ellos^(48,50,192,193), por lo que si el acceso a la metadona era muy limitado, era lógico que no hubieran demandas de desintoxicación.

El incremento significativo del número de usuarios que realizaron desintoxicaciones por metadona es a partir de 1997, algo similar a lo descrito en otros trabajos⁽⁹¹⁾ realizados en el ámbito de unidades de desintoxicación. Es significativa la coincidencia entre el incremento de las demandas de tratamiento por metadona, con el declive de los usuarios que se desintoxicaban de la heroína, reflejando el éxito en la instauración de los PMM^(44,50,192,193).

El número de usuarios por metadona en la UDH mantuvo una tendencia ascendente, hasta alcanzar el valor máximo el año 2005, comenzando a partir de entonces un declive que se hizo más notorio a partir de 2012. Esta evolución es muy similar con los datos de usuarios a nivel estatal, que experimentaron el crecimiento hasta los niveles máximos en 2002 y el descenso pronunciado de usuarios a partir del 2010^(23,65,66,194,195). Visto que la evolución en el número de usuarios ambulatorios tiene su reflejo en los tratamientos de la UDH, con un retraso de 2-3 años, y la tendencia claramente descendente de los usuarios ambulatorios⁽²³⁾, es previsible que el número de usuarios que realizan desintoxicaciones por metadona en la UDH, continúe descendiendo en los próximos años.

Una cantidad importante de los usuarios que realizaron desintoxicaciones por metadona (45%) presentaban además el consumo de otras sustancias, siendo la cocaína, psicofármacos y alcohol los más prevalentes, mismas sustancias que han encontrado asociadas otros autores⁽⁹¹⁾ en las desintoxicaciones hospitalarias. Es de destacar que, aunque entre la población en general la prevalencia del consumo de cocaína clorhidrato supera ampliamente al de cocaína base⁽²⁴⁻³³⁾, y entre los usuarios de la UDH sigue manteniéndose una mayor proporción de cocaína clorhidrato, entre los usuarios que se desintoxican de metadona el consumo mayoritario es el de cocaína base.

Otros investigadores⁽¹⁹⁶⁾ coinciden con este resultado, describiendo la preferencia por la cocaína base entre los consumidores de opiáceos.

-Derivados opiáceos: Los usuarios que realizaron desintoxicaciones por derivados opiáceos suponen una fracción minoritaria, no obstante, los hemos incluido en el análisis como categoría independiente, por el significado que tienen clínicamente. Si en la primera y parte de la segunda década los derivados opiáceos solían aparecer como drogas asociadas en las desintoxicaciones de heroína, en los últimos diez años han aparecido mayoritariamente como drogas exclusivas o combinadas con psicofármacos, en usuarios de mayor edad, estancia superior a la media y con alto porcentaje de altas terapéuticas. Aparentemente se trata de un diferente perfil de usuario, ya descrito por otros autores^(197,198), donde la adicción suele ser iatrogénica, secundaria a la prescripción de opioides sintéticos para el tratamiento del dolor crónico. No tenemos datos referentes al abuso de los opioides sintéticos, ya que no se encuentran dentro de las sustancias monitorizadas por las encuestas domiciliarias (EDADES)⁽³³⁾, ni los usuarios suelen acudir a las Unidades de Atención a las Drogodependencias. Este fenómeno se encuentra ampliamente extendido, sobre todo en Estados Unidos⁽¹⁹⁸⁾, aunque también dentro de la Unión Europea⁽¹⁹⁹⁾. Aunque todavía el número de casos no es tan llamativo como en otras adicciones, resulta preocupante la línea claramente ascendente que presenta.

-Cocaína: La cocaína ha sido una sustancia con una presencia limitada entre los usuarios de la UDH durante los primeros años. Es a partir de la segunda década cuando se dispararon sus casos, moderándose y estabilizándose en los últimos años. Estos resultados son coherentes con los datos suministrados por el PNSD en las encuestas EDADES y con la evolución del indicador Admisiones a Tratamiento, que nos indican que las admisiones ambulatorias por cocaína aumentaron progresivamente entre 1991 y 2005^(15,16,43,54,55,58,174-180,182,200), coincidiendo con las mayores prevalencias para el consumo habitual en la población, obtenidas en la encuesta EDADES⁽²⁴⁻²⁹⁾.

Si consideramos por separado las dos modalidades de cocaína, según la última encuesta EDADES⁽³³⁾, la proporción de personas que ha consumido alguna vez cocaína clorhidrato en Canarias es casi diez veces superior a las que han consumido cocaína base. Sin embargo, entre los usuarios de la UDH que solicitan desintoxicación por cocaína, las diferencias entre ambas modalidades se igualan (16% clorhidrato y 10% base sobre el total).

Una posible explicación para esta desigualdad es considerar que la cocaína base produce mayor número de ingresos hospitalarios que la cocaína clorhidrato, en relación al consumo poblacional, porque se trata de una sustancia asociada con un perfil de usuario marginal, con mayor riesgo a desarrollar trastornos por el consumo^(166,201-203). Aunque también podemos considerar que precisamente, la relación entre marginalidad y consumo de cocaína base, hace que se minimice el porcentaje de consumidores en las encuestas EDADES, (donde se excluyen precisamente las personas que no viven en su domicilio legal). No hemos encontrado diferencias significativas entre la edad o estancia entre los usuarios de cocaína clorhidrato y cocaína base. En relación al sexo, la proporción de mujeres es inferior entre los usuarios que se desintoxican de cocaína base, respecto a los que se desintoxican de cocaína clorhidrato, este resultado coincide con lo aportado por otros trabajos^(202,203).

Ambas modalidades de cocaína suelen presentarse, en similares porcentajes, asociadas a otras sustancias. Sin embargo, la principal sustancia con la que se combina la cocaína clorhidrato es con el alcohol, mientras que la cocaína base lo hace con la metadona. Este resultado coincide con diversos estudios⁽¹⁹⁶⁾ que asignan a los consumidores de opiáceos preferencia por la cocaína base. Por otra parte, la estrecha relación entre el consumo de alcohol y cocaína, está ampliamente documentada, encontrándose generalmente mayor proporción de cocaína clorhidrato^(166,201).

-Cannabis: Hemos considerado que la droga que presenta una línea ascendente más preocupante ha sido la de las desintoxicaciones exclusivamente por cannabis. Durante los primeros años, esta droga se solía presentar asociada con otras sustancias, principalmente alcohol y cocaína, siendo pocos los

usuarios que solicitaban desintoxicación únicamente por consumo de cannabis. Esta tendencia se ha modificado, aunque las desintoxicaciones por cannabis han aumentado en todas las modalidades, en lo referente a las desintoxicaciones exclusivas, se han presentado más casos en los últimos 5 años que en los 25 anteriores.

A nivel estatal vemos que, si bien los informes del PNSD de 1991⁽¹⁵⁾ ya nos indicaban que el cannabis era la droga ilegal más consumida en España y Canarias, no fue hasta el año 2012 cuando superó por primera vez a la cocaína como primera droga en demandas de tratamiento entre nuevos usuarios⁽⁶⁶⁾.

Hasta el momento actual, el predominio del cannabis como sustancia ilegal de mayor consumo y mayor número de demandas de tratamiento ambulatorio entre nuevos usuarios, no acaba de extenderse a nivel de los tratamientos hospitalarios en la UDH, donde el alcohol y la cocaína siguen siendo las sustancias más prevalentes. Existen factores que nos llevan a creer que la situación puede cambiar en los próximos años. El impacto del cannabis es particularmente evidente entre los usuarios más jóvenes, en la última década la edad media (29 años) de los usuarios que se han desintoxicado por cannabis, es la menor de todas las combinaciones de sustancias, en la misma línea que entre las admisiones a tratamiento a nivel estatal⁽²³⁾. No sólo son los usuarios más jóvenes, además, el porcentaje de fracasos en el tratamiento entre los usuarios de cannabis está entre los más altos de la última década (23%), por lo que, presumiblemente, estos usuarios estarán continuando su consumo y volverán a solicitar tratamiento en los próximos años.

Teniendo en cuenta los resultados de las encuestas que informan de la extensión de su consumo, los informes del PNSD del incremento de las solicitudes de tratamiento ambulatorio, la línea ascendente de la proporción entre los usuarios de la UDH, el perfil joven y con alto grado de fracasos en el tratamiento, resulta predecible que en los próximos años se incremente sustancialmente el número de usuarios que soliciten desintoxicación por cannabis en la UDH.

-Psicofármacos: El número de usuarios que solicitan desintoxicación por abuso de psicofármacos ha aumentado de forma lenta, pero progresiva, sin cambios bruscos. Ha pasado de ser un subgrupo residual, en los primeros años, a estar presente en más del 20% de los casos y ser la tercera droga, por debajo del alcohol y la cocaína. Este resultado es coherente con la información facilitada por el OEDT, que ha venido informando de un aumento paulatino tanto del consumo poblacional⁽²⁴⁻³³⁾, como de las admisiones a tratamiento ambulatorio⁽³⁵⁾.

Los usuarios que realizan desintoxicaciones por psicofármacos se caracterizan por ser el subgrupo donde las proporciones entre hombres y mujeres se han mantenido más igualadas a lo largo de toda la serie. Además, la proporción de mujeres se ha ido incrementando, hasta que en los últimos diez años (2006-2016), superaron a los hombres. No resulta extraño este resultado, estando documentada una mayor tendencia femenina al abuso de psicofármacos, especialmente en las mujeres de avanzada edad^(199,204-206). Según los resultados de EDADES 2013⁽³³⁾, la diferencia es evidente, en el indicador de consumo en los últimos 12 meses, el 16% de las mujeres refieren haberlo consumido, frente a un 8,5% de los hombres. Es de resaltar que se hace necesario que la proporción de mujeres duplique a la de los hombres a nivel de consumo, para poder ver las proporciones igualadas a nivel de las desintoxicaciones hospitalarias.

Los usuarios que se desintoxican de psicofármacos son el subgrupo con mayor edad, después del alcohol. Este resultado es coherente con los datos del OEDT⁽²⁴⁻³³⁾, que consistentemente obtiene en los psicofármacos la edad de inicio de consumo más tardío entre todas las sustancias, aunque otra vez la diferencia por sexo se hace evidente, mayor edad media de las mujeres. También hemos visto que hay diferencias en la tendencia a combinar los psicofármacos, con mayor uso de las sustancias ilegales por parte de los hombres.

En definitiva, los usuarios que realizan desintoxicaciones por psicofármacos son el subgrupo donde las diferencias por sexo se hacen más evidentes. Mujeres de media y avanzada edad que consumen exclusivamente psicofármacos o los combinan con alcohol, frente a hombres más jóvenes, mayor

grado de policonsumidores y que combinan los psicofármacos con alcohol, cocaína y cannabis.

En los últimos resultados de EDADES⁽³³⁾ se ha diferenciado entre el consumo de hipnosedantes con receta médica o sin ella (presumiblemente consumo ilegal), curiosamente, la superior proporción de mujeres se da solamente entre los hipnosedantes con receta médica. En ambos sexos el consumo se incrementa con la edad, pero de forma mucho más acusada entre las mujeres. Estos resultados de consumo poblacional son coherentes con el perfil detectado en la UDH, varones más jóvenes y consumidores de sustancias ilegales.

-Policonsumo: En líneas generales, el resultado obtenido del incremento de la proporción de policonsumidores concuerda con lo que reflejan las encuestas de consumo en España (EDADES 1995-2013), o con otros trabajos⁽⁸³⁾ realizados en el ámbito de una UDH. Sin embargo, los informes de EDADES indican una mayor prevalencia de policonsumo entre los hombres⁽³³⁾, mientras entre los usuarios de la UDH, de forma global no hay diferencias significativas. Sí que hemos encontrado mayor proporción de mujeres policonsumidoras entre las sustancias legales, no así entre las ilegales. Debemos recordar que el concepto de policonsumo de EDADES se limita al hecho de que una persona haya consumido más de una sustancia (incluyendo el tabaco), en un periodo de tiempo determinado (alguna vez en la vida, 12 meses, 30 días...), mientras que en nuestro caso se presupone un consumo lo suficientemente importante de cada sustancia, como para realizar un tratamiento de desintoxicación por ese motivo.

Entre los usuarios de la UDH, la mayor proporción de mujeres policonsumidoras entre las sustancias legales ha sido secundaria a la tendencia femenina a combinar el alcohol con psicofármacos. En el caso de los hombres, suelen consumir el alcohol como única sustancia, o combinarlo con sustancias ilegales. Otros investigadores, también han descrito la mayor tendencia de las mujeres en combinar el alcohol con los psicofármacos⁽¹⁶⁸⁾ o los hombres con drogas ilegales⁽¹⁷⁰⁾.

Una posible explicación a la diferencia encontrada entre la proporción de policonsumidores por sexo, a nivel de consumo y a nivel de tratamiento hospitalario, podría ser que el policonsumo detectado en las encuestas haya sido en buena parte policonsumo experimental, o realizado en situaciones de consumo de alcohol en atracón o *binge drinking*, donde los hombres son mayoría^(170,207). Serían necesarias el desarrollo de otras líneas de investigación para poder examinar las diferencias encontradas entre el policonsumo a nivel de encuestas en la población y a nivel de usuarios de tratamiento hospitalario.

Respecto a la proporción de policonsumidores según el tramo de edad, los resultados obtenidos nos indican que, aunque el incremento ha sido en todos los tramos de edad, entre los más jóvenes es donde más ha aumentado la prevalencia de usuarios que realizan desintoxicaciones de dos o más sustancias. Durante la última década, casi el 60% de los usuarios menores de 25 años realizaron tratamientos por más de una sustancia. Muestran coherencia estos resultados con los obtenidos recientemente por EDADES⁽³³⁾, que nos indican que el policonsumo extremo (3 o más sustancias en el último año), se encuentra especialmente extendido entre los más jóvenes. Asimismo, otros estudios^(208,209), coinciden en describir el aumento del policonsumo entre los más jóvenes.

-Sustancias por tramo de edad: En la diferenciación de las sustancias consumidas por tramo de edad encontramos diferencias sustanciales según la década que analicemos. En los primeros años, la tendencia se podía describir de forma muy simple: entre los usuarios de menos de 45 años predominaba la heroína y en los mayores de 45 era el alcohol. Esta presencia de dos perfiles claramente diferenciados coincide totalmente con la descripción de los usuarios de las UDH que podemos encontrar en las memorias del PNSD de los primeros años^(15,81,82,160).

En la segunda década se produce la diversificación del número de sustancias, coincidiendo con otros investigadores⁽⁸³⁾. Vemos como, aunque la heroína sigue siendo la sustancia más prevalente entre los usuarios de menos de 26 años, en el segundo tramo de edad (de los 26 a los 35 años) ya aparecen prevalencias significativas de metadona, cocaína, y alcohol. Entre los usuarios

de más de 35 años la sustancia más prevalente es el alcohol. Resulta significativa la creciente tendencia de usuarios cada vez más jóvenes que se desintoxicaban de alcohol, coincidiendo con la extensión del consumo de alcohol entre los adolescentes^(208,210).

El análisis más diversificado corresponde al de los últimos diez años, vemos como entre los usuarios más jóvenes, de menos de 26 años, predomina el cannabis, coincidiendo con los datos de admisión a tratamiento ambulatorio⁽³⁵⁾ publicados por el SEIT. Exceptuando el caso del cannabis, son raras las desintoxicaciones por una única sustancia, predominando las combinaciones de alcohol y otras drogas ilegales. Ya hemos comentado la tendencia al policonsumo entre los más jóvenes y la concordancia con otros estudios^(208,209), o los datos de EDADES⁽³³⁾. Entre los usuarios de mayor edad, las desintoxicaciones exclusivamente por alcohol suponen más de la mitad del total, siendo la combinación de alcohol con psicofármacos el siguiente subgrupo en prevalencia. En los tramos intermedios de edad (entre 26 y 45 años), encontramos la diversificación de los usuarios, con prevalencias más o menos igualadas entre todas las sustancias y combinaciones. Estos datos, guardan coherencia con los últimos informes de consumo poblacional publicados por el OEDT⁽²¹¹⁾.

-Fracaso del tratamiento: En nuestro trabajo hemos encontrado un porcentaje de fracasos del tratamiento del 16%, otros estudios^(86,88,99,101,102,105-114) similares, realizados en el ámbito de una UDH, han obtenido un rango muy amplio de fracasos, entre el 10% y el 60%. Esta amplitud de rangos está relacionada con diferentes factores, como la mayor o menor proporción de alcohol y/o drogas ilegales. Respecto a la evolución temporal de la proporción de fracasos, los mayores índices corresponden a los años de la epidemia de la heroína, mientras que, en términos globales, en la última década (con predominio del alcohol sobre la heroína), se han obtenido los mejores resultados. Esta disminución del número de fracasos es coherente con los anteriores trabajos, que han mostrado mejores resultados en los estudios realizados en poblaciones

donde predominaban las desintoxicaciones de alcohol^(102,107,109,110), en comparación con los realizados durante desintoxicaciones de otras drogas^(86,88,99,101,105,106,108,111-114).

Entre los factores relacionados con una mayor probabilidad de fracasar en el tratamiento hemos obtenido como resultado una mayor probabilidad para los hombres que para las mujeres. Son frecuentes los trabajos ^(86,88,99,101,102,105-107,114,212) que, con un enfoque similar al nuestro, han analizado las probabilidades de ambos sexos. Mayormente no han encontrado relación estadísticamente significativa^(86,88,99,101,102,107,114,212), aunque algunos estudios^(101,105,213) han encontrado mayor probabilidad de fracaso en los mujeres, y otros investigadores⁽²¹⁴⁾, al igual que nosotros, en los hombres.

Resulta difícil establecer conclusiones ante la variabilidad de los resultados. En nuestro trabajo, la diferencia estadísticamente significativa se limitó a la última década, y son precisamente los estudios más antiguos los que han encontrado mayor probabilidad de fracaso en las mujeres^(101,105,213), mientras el último resultado coincide con el nuestro⁽²¹⁴⁾. Precisamente, en este último trabajo, Sofin et al⁽²¹⁴⁾, consideraron que la mayor probabilidad de éxito de las mujeres estaba relacionada, más que con el género en sí mismo, con algunas características que encontraron (en su muestra) entre las mujeres (cargas familiares y mayor nivel educativo). Es necesario aclarar que los resultados en ningún caso han sido concluyentes, ya que, al aplicar un modelo de regresión logística similar al realizado en el presente trabajo, se perdía la consistencia del resultado. Aparentemente la relación, de existir en alguno de los sentidos, es muy débil y dependiente de las características de la muestra.

Mucho menos estudiado, ha sido el hecho de tener planificado un ingreso posterior en una Comunidad Terapéutica, que se ha revelado como un factor protector, coincidiendo con lo encontrado por otros autores⁽¹⁰⁶⁾. Resulta razonable suponer que el usuario que está realizando un ingreso coordinado con otro recurso pueda tener motivaciones extra para finalizar el tratamiento.

El número de tratamientos o de solicitudes previas no ha resultado por sí mismo significativo de una menor o mayor probabilidad de fracaso en el tratamiento, coincidiendo con estudios⁽⁸⁵⁾ que no han encontrado relación

significativa. No obstante, otros trabajos han encontrado resultados contradictorios, encontrándolo algunos investigadores^(102,109) como un factor de riesgo para el fracaso y otros como un factor protector⁽¹¹¹⁾.

Donde sí que hemos encontrado una clara relación es en el hecho de contar con fracasos en tratamientos previos, lo que se ha postulado como un factor de riesgo para repetir el fracaso, mientras que los ingresos previos que finalizaron con éxito aparentan ser un factor protector. Diversos estudios^(110,214) coinciden en encontrar los fracasos previos como un predictor de no finalizar el tratamiento de desintoxicación. Parece extraerse la conclusión de que el número de tratamientos previos no influye tanto en las probabilidades de fracaso, como el hecho de haber finalizado o fracasado en los tratamientos anteriores.

En cuanto a la procedencia del usuario, el análisis inicial parecía establecer que los usuarios procedentes de la zona urbana aumentaban sensiblemente sus probabilidades de fracasar. Sin embargo, en el modelo de regresión logística por pasos, esta variable fue eliminada, probablemente por ser una variable confundidora con otras que si permanecieron en el modelo. Blondell et al⁽⁹⁹⁾ describe exactamente el mismo resultado, en un trabajo similar al presente. Hemos considerado que, la mayor proporción de usuarios consumidores de drogas ilegales, asociados a una mayor probabilidad de fracaso, en la zona urbana producían la mayor proporción de fracasos en los usuarios de esta procedencia.

En la búsqueda bibliográfica no se ha podido encontrar ningún trabajo que haya estudiado el posible valor predictivo de no presentarse a las citas de entrevista o ingreso, con la probabilidad de no completar el tratamiento de desintoxicación. En el presente trabajo hemos encontrado una relación estadísticamente significativa, en el sentido de que no acudir a las citas, es un factor de mal pronóstico. Se hace necesario aclarar que el nivel de significación es de los más bajos de todas las variables que han permanecido en el modelo, por lo que este resultado se debe tomar con cautela, la relación, de confirmarse que existe, es de poca intensidad.

De todos los factores de riesgo para el fracaso del tratamiento habitualmente estudiados, en prácticamente ninguno se alcanza mayor

unanimidad como en el caso de la edad del usuario. En nuestro trabajo, al igual que en la mayoría de los consultados^(99,105,107,111,214), los usuarios más jóvenes incrementan sus posibilidades de fracaso. Existen algunas excepciones⁽¹¹⁴⁾ que no han encontrado relación estadísticamente significativa, o que la han encontrado en los hombres, pero no en las mujeres⁽⁸⁸⁾. Al comparar los estudios donde la relación se ha hecho más evidente, se extrae la conclusión de que la edad del usuario tiene una relación débil con la probabilidad de fracasar y se pone de manifiesto en aquellos trabajos donde se analiza una muestra suficientemente amplia.

Respecto a las sustancias por las que el usuario estaba realizando la desintoxicación, la mayor probabilidad de fracaso la hemos encontrado entre los usuarios que realizaban desintoxicaciones por heroína. Existe cierta unanimidad en las mayores proporciones de fracasos entre los usuarios de opiáceos y de heroína en particular, respecto a los consumidores de alcohol^(88,101,102,105,108).

Algunos trabajos⁽⁸⁸⁾, muy similares al presente, han encontrado diferencias menos acusadas que las nuestras, aunque las diferencias metodológicas al establecer la categoría de referencia (exclusivamente alcohol en nuestro caso, mientras que Gilchrist et al⁽⁸⁸⁾ establecieron alcohol como droga principal) explican los diferentes valores encontrados.

Dentro de los usuarios que realizan desintoxicaciones por opiáceos, los usuarios de heroína tienen peor pronóstico que los consumidores de metadona u otros opiáceos, coincidiendo con otros investigadores⁽¹⁰⁶⁾. No obstante, hemos encontrado peor pronóstico entre los usuarios que se desintoxican exclusivamente por heroína, frente a los que realizan la desintoxicación por heroína y otras sustancias. Este resultado difiere de lo encontrado por otros estudios^(86,107), que han encontrado en el uso concurrente de anfetamina, cannabis, cocaína o benzodiazepinas, como factores asociados a un mayor riesgo de fracaso del tratamiento. Una posible explicación es la limitación del presente trabajo, al no medir las cantidades de consumo, ni diferenciar entre droga principal y accesoria. Entre los usuarios que únicamente consumen heroína, la droga principal evidentemente es la heroína, mientras que en cuando la consumen en combinación con otras sustancias, podría tratarse de un consumo secundario. La presencia de estos usuarios con un consumo

secundario de heroína en el subgrupo de heroína y combinaciones podría modificar la proporción de fracasos en el subgrupo.

Dentro de los opiáceos, los usuarios que realizan desintoxicación por metadona tienen una relativamente baja probabilidad de fracasos, coincidiendo con los hallazgos de otros investigadores⁽¹⁰⁶⁾. En general, diferentes estudios^(192,193) relacionan a los consumidores de metadona con un perfil más integrado en la sociedad y con mayor grado de cumplimiento terapéutico. Siguiendo este razonamiento, resulta esperable el resultado encontrado de que los usuarios que se desintoxican exclusivamente por metadona presentan menor probabilidad de fracasos que los que se desintoxican de metadona y otras sustancias.

Menos esperable resulta el haber encontrado una baja proporción de fracasos entre los usuarios que, permaneciendo en PMM, se desintoxican de otras sustancias. Es probable que el hecho de no tener que afrontar abstinencia por opiáceos (al no reducirse la dosis de metadona), o que los efectos sedantes y/o ansiolíticos de dosis medio-altas de metadona (superiores a la dosis máxima para desintoxicar), produzcan una disminución de la probabilidad de fracasos en el tratamiento.

La elevada proporción de fracasos entre los usuarios que realizan desintoxicaciones por cocaína base coincide con lo encontrado por otros autores⁽¹¹⁴⁾, siendo un porcentaje muy superior al encontrado entre los usuarios que se desintoxican de cocaína clorhidrato. Este es un resultado esperable, dado que, fuera del ámbito de las UDH, múltiples estudios^(202,203) han encontrado entre los consumidores de cocaína base un perfil con mayores rasgos de impulsividad e incumplimiento terapéutico, que entre los consumidores de cocaína clorhidrato.

Coincidiendo con el presente, en los trabajos donde se han examinado poblaciones mixtas de desintoxicaciones de alcohol y otras drogas, se ha encontrado la desintoxicación de alcohol como factor asociado a mayor probabilidad de alta terapéutica^(99,102). Aunque se han establecido diferencias, las desintoxicaciones exclusivamente por alcohol tienen menor probabilidad de fracasar que las que combinan el alcohol con los psicofármacos, o con la cocaína, similares resultados a los descritos por otros investigadores^(86,107).

No podemos dejar de comentar la elevada proporción de fracasos encontrada entre los usuarios que realizan una desintoxicación exclusivamente por cannabis. El consumo de cannabis es frecuentemente presentado como un factor de riesgo para no completar un tratamiento por otras sustancias⁽¹⁰⁷⁾. Otros estudios⁽²¹⁵⁾ que han analizado los usuarios que realizan desintoxicaciones por cannabis en una UDH, han presentado menor proporción de abandonos. No obstante, estos resultados se deben tomar con cautela, al realizarse con muestras relativamente pequeñas y dándose la circunstancia de que los consumidores por cannabis son, con diferencia, los más jóvenes de todos los usuarios, ya hemos descrito la juventud como uno de los factores de riesgo más ampliamente documentado^(99,105,107,111,214). En los próximos años, siendo previsible el incremento del número de usuarios que realicen desintoxicaciones por cannabis, podrán extraerse diferentes conclusiones de futuros trabajos.

Para concluir el apartado, debemos de considerar que, a pesar de toda la información obtenida, el grado de variabilidad explicada por las variables del modelo es relativamente bajo⁽¹⁵⁰⁾, es decir, que no sabemos lo suficiente sobre los factores que llevan a un usuario a no finalizar el tratamiento de desintoxicación. Serían necesarios estudios que, con un enfoque analítico y prospectivo, estudiaran variables no incluidas en el presente trabajo y su posible relación con la probabilidad de no finalizar con éxito el tratamiento de desintoxicación.

-Perspectiva de género: Según la información actual de la web⁽¹⁴³⁾ del Plan Nacional Sobre Drogas, la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2017-2024, actualmente en elaboración, desarrollará como uno de sus principios básicos el enfoque de género, considerando que la adicción en la mujer está doblemente penalizada, al tener muchas más dificultades para acceder al tratamiento.

Lo cierto es que, en el análisis de los usuarios de la UDH, el número de hombres cuadriplica al de mujeres, sin que podamos encontrar causas claras que justifiquen esa diferencia. Los programas de encuestas domiciliarias entre la población han detectado mayor consumo de drogas entre los hombres, pero en

prácticamente ningún caso la prevalencia de los hombres llega a duplicar, mucho menos cuaduplicar, a la de las mujeres.

Esclarecedor resulta el caso del consumo de psicofármacos. Es necesario que la prevalencia entre las mujeres a nivel de consumo poblacional duplique a la de los hombres para que podamos ver proporciones igualadas a nivel hospitalario. El resultado se hace todavía más llamativo si tenemos en cuenta que en la población española en general, y en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en particular, la población de mujeres supera a la de hombres, y esta diferencia va en aumento.

La proporción de mujeres se ha mantenido engañosamente estable en torno al 20%, aumentando su proporción entre las drogas legales y disminuyendo entre las drogas ilegales. Este resultado tiene cierta coherencia con los datos publicados por el OEAT, que nos indican como el consumo femenino se ha incrementado principalmente en alcohol y psicofármacos, no tanto en lo referente a las drogas ilegales. A pesar de esta concordancia, sigue sin explicarse la abrumadora desigualdad en el acceso femenino a la UDH.

Diversos estudios que han analizado las características diferenciadoras del consumo femenino, describen un mayor estigma social y la tendencia a ocultar el consumo^(216,217), lo que podría relacionarse con la menor proporción de mujeres que hemos encontrado procedentes de las zonas rurales. En la misma línea de razonamiento, otros investigadores⁽²¹⁸⁾ han considerado que las mujeres tienen barreras adicionales para acceder al tratamiento a consecuencia de las cargas sociales y menor apoyo familiar, sin que los programas de tratamiento, con orientación masculina, tengan medidas específicas para ayudar a las mujeres a superar estas barreras.

Examinando específicamente a la UDH, entra dentro de lo posible que algunas de las características del protocolo de ingreso puedan suponer parte de esas barreras para el acceso de las mujeres al tratamiento:

- La propuesta de ingreso tiene que ser exclusivamente a través de una Unidad de Atención a las Drogodependencias.
- Durante la totalidad del ingreso el usuario permanece en régimen de aislamiento, sin ningún contacto con familia o entorno.

Algunos estudios⁽²¹⁹⁾ han planteado que las mujeres acuden preferentemente a los recursos tradicionales de prestación sanitaria, en lugar de a centros específicos de atención a las drogodependencias, por el estigma social que ello implica. Este planteamiento se sostiene con una estadística de evidente interés: entre los indicadores del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, el que indica mayor presencia femenina es el de las urgencias (que no se realizan en centros específicos de drogodependencias)⁽²¹⁸⁾. Sin embargo, en nuestra UDH y en la mayoría de las presentes en la geografía española, los usuarios son necesariamente remitidos desde centros específicos de drogodependencias.

El aislamiento del entorno del usuario durante el ingreso es una característica que, si bien inicialmente afectaría a ambos géneros por igual, podría tener mayor efecto entre las mujeres. La mayor probabilidad de cargas familiares, en forma de hijos o ascendentes, podría dificultar en mayor medida el acceso a los tratamientos en régimen de internamiento. Diferentes investigadores^(218,220) han coincidido en ideas similares, planteándose como la incorporación de servicios de guardería durante los tratamientos, aumentaría la presencia de las mujeres durante los programas.

Resulta significativo que, al examinar las memorias anuales de las principales ONG de la provincia^(124,221), hemos comprobado que la desigual proporción de mujeres en los programas residenciales y semiresidenciales, es inclusive más evidente (10% de mujeres) que la encontrada en la UDH. Aparentemente, en este tipo de programas, con una duración de varios meses, las barreras para el acceso de las mujeres tienen un efecto todavía mayor.

Tradicionalmente, en la investigación en drogodependencias, las mujeres han sido invisibles, ignorando el género como factor de influencia, no obstante, investigadores actuales⁽²²²⁻²²⁴⁾ defienden la necesidad de implantar programas y políticas en materia de drogodependencias que incorporen el enfoque de género. En el presente trabajo se ha puesto de manifiesto, una vez más, la necesidad de ampliar la investigación en drogodependencias que estudie la influencia del género del usuario en los trastornos adictivos y en el acceso a los recursos en particular, con el fin último de implantar medidas y políticas más eficaces.



5. CONCLUSIONES

Mh Miguel Hernández

Hemos comprobado que el perfil del usuario de la Unidad de Desintoxicación ha presentado una determinada evolución en los últimos treinta años. Considerando la naturaleza descriptiva del presente trabajo, el número de conclusiones potencialmente extraíbles es muy amplio, no obstante, se han seleccionado las directamente relacionadas con la consecución de los objetivos planteados y las de mayor relevancia clínica:

1. El 60% de los usuarios que han realizado un tratamiento en la Unidad de Desintoxicación no han vuelto a ingresar, en el extremo contrario, un 5% de los usuarios con 5 o más ingresos han supuesto el 20% del total de tratamientos realizados. Consecuentemente, identificamos tres subgrupos de usuarios:

- Una mayoría que realiza un único tratamiento.
- Un subgrupo que se desintoxica en varias ocasiones.
- Una minoría que ingresa periódicamente y que son los principales responsables del alto grado de reingresos que presenta la UDH.

2. En la provincia de Santa Cruz de Tenerife se han apreciado diferencias en las características de los usuarios procedentes de 4 zonas geográficas:

- Zona Norte de Tenerife: (sector rural y agrícola) Aumenta la proporción de usuarios de ambos sexos por tratamientos relacionados con el consumo de alcohol. Entre los que realizan desintoxicaciones por sustancias ilegales, encontramos una menor proporción de mujeres, respecto al resto de la provincia.
- Zona Metropolitana de Tenerife: Encontramos mayor proporción de usuarios que realizan tratamientos por sustancias ilegales, principalmente heroína y cocaína base.
- Zona Sur de Tenerife: (sector turístico) Patrón mixto entre la zona metropolitana y la rural.
- Isla de La Palma: (aislamiento respecto al resto de la provincia) Encontramos mayor proporción de usuarios con consumo de cannabis y menor proporción de cocaína base.

3. Desde el año 2002, el alcohol ha desplazado a la heroína como la sustancia que motiva mayor número de tratamientos en la UDH. La proporción de usuarios que se ha desintoxicado de alcohol ha estado estabilizada en la última década. Actualmente, el 25% del total de los usuarios se desintoxican exclusivamente por alcohol y otro 25% son policonsumidores que incluyen el alcohol. Las drogas que más se suelen asociar con el alcohol son, la cocaína y el cannabis en caso de los hombres, y los psicofármacos en caso de las mujeres. Los usuarios que han realizado una desintoxicación exclusivamente por alcohol son los que presentaron mayor edad media y menor probabilidad de fracasar en el tratamiento de desintoxicación.

4. Los usuarios que han realizado desintoxicaciones por heroína son los que presentaron una evolución más llamativa, han pasado de representar más del 90% del total de tratamientos, al 10% durante la última década. En los últimos años su proporción entre los usuarios de la UDH aparenta estar estabilizada. En los próximos años se confirmará si el incremento detectado en 2016 indica un cambio en la tendencia o se trata de un hecho puntual.

5. El número de usuarios que han realizado desintoxicaciones por metadona ha aumentado exponencialmente desde principios de los años 90 hasta 2005, estabilizándose y presentando una leve disminución en la última década. Considerando la disminución del número usuarios incluidos en Programas de Mantenimiento con Metadona en la provincia y la evolución en los últimos años, se prevé que continúe el declive del número de usuarios que solicitan desintoxicación por metadona.

6. Los usuarios que realizaron desintoxicación por cocaína aumentaron principalmente en la segunda década, moderándose su proporción en los últimos diez años. Entre los usuarios de la UDH, las prevalencias de cocaína base y cocaína clorhidrato se igualan respecto al consumo poblacional. Hipotéticamente, la cocaína base produciría mayor número de trastornos en relación al consumo o las encuestas subestiman el consumo de cocaína base a

nivel poblacional. Diferenciamos entre los usuarios de ambas modalidades de cocaína:

- En la cocaína base, la principal sustancia asociada son los opiáceos, menor proporción de mujeres y mayor proporción de altas no terapéuticas.
- En la cocaína clorhidrato, la principal sustancia asociada es el alcohol, mayor proporción de mujeres (en comparación con cocaína base) y menor proporción de altas no terapéuticas.

7. En el momento actual, el cannabis es la sustancia que presenta una evolución más preocupante, ha pasado de representar proporciones mínimas, a estar entre las sustancias consumidas por 1 de cada 5 usuarios. También es novedosa la incorporación de usuarios que realizan una desintoxicación exclusivamente por consumo de cannabis suponiendo, durante 2016, el 5% de los usuarios totales. Considerando el incremento del consumo poblacional, la extensión del consumo entre los más jóvenes, la elevada proporción de altas no terapéuticas y la línea claramente ascendente, en los próximos años será previsible un aumento del número de usuarios que soliciten desintoxicaciones por cannabis, ya sea de forma exclusiva o asociada a otras sustancias.

8. El número de usuarios que realizaron tratamientos por psicofármacos se ha incrementado de forma progresiva, pasando de ser una fracción marginal a ser la tercera sustancia, por detrás del alcohol y la cocaína. Considerando la tendencia ascendente y los datos de consumo poblacional, es previsible que continúe el incremento de las demandas de tratamientos por psicofármacos. En este subgrupo es donde las mujeres y hombres han presentado proporciones más igualadas, superando las mujeres a los hombres en la última década. Diferenciamos dos perfiles según el género del usuario:

- Mujeres de media y avanzada edad que consumen exclusivamente psicofármacos o los combinan con alcohol.
- Hombres más jóvenes, mayor grado de policonsumidores y que combinan los psicofármacos con alcohol, cocaína y cannabis.

9. En la última década ha aparecido un nuevo perfil de usuarios que, aunque en números absolutos son una minoría, presentan una línea ascendente. Se tratan de usuarios de mayor edad, proporciones por sexo igualadas, mayoría de altas terapéuticas y que se desintoxican por derivados opiáceos de forma exclusiva o asociada a sustancias legales. Hipotéticamente, se trata de adicciones iatrogénicas, secundarias a la prescripción de analgésicos opioides para el control del dolor crónico.

10. La proporción de policonsumidores ha aumentado progresivamente, principalmente entre los más jóvenes. En la última década, el 60% de los usuarios menores de 25 años realizaron desintoxicación por más de una sustancia. Según la edad del usuario podemos diferenciar tres tendencias actuales:

- Usuarios jóvenes (menos de 26 años): desintoxicaciones de cannabis o policonsumidores de drogas ilegales.
- Usuarios de mayor edad (más de 45 años): exclusivamente por alcohol o, en menor medida, por alcohol y psicofármacos.
- Usuarios comprendidos en los tramos intermedios (26-45 años): diversificación de combinaciones de sustancias con prevalencias más o menos igualadas.

11. La edad del usuario que realiza un tratamiento en la Unidad de Desintoxicación se ha incrementado progresivamente, en mayor medida que lo atribuible a la proporción de reingresos y al envejecimiento poblacional. Por el contrario, la estancia media ha decrecido de forma generalizada. Durante los primeros años, los tratamientos de desintoxicación presentaban estancias medias claramente diferenciadas según la sustancia, sin embargo, en la última década, las diferencias han ido desapareciendo, ajustándose las estancias en torno a los 7 días.

12. La proporción de mujeres encontrada entre los usuarios de la UDH es muy inferior a la esperable por los datos de consumo poblacional. Hipotéticamente, factores relacionados con los recursos de la red de drogodependencias suponen barreras para el acceso de las mujeres al tratamiento. Asimismo, la proporción de mujeres difiere sustancialmente según la sustancia por la que se realice el tratamiento. Las proporciones, entre ambos géneros están más igualadas entre las desintoxicaciones por psicofármacos, derivados opiáceos y la combinación de alcohol con psicofármacos. Por el contrario, las mayores diferencias se producen en las desintoxicaciones de cannabis, heroína y la combinación de alcohol con cocaína.

13. La proporción de usuarios que no finalizaron el tratamiento ha disminuido del 33% en los primeros diez años, al 9,4% en la última década. Los factores que aumentan las probabilidades de no finalizar el tratamiento de desintoxicación son: ser hombre, juventud, no tener planificada la continuación del tratamiento en una comunidad terapéutica, no haber acudido a alguna de las citas de entrevista o ingreso y tener antecedentes de fracaso en tratamientos previos.

14. Según la combinación de sustancias por las que se están desintoxicando, los usuarios que tienen menor probabilidad de fracasar en el tratamiento son los que se desintoxican exclusivamente por alcohol, seguidos de la combinación de alcohol con psicofármacos y de los usuarios en mantenimiento con metadona que se desintoxican de otra sustancia.

15. Según la combinación de sustancias por las que se están desintoxicando, los usuarios que tienen mayor probabilidad de fracasar en el tratamiento son los usuarios que se desintoxican exclusivamente por heroína, seguidos de los que se desintoxican exclusivamente de cocaína base y de los usuarios que se desintoxican de cocaína en combinación con otras drogas ilegales.



BIBLIOGRAFÍA



1. Comas D. La trayectoria vital y la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla-La Mancha [Internet]. Toledo: FISCAM. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha; 2004 [acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.od.jccm.es/portaNuevo/publicaciones.php?tipo=2>
2. Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional Sobre Drogas. Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, nº 226, (20 de septiembre de 1985).
3. Comas D. El Proceso de Incorporación de las Drogas, sus Representaciones y Respuestas Sociales en España [Internet]. Teruel: Universidad de Teruel; 2001. [acceso 5 julio de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/Publicaciones.php>
4. Rodríguez M, Moreira M, Bustos T, Simon D. PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica : un organismo público para la asistencia psiquiátrica durante la dictadura de Franco (1939-1975). En: V Jornadas Internacionales de Historia de Psiquiatría y Salud Mental. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra; 2015. p. 91-100. DOI: 10.13140/RG.2.1.3996.8480.
5. Torres M, Santodomingo J, Pascual F, Freixa F, Álvarez C. Historia de las adicciones en la España contemporánea. Madrid: Socidrogalcohol; 2009.
6. Romani O. A tumba abierta. Autobiografía de un grifota. Barcelona: Anagrama; 1983.
7. Martín E. Psicología y Atención a La Drogodependencia en España: una visión histórica. PAP PSICOL. 2007;28(1):41-8.
8. Romani O, et al. Los Estudios sobre las Drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación. Barcelona: IGIA; 1995.
9. de la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. More than thirty years of illicit drugs in Spain: a bitter story with some messages for the future. Rev Esp Salud Publica. 2006;80(5):505-20.

10. Sánchez Niubó A, Domingo-Salvany A, Gómez, J, Brugal MT. Estimación de la incidencia de consumo de drogas. *Gac Sanit.* 2005; 19(1) 98-9.
11. De la Fuente L, Barrio G, Vicente J, Bravo MJ, Santacreu J. The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *Am J Public Health.* 1995;85(1):102-5.
12. Ortí RM, Domingo-Salvany A, Muñoz A, Macfarlane D, Suelves JM, Antó JM. Mortality trends in a cohort of opiate addicts, Catalonia, Spain. *Int J Epidemiol.* 1996;25:545-53.
13. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1986 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
14. Gamella J. Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves Razón Pract.* 1997;72:20-30.
15. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1991 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
16. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1992 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
17. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2000 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
18. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

19. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Evaluación 2003 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
20. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
21. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2013 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2015 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
24. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1996 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

25. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1997 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1998 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
26. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1999 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
27. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2001 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2002 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
28. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2003 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

29. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2006 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
30. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2008 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
31. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2010 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
32. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2011 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2012 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm

33. Observatorio Español de la Droga y de las Toxicomanías. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
34. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1987 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
35. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Indicador Admisiones a Tratamiento (1987-2014). Informe 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2016.
36. European Monitoring Centre For Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA) [Internet]. Lisboa: EMCDDA; 1995 [acceso 12 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/>
37. Decreto 230/1994, de 25 de noviembre, por el que se aprueba el Plan Canario sobre Drogas durante el trienio 1995-1997. Boletín Oficial de Canarias, nº 159, (28 de diciembre de 1994).
38. Orden de 4 de abril de 2003, por la que se dispone la publicación del II Plan Canario sobre Drogas (2003-2008). Boletín Oficial de Canarias, nº 75, (21 de abril de 2003).
39. Gobierno de Canarias. Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Estudio Epidemiológico sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Atención a las Drogodependencias; 1997.

40. Gobierno de Canarias. Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Estudio Laboral sobre el Consumo de Drogas en Canarias. Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Atención a las Drogodependencias; 1998.
41. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Alcohol [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2007 [acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesComisionClinica.htm>
42. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Heroína [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones; 2009 [acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesComisionClinica.htm>
43. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2000 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
44. Sanvisens A, Rivas I, Faure E, Muñoz T, Rubio M, Fuster D, et al. Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. *Med Clin (Barc)*. 2014;142(2):53-8.
45. Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *Jama*. 1965;193:646-50.
46. Fernández-Miranda J. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(4):150-4.

47. San Molina L. Programas de mantenimiento con metadona ¿una opción terapéutica? *Inf Ter Sist Nac Salud*. 1991; 15 (5) 113-121.
48. Vidal-Casero M. Deshabituación de opiáceos. *OFFARM*. 2002;21(1):94-102.
49. Orden Ministerial de 23 de mayo de 1983, por la que se regulan los tratamientos con Metadona. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado. nº 127, (28 de mayo de 1983).
50. Observatorio Vasco de drogodependencias. Drogodependencias: Reducción de Daños y Riesgos [Internet]. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2000 [acceso 3 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.trivihal-positivo.es/biblioteca/?drawer=drogas>
51. Orden de 31 de octubre de 1985 por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (9 de noviembre de 1985).
52. Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. Boletín Oficial del Estado, nº 20, (23 de enero de 1990).
53. Puigdollers E, Cots F, Brugal MT, Torralba L, Domingo-Salvany A, Costas F. Programas de mantenimiento de Metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gac Sanit*. 2003;17(2):123-30.
54. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2003 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
55. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2004 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>

56. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2009 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
57. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Cocaína [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2007 [acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesComisionClinica.htm>
58. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
59. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Cannabis II [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones; 2009 [acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesComisionClinica.htm>
60. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use*. 2007;12(4):233-42.
61. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. 2000 [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2000 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
62. Snyder S. Drogas y Cerebro. 2.^a ed. Barcelona: EGEDSA; 1994.

63. Trevor A, Way W. Farmacos sedantes-hipnoticos. En: Katzung B, editor. Farmacología Básica y Clínica. 12.^a ed. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2012. p. 373-88.
64. Luscher C. Farmacos de abuso. En: Katzung B, editor. Farmacología Básica y Clínica. 12.^a ed. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2012. p. 565-79.
65. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
66. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
67. Llorente J, Fernández C. Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. Adicciones. 1999;11(4):329-36.
68. Jones M. Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry. New York: Basic Books; 1953.
69. Arnau DC. La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. Rev Española Drog. 2008;33(3):238-54.
70. Comas D. El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas [Internet]. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/Cmonografias.htm>
71. Ramírez E. El Tratamiento de la Drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas by Domingo Comas. Rev Esp Invest Sociol. 1988;44:108-84.

72. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Regional drug strategies across the world. A comparative analysis of intergovernmental policies and approaches [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2014 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
73. Vasilev G, Milcheva S, Vassileva J. Opioid Use in the Twenty First Century: Similarities and Differences Across National Borders. *Curr treat options psychiatry*. 2016;3(3):293-305.
74. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10. Art. No.: CD004147. DOI: 10.1002/14651858.CD004147.pub4.
75. Orden de 20 de mayo de 2011, por la que se dispone la publicación del III Plan Canario sobre Drogas (2010-2017). *Boletín Oficial de Canarias*, nº 116, (14 de junio de 2011).
76. Center for Substance Abuse Treatment. Detoxification and substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol [Internet]. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment; 2006 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://store.samhsa.gov/>
77. Myrick N, Anton R, Kasser C. Management of intoxication and withdrawal: General principles. En: Graham A, Schultz T, Mayo-Smith M, Ries R, Wilford B, editores. *Principles of addiction medicine*. 3.^a ed. American Society of Addiction; 2003. p. 611-8.
78. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR, et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med*. 1989;320(6):358-65.
79. Timko C, Below M, Schultz NR, Brief D, Cucciare MA. Patient and program factors that bridge the detoxification-treatment gap: A structured evidence review. *J Subst Abuse Treat*. 2015;52:31-9.

80. Haley SJ, Dugosh KL, Lynch KG. Performance contracting to engage detoxification-only patients into continued rehabilitation. *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(2):123-31.
81. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1988 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
82. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1989 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
83. González Rodríguez A, García Cabeza I. Variación del perfil de consumo de sustancias en la unidad de desintoxicación del Hospital Psiquiátrico de Madrid: 1994-1999. *Rev Asoc Esp Neuropsiqui.* 2002;22(81):87-98.
84. Guzman Z, Esfors J, Mollon R, Juan-Porcar M. Perfil de usuario de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Intervenciones enfermeras para pacientes dependientes a sustancias en la provincia de Castellón. *Presencia.* 2016;11(21):1-7.
85. San L, Camí J, Peri J, Mata R, Porta M. Success and Failure at Inpatient Heroin Detoxification. *Br J Addict.* 1989;84(1):81-7.
86. Pérez de los Cobos J, Trujols J, Ribalta E, Casas M. Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharges against medical advice. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1997;23(2):267-79.
87. Olmos-Espinosa R, Madoz-Gúrpide A, Ochoa E. Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones.* 2001;13(2):173-8.
88. Gilchrist G, Langohr K, Fonseca F, Muga R, Torrens M. Factors associated with discharge against medical advice from an alcohol and drug inpatient detoxification unit in Barcelona between 1993 and 2006. *Heroin Add Rel Clin Probl.* 2012;14(1):35-44.

89. González V, Climent B, García D, Pérez-Silvestre J, Herrera P, Guijarro M, et al. Estudio descriptivo de las desintoxicaciones de alcohol en un Servicio de Medicina Interna. *Adicciones*. 2008;20(4):377-86.
90. Rivas I, Sanvisens A, Bolao F, Fuster D, Tor J, Pujol R, et al. Impact of Medical Comorbidity and Risk of Death in 680 Patients with Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(1):221-7.
91. Ochoa E, Salvador E, Madoz-Gúrpide A, Lázaro M. Desintoxicación de dosis elevadas de metadona en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Experiencia clínica. *Adicciones*. 2008;20(3):245-9.
92. Grau-López L, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez-Cintas L, et al. Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*. 2012;24(2):115-22.
93. González I, Sánchez M. Síndrome de abstinencia del paciente ingresado para desintoxicación a bebidas alcohólicas. En: IV Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia. Granada; Fundación para el desarrollo de la Enfermería. 2013. p. 276.
94. Sánchez I, Marín L, Manzano V, Cantero L, Fernández A, Fernández J. Análisis descriptivo de las características de los pacientes que ingresan para desintoxicación de alcohol en una unidad de desintoxicación hospitalaria. En XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. Murcia; *Rev Clin Esp*. 2014; 214.
95. Cuevas J, Torres M, Rubio J. Estudio descriptivo de los pacientes alcohólicos ingresados en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. *Rev Esp Drog*. 1994;19(4):325-45.
96. Sopelana P, Bautista L, Diéguez A. Consumo de cocaína en los drogodependientes de heroína. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1993;2:82-8.
97. Perez de los Cobos J, Siñol N, Trujols J, Bañuls E, Batlle F, Tejero A. Drug-dependent inpatients reporting continuous absence of spontaneous drug craving for the main substance throughout detoxification treatment. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30:403-10.

98. Bachiller D, Grau-Lopez L, Barral C. Grupo motivacional en unidad hospitalaria desintoxicación, su influencia en mantenimiento de la abstinencia y retención al tratamiento tras alta. *Adicciones*. 2015;27(2):109-18.
99. Blondell RD, Amadasu A, Servoss TJ, Smith SJ. Differences Among Those Who Complete and Fail to Complete Inpatient Detoxification. *J Addict Dis*. 2008;25(1):95-104.
100. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1010-24.
101. Callaghan RC, Cunningham JA. Gender differences in detoxification: Predictors of completion and re-admission. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23(4):399-407.
102. Callaghan RC. Risk factors associated with dropout and readmission among First Nations individuals admitted to an inpatient alcohol and drug detoxification program. *CMAJ*. 2003;169(1):23-7.
103. Mark TL, Vandivort-Warren R, Montejano LB. Factors affecting detoxification readmission: Analysis of public sector data from three states. *J Subst Abuse Treat*. 2006;31(4):439-45.
104. Spear SE. Reducing readmissions to detoxification: An interorganizational network perspective. *Drug Alcohol Depend*. 2014;137(1):76-82.
105. Armenian SH, Chutuape MA, Stitzer ML. Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug Alcohol Depend*. 1999;56(1):1-8.
106. Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schütz CG. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64(2):173-80.

107. Martínez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F, Ball D, Strang J. Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(3):277-81.
108. Gordon A, Wentz C, Gibbon J, Mason A, Freyder P. Relationships Between Patient Characteristics and Unsuccessful Substance Abuse Detoxification. *J Addict Dis.* 2001;20(2):41-53.
109. Hillemacher T, Weinland C, Heberlein A, Wilhelm J, Bayerlein K, Kornhuber J, et al. Treatment with Clomethiazole is Associated with Lower Rates of Premature Discharge during Alcohol Withdrawal. *Pharmacopsychiatry.* 2008;41:134-7.
110. Loveland Cook CA, Booth BM, Blow FC, McAleenan KA, Bunn JY. Risk factors for AMA discharge from VA inpatient alcoholism treatment programs. *J Subst Abuse Treat.* 1994;11(3):239-45.
111. Kenne DR, Boros AP, Fischbein RL. Characteristics of opiate users leaving detoxification treatment against medical advice. *J Addict Dis.* 2010;29(3):383-94.
112. Franken IH, Hendriks VM. Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatr Serv.* 1999;50(6):813-7.
113. Smyth B, Barry J, Lane A, Cotter M, O'Neill M, Quinn C, et al. In-patient treatment of opiate dependence : medium-term follow-up outcomes. *Br J Psychiatry.* 2005;187:360-5.
114. Barnaby L, Gibson RC. Factors affecting completion of a 28-day inpatient substance abuse treatment programme at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J.* 2008;57(4):364-8.
115. Martín-Ruiz J. Geografía de Canarias. Sociedad y Medio Natural. Las Palmas de Gran Canaria: Cabildo de Gran Canaria; 2001.
116. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [acceso 12 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>

117. Colaboradores de Wikipedia. Canarias [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre. [actualizada 3 de enero de 2016; acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Canarias&oldid=99347664>
118. Colaboradores de Wikipedia. Tenerife [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre. [actualizada 3 de enero de 2016; acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tenerife&oldid=99319632>
119. Trinidad A, Martín-Lagos M, Fernández M. La atención institucional a las toxicomanías en España: Evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas. *Adicciones*. 2004;16(2):123-41.
120. Alonso MF. Las políticas de prevención de drogodependencias en las comunidades autónomas españolas: debilidades y fortalezas. *Papers*. 2008; 90: 153-78.
121. Aguilar I. Dependencias de las Drogodependencias hacia las políticas de subvenciones en Canarias. *Legislación y problemática*. *Rev Patol Dual*. 2015; 2(3): 15.
122. Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel. San Miguel Adicciones [Internet]. Santa Cruz de Tenerife. [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sanmigueladicciones.org/>
123. El Ayuntamiento de Santa Cruz restaura el monumento a Dácil Vilar Borges en la plaza 1º de Mayo. *El Día*. Lunes 20 de enero de 2014.
124. Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones. *Memoria 2015: Santa Cruz de Tenerife*; 2016.
125. Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD) [Internet]. Santa Cruz de Tenerife. [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://antad.es/>
126. Pérez del Río F. *Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.

127. Granero Salas Y, Heras Prieto R, Padilla Barrales V, Pedrero Lanero P, Sainero Garcia FJ, Santos Fernández JR, et al. Proyecto Hombre: El Modelo Bio-Psico-Social En El Abordaje De Las Adicciones Como Marco Teórico. Madrid: Asociación Proyecto Hombre; 2015.
128. Proyecto Hombre [Internet]. Madrid: Asociación Proyecto Hombre. [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://proyectohombre.es/proyecto-hombre/>
129. Fundación Canaria CESICA. Proyecto Hombre Canarias [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: CESICA. [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.proyectohombrecanarias.com/>
130. Proyecto Hombre Canarias. Informe 2015. Santa Cruz de Tenerife: Fundación Canaria CESICA; 2016.
131. Cabildo de La Palma [Internet]. Santa Cruz de La Palma: Cabildo de La Palma [acceso 2 de diciembre de 2016]. Asociación Palmera para Prevención y Tratamiento de Toxicomanías. [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cabildodelapalma.es>
132. Cáritas Diocesana de Tenerife. Proyecto Drago [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: Caritas Diocesana de Tenerife [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.caritastenerife.org/proyectos/drago.html>
133. Koob GF, Le Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*. 1997; 278: 52-8.
134. Everitt BJ, Robbins TW. Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat Neurosci*. 2005; 8:1481-9.
135. Spanagel R, Heilig M. Addiction and its brain science. *Addiction*. 2005; 100:1813-22.
136. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat Neurosci*. 2005;8(11):1458-63.
137. Moya García C. La investigación en drogodependencias. *Trastor Adict*. 2006;8(2):73-4.

138. Reuter P, Pollack H. How much can treatment reduce national drug problems. *Addiction*. 2006;101(3):341-7.
139. O'Brien CP. A range of research-based pharmacotherapies for addiction. *Science*. 1997;278(5335):66-70.
140. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. The EU drugs strategy (2013 – 20) and its action plan (2013-16) [Internet]. Lisboa: Publications Office of the European Union; 2015 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
141. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) [Internet]. Washington: Organización de los Estados Americanos (OEA). [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org>
142. de Fonseca FR, Aleixandre R, Camí J, Navarro M, Torrens M, Iraurgi J, et al. La investigación en drogodependencias. *Trastor Adict*. 2006;8(2):115-32.
143. Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [acceso 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>.
144. Estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga (2013-2020). Recomendaciones. *Diario Oficial de la Unión Europea*. (29 de diciembre de 2012).
145. International Business Machines (IBM): SPSS Statistics. Versión 23.0. [software]. 2014 [acceso 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.ibm.com/analytics/es/es/technology/spss/>.
146. Herreras EB. Spss: Un Instrumento De Análisis De Datos Cuantitativos. *Rev Informática Educ y Medios Audiovisuales*. 2005;2(4):62-9.
147. Ardanvy Albajar R, Martín Martín Q. *Estadística*. Salamanca: Hesperides; 1998.
148. Perez-López C. *Métodos estadísticos avanzados con SPSS*. Madrid: Ediciones Paraninfo; 2005.

149. Hosmer D, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2.^a ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
150. López-Roldan P, Fachelli S. Metodología de la investigación social cuantitativa. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.
151. Berlanga V, Vilà R. Cómo obtener un Modelo de Regresión Logística Binaria con SPSS. REIRE [Internet]. 2014 [acceso 16 Sep 2016]; 7(2): 105-18. Disponible en:
<http://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2014.7.2727/13280>
152. Chang G, Raffi E, Tang M, Fernando GI, Zucker J, Schein AZ. High utilization of inpatient detoxification : predictors among US veterans. Am J Drug Alcohol Abuse. 2016; 42(3):279-86.
153. Mccarty D, Caspi Y, Panas L, Krakow M, Mulligan D. Detoxification Centers : Who's in the Revolving Door ? J Behav Health Serv Res. 2000; 27(3):245-56.
154. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-Day Hospital Readmissions A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. JAMA Intern Med 2014; 174(7):1095-107.
155. SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga. Desigualdades Socioeconómicas, Consumo de Drogas y Territorio [Internet]. San Sebastian: Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2014 [acceso 6 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.siis.net/es/investigacion/ver-estudio-novedad/502199/>
156. Schoeneberger ML, Leukefeld CG, Hiller ML, Godlaski T. Substance abuse among rural and very rural drug users at treatment entry. Am J Drug Alcohol Abus. 2006;32(1):87-110.
157. Donnermeyer J, Scheer S. An analysis of substance use among adolescents from smaller places. J Rural Heal. 2001;17(2):105-13.
158. Milena AP, Segura E. Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. Med Fam Andal. 2008;9(1):12-8.

159. Fernández Rodríguez V, Fernández Sobrino AM, López Castro J. Pasado y presente. ¿Hay diferencia en el perfil del usuario de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte? 1996-2006. *Trastor Adict.* 2008;10(2):121-6.
160. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1990 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
161. Cobos T, Gutiérrez MC, González CJ. Perfil de los usuarios de drogas ingresados en un hospital. *An Med Interna.* 2003;20(10):504-9.
162. Monras M, Ortega L, Mondón S, Gual A. Detección y tratamiento de las drogodependencias en un Hospital General. *Adicciones.* 2003;15(4):331-40.
163. Rehm J, Rehm MX, Shield KD, Gmel G, Gual A. Consumo de alcohol, dependencia alcohólica, trastornos relacionados con el alcohol en España. Impacto de los tratamientos de la dependencia alcohólica. *Adicciones.* 2013;25(1):11-8.
164. Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Alcohol drinking patterns in Spain: a country in transition. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(4):529-40.
165. Lacoste J, Pedrera-Melgire M, Charles-Nicolas A, Ballon N. Cocaine et alcool : des liaisons dangereuses. *Press Medicale.* 2010;39(3):291-302.
166. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: Behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction.* 2006;101(9):1292-8.
167. Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction.* 2002;97(7):773-83.
168. Johansson BA, Berglund M, Hanson M, Pöhlén C, Persson I. Dependence on legal psychotropic drugs among alcoholics. *Alcohol Alcohol.* 2003;38(6):613-8.

169. Morel A, Grall-Bronnec M, Bulteau S, Chauvin-Grelier P, Gailledrat L, Pinot ML, et al. Benzodiazepine dependence in subjects with alcohol use disorders: what prevalence? *Expert Opin Drug Saf.* 2016;15(10):1313-9.
170. Adam A, Faouzi M, Yersin B, Bodenmann P, Daepfen JB, Bertholet N. Women and men admitted for alcohol intoxication at an emergency department: Alcohol use disorders, substance use and health and social status 7 years later. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(5):567-75.
171. Ashley MJ, Le Riche WH, Olin JS, et al. 'Mixed' (drug abusing) and 'pure' alcoholics: a socio-medical comparison. *Br J Addict.* 1978;73:19–34.
172. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2016* [Internet]. New York: United Nations publication; 2016 [acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.unodc.org/wdr2016/>
173. González M, Pardo S. Evolución de las demandas asistenciales en España. *Trastor Adict.* 2001;3:5-13.
174. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 1993* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
175. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 1994* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
176. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 1995* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
177. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 1996* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>

178. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1997 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 1998 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
179. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1998 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 1999 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
180. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2000 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2001 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
181. San L, Tato J, Torrens M, Castillo C, Farré M, Camí J. Flunitrazepam consumption among heroin addicts admitted for in-patient detoxification. *Drug Alcohol Depend.* 1993;32(3):281-6.
182. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2002 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2003 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
183. Torrens M, San L, Peri J, Olle J. Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend.* 1991;27(1):29-34.
184. Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Diaz A, Rodriguez-Artalejo F. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. Spanish Group for the Study on the Route of Administration of Drugs. *J Epidemiol Community Heal.* 1998;52(3):172-80.
185. BuDney AJ, Bickel W, Amass L. Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients. *Addiction.* 1998;93(4):493-503.
186. Chauchard E, Goncharov O, Krupitsky E, Gorelick D a. Cannabis withdrawal in patients with and without opioid dependence. *Subst Abus.* 2014;35(3):230-4.

187. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Estadísticas 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016 [acceso 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informe sEstadisticas/home.htm>
188. Lipari RN, Hughes A. The NSDUH Report: Trends in heroin use in the United States: 2002 to 2013 [Internet]. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2015 [acceso 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_1943/ShortReport-1943.pdf
189. Hedegaard H, Warner M, Miniño AM. Drug overdose deaths in the United States, 1999–2015. NCHS data brief, nº 273 [Internet]. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2017 [acceso 20 febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db273.htm>
190. Dolz PO, Ortega P, Domínguez I. La heroína regresa a España por la masiva oferta mundial de esta droga. El País. Viernes 3 de junio de 2016.
191. La nueva epidemia de heroína. El País. Domingo 5 de junio de 2016.
192. Torrens M, Fonseca F, Castillo C, Domingo-Salvany A. El tratamiento de mantenimiento con metadona en España: El éxito de un enfoque dirigido a la reducción de daños. Bull World Health Organ. 2013;91(2):136-41.
193. Domingo-Salvany A, Pérez K, Torrens M, Bravo MJ, Antó JM, Alonso J. Methadone treatment in Spain, 1994. Drug Alcohol Depend. 1999;56(1):61-6.
194. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2011 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>

195. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
196. Stewart MJ, Fulton HG, Barrett SP. Powder and Crack Cocaine Use Among Opioid Users: is all cocaine the same. *J Addict Med.* 2014;8(4):264-70.
197. Gasior M, Bond M, Malamut R. Routes of abuse of prescription opioid analgesics: a review and assessment of the potential impact of abuse-deterrent formulations. *Postgrad Med.* 2016;128(1):85-96.
198. Meyer R, Patel AM, Rattana SK, Quock TP, Mody SH. Prescription opioid abuse: a literature review of the clinical and economic burden in the United States. *Popul Health Manag.* 2014;17(6):372-87.
199. Casati A, Sedefov R, Pfeiffer-Gerschel T. Misuse of medicines in the European union: A systematic review of the literature. *Eur Addict Res.* 2012;18(5):228-45.
200. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2001 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2002 [acceso 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/memorias/home.htm>
201. Martin G, Macdonald S, Pakula B, Roth EA. A comparison of motivations for use among users of crack cocaine and cocaine powder in a sample of simultaneous cocaine and alcohol users. *Addict Behav.* 2014;39(3):699-702.
202. Vaughn MG, Fu Q, Perron BE, Bohnert ASB, Howard MO. Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010;36(4):181-6.
203. Palamar JJ, Davies S, Ompad DC, Cleland CM, Weitzman M. Powder cocaine and crack use in the United States: An examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug Alcohol Depend.* 2015;149:108-16.

204. Landreat MG, Vigneau CV, Hardouin JB, Bronnec MG, Marais M, Venisse JL, et al. Can we say that seniors are addicted to benzodiazepines? *Subst Use Misuse*. 2010;45(12):1988-99.
205. de las Cuevas C, Sanz E, de la Fuente J. Benzodiazepines: more «behavioral» addiction than dependence. *Psychopharmacology (Berl)*. 2003;167:297-303.
206. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Delclós J, Benavides FG. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gac Sanit*. 2014;28(5):369-75.
207. SIIS. Centro de Documentación y Estudios. Euskadi y Drogas 2006 [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco; 2006 [acceso 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/411/>
208. Martín E. Jóvenes y alcohol: revisando tópicos. En XIV Jornadas Asociación Proyecto Hombre. Madrid: Asociación Proyecto Hombre; 2012. p. 6-10.
209. Hernández-Serrano O, Font-Mayolas S, Gras Eugènia M. Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*. 2015;27(3):205.
210. Sánchez L. Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones*. 2002;14(1):99-113.
211. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016 [acceso 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informe sEstadisticas/home.htm>

212. Odenwald M, Semrau P. Dropout among patients in qualified alcohol detoxification treatment: the effect of treatment motivation is moderated by Trauma Load. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2013;8:14.
213. Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K. Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(6):344–351.
214. Sofin Y, Danker-Hopfe H, Gooren T, Neu P. Predicting Inpatient Detoxification Outcome of Alcohol and Drug Dependent Patients : The Influence of Sociodemographic Environment , Motivation , Impulsivity , and Medical Comorbidities. *J Addict*. 2017;1-11.
215. Bonnet U, Borda T, Scherbaum N, Specka M. Abstinence phenomena of chronic cannabis-addicts prospectively monitored during controlled inpatient detoxification (Part II): Psychiatric complaints and their relation to delta-9-tetrahydrocannabinol and its metabolites in serum. *Drug Alcohol Depend*. 2015;155:302-6.
216. Romo Avilés N, Gil García E. Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastor Adict*. 2006;8(4):243-50.
217. Gómez Moya J. El alcoholismo femenino, una verdad oculta. *Trastor Adict*. 2006;8(4):251-60.
218. Meneses Falcón C. Mujeres y consumo de opiáceos. Una realidad específica. *Trastor Adict*. 2006;8(4):261-75.
219. Henderson DJ. Drug abuse and incarcerated women: A research review. *J Subst Abuse Treat*. 1998;15(6):579-87.
220. Krestan JA, Bepko CL. Codependency: The Social Reconstruction of Female Experience. En: BepKo CI, editor. *Feminis and Addicition*. New York: The Haworth Press; 1991.
221. Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD). *Memoria 2009*: Santa Cruz de Tenerife; 2010.

222. Meneses C, Charro B. Is a gender differential intervention necessary in the prevention of adolescent drug use? *Rev Psiquiatr y Salud Ment.* 2014;7(1):5-12.
223. Romo N. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Rev Española Drog.* 2010;35(3):269-72.
224. Irribarría J. Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud Drogas.* 2005;5(2):117-36.



ANEXOS



ANEXO 1: Directorio de Recursos de Atención a las Drogodependencias de Canarias. Documento realizado por la Dirección General de Atención a las Drogodependencias de la Consejería de Sanidad Gobierno de Canarias.

ANEXO 2: Documentos fundacionales de la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Acuerdos entre la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias, equipo terapéutico de la Unidad de Desintoxicación y los Centros Ambulatorios de Atención a las Drogodependencias.

ANEXO 3: Protocolo de derivación a Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Canarias. Protocolo desarrollado por el Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias, dependiente de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias.

ANEXO 4: Contrato Terapéutico. Documento elaborado por el Equipo Terapéutico de la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

ANEXO 5: Hoja informativa. Documento elaborado por el Equipo Terapéutico de la Unidad de Desintoxicación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

ANEXO 1: DIRECTORIO DE RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Recursos de Atención a las Drogodependencias en Canarias



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad
Dirección General de Atención
a las Drogodependencias

UNIDADES AMBULATORIAS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDCIAS (UAD)

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
U.A.D. de Puerto del Rosario	Cabildo de Fuerteventura	C/ Tenerife, 54	Fuerteventura	Puerto del Rosario 35600	Las Palmas	928 53 15 61	928 53 06 37 928 53 24 09 928 53 07 08	spit@cabildofuer.es	
U.A.D. de Gran Tarajal	Cabildo de Fuerteventura	Centro Polivalente de Servicios Sociales – Urbanización El Palmeral, s/n	Fuerteventura	Gran Tarajal - Tuineje 35628	Las Palmas	928 87 06 31	928 16 28 62	spit@cabildofuer.es	
U.A.D. de Morro Jable	Cabildo de Fuerteventura	C/ Nuestra Señora del Carmen, 22	Fuerteventura	Morro Jable – Pájara 35625	Las Palmas	928 54 24 14	928 54 01 13	spit@cabildofuer.es	
Centro de Acogida Proyecto Hombre	Fundación Centro de Solidaridad Islas Canarias	C/ Verdi, 11	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35001	Las Palmas	928 33 01 48	928 33 02 03 01 40	secretaria.cc@proyectohombrecanarias.com	
U.A.D. de San José	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	Paseo San José, 80	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35015	Las Palmas	928 33 17 42	928 33 28 91	cdvuadsanJose@hotmail.com	
U.A.D. del Puerto	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Juan Rejón, 107 local	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35008	Las Palmas	928 46 78 62	928 47 11 29	cadpuerto@fundacioncanaria.com	
U.A.D. de Schamann	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Federico Viera, 54	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35013	Las Palmas	928 25 43 61	928 39 81 22 677.944.104	cadSchamann@fundacioncanaria.com	
U.A.D. de San Cristóbal	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Alicante, 28	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35016	Las Palmas	928 33 43 28	928 33 11 09 677.944.102	cadSanCristobal@fundacioncanaria.com	
U.A.D. de Alcoholismo	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Alicante, 28	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35016	Las Palmas	928 33 43 28	928 33 13 97 677.944.102	alcoholismo@fundacioncanaria.com	
U.A.D. de Guanarteme	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	C/ Franchy Roca, 45 Bajo Izada.	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35007	Las Palmas	928 49 02 29	928 22 59 19	cdvuadguanarteme@hotmail.com	
U.A.D. de Tamaraceite	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	Carretera General de Tamaraceite, 106	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35018	Las Palmas	928 67 65 04	928 67 65 95	cdvuadtamaraceite@hotmail.com	
Centro de Acción Social Yrichen	Fundación Canaria Yrichen	C/ Sor Carmen Peña Pulido, s/n (La Pardilla)	Gran Canaria	La Pardilla -Telde 35200	Las Palmas	928 69 26 25	928 02 54 18 19 20	yrichen@yrichen.org	www.yrichen.org
U.A.D. de El Tablero (Maspalomas)	Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana	C/ Uruguay, 5	Gran Canaria	El Tablero - San Bartolomé de Tirajana 35109	Las Palmas	928 72 10 21	928 72 10 19 20	uadElTablero@hotmail.com	www.maspalomas.com
U.A.D. de Vecindario	Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana	C/ Gamonal, s/n	Gran Canaria	Vecindario - Santa Lucía de Tirajana 35110	Las Palmas	928 75 34 02	928 75 17 52	uadrog@santaluciagc.com	
U.A.D. de Agüimes	Servicio Canario de Salud	C/ Belétén, s/n-Cruce de Arinaga	Gran Canaria	Agüimes 35118	Las Palmas	928 18 85 94	928 18 85 94	uad_aguimes@hotmail.com	
U.A.D. de Gáldar	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar	C/ Aljirafe, 16	Gran Canaria	Gáldar 35460	Las Palmas	928 55 30 88	928 55 30 53	cad.cd@teleline.es	
U.A.D. de Arucas	Ayuntamiento de Arucas	C/ Francisco Ponce, 26	Gran Canaria	Arucas 35400	Las Palmas	928 62 10 51	928 62 26 13	cad@arucas.org	
U.A.D. de La Aldea	Ayuntamiento de La Aldea de San Nicolás	C/ Los Cascajos, s/n	Gran Canaria	La Aldea de San Nicolás 35470	Las Palmas	928 89 13 60	928 89 13 60	uad@aytoaldea.com	
U.A.D. de Lanzarote	Cabildo de Lanzarote	C/ García Escámez, 117	Lanzarote	Arrecife de Lanzarote 35500	Las Palmas	928 81 20 78	928 81 26 64 35 51	cadlanzarote@cabildodelanzarote.com	

UNIDADES AMBULATORIAS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDCIAS (UAD)

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
U.A.D. de La Gomera, Unidad de Salud Mental	Servicio Canario de la Salud	C/ Ruiz de Padrón, 32	La Gomera	San Sebastián de La Gomera. 38800	Santa Cruz de Tenerife	922 14 50 68	922 14 50 68	telepsi1.gomera@canarias.org muacarse@hotmail.com	
U.A.D. de Santa Cruz de La Palma	Cabildo de La Palma	C/ Fernández Ferráz, 9	La Palma	Santa Cruz de La Palma 38700	Santa Cruz de Tenerife	922 41 45 37	922 42 04 03 63	cadlapalma@aspalt.e.telefonica.net	
U.A.D. de Los Llanos de Aridane	Cabildo de La Palma	C/ Angélica Luis, 2. (Centro de Salud)	La Palma	Santa Cruz de Aridane 38760	Santa Cruz de Tenerife	922 40 14 33	922 40 14 33	cadlapalma@aspalt.e.telefonica.net	
U.A.D. de San Andrés y Sauces	Cabildo de La Palma	C/ Vicente San Juan, 4 Edificio de Usos Múltiples 1º P.-nº 9	La Palma	San Andrés y Sauces 38720	Santa Cruz de Tenerife	922 45 03 99	922 45 03 99	cadlapalma@aspalt.e.telefonica.net	
U.A.D. de Santa Cruz de Tenerife	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	C/ Horacio Nelson, 32-34	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife 38006	Santa Cruz de Tenerife	922 28 85 64	922 28 88 12 16	uadsantacruz@sanmigueladicciones.org	http://sanmigueladicciones.org
U.A.D. de Ofra	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	C/ Sargentos Provisionales, 41	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife 38010	Santa Cruz de Tenerife	922 64 99 76	922 65 12 51 90	uadofra@sanmigueladicciones.org	http://sanmigueladicciones.org
Servicio de Acogida Proyecto Hombre	Fundación Centro de Solidaridad Islas Canarias	C/ Pedro Doblado Claverie, 34	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife 38010	Santa Cruz de Tenerife	922 67 00 69	922 66 10 20 15 00	fundacion.tf@proyectohombrecanarias.com administracion.tf@proyectohombrecanarias.com	
U.A.D. de Alcoholismo "Proyecto Drago"	Cáritas	C/ Leocadio Machado, 33	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife 38008	Santa Cruz de Tenerife	922 23 08 27	922 23 08 27	drago@caritastenerife.org	
U.A.D. de La Laguna	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	Avda. Trinidad, 57	Tenerife	San Cristóbal de La Laguna 38204	Santa Cruz de Tenerife	922 25 29 12	922 25 58 47 05 12	uadlalaquna@asociacionsanmiguel.org	http://sanmigueladicciones.org
U.A.D. del Puerto de la Cruz	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	C/ Agustín de Bethencourt, 17	Tenerife	Puerto de la Cruz 38400	Santa Cruz de Tenerife	922 38 21 62	922 38 55 57 65 52	antadgestion@terra.es	
U.A.D. de La Matanza	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	Carretera general TF-217	Tenerife	La Matanza de Acentejo 38370	Santa Cruz de Tenerife	922 57 77 21	922 57 77 21
U.A.D. de Icod	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	Avda. Marítima, s/n (Casa del Mar) - San Marcos	Tenerife	Icod de Los Vinos 38420	Santa Cruz de Tenerife	922 81 09 62	922 81 09 62	icodantad@teleline.es	
U.A.D. de Los Realejos	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	C/ San Isidro s/n. (Mercado Municipal)	Tenerife	Los Realejos 38410	Santa Cruz de Tenerife	922 35 48 69	922 35 48 69		
U.A.D. de Granadilla	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	Avda. Fundador Gonzalo González, 60	Tenerife	Granadilla 38600	Santa Cruz de Tenerife	922 39 01 45	922 39 00 91	antadgranadilla@ANTAD.e.telefonica.net	

SERVICIOS DE INFORMACIÓN

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
Servicio de Información y Prevención a Drogodependientes "Verof"	CÁRITAS	Avda. de Escaleritas, 51	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35011	Las Palmas	928 25 90 48	928 25 11 51 928 25 17 40	proyectoesperanza@caritas-canarias.org	www.caritas-canarias.org/proyecto_espe.php
Servicio Jurídico de Información de Atención al Drogodependiente	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	Paseo de San José, 94 2º	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35015	Las Palmas	92833 17 42	928 32 04 25	calidaddevidaong@hotmail.com	
Servicio de Información, Prevención y Orientación de Drogodependientes	Instituto para el Estudio de las Adicciones (I.E.A.)	Avda. Marítima 25. Edif. Jardín del Mar	Tenerife	El Rosario 38190	Santa Cruz de Tenerife	922 683 135	902 153 644	drogas@drogas.info	www.lasdrogas.info

UNIDADES HOSPITALARIAS DE DESINTOXICACIÓN (UHD)

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
U.H.D. del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín	Servicio Canario de Salud	Barranco de la Ballena, s/n	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35020	Las Palmas	928 45 02 11	928 45 00 00 928 45 02 18		
U.H.D. del Hospital Doctor José Molina Orosa	Servicio Canario de Salud	Ctra. Arrecife-Tinajo Kmo 1.300	Lanzarote	Arrecife de Lanzarote 35500	Las Palmas	928 81 50 34	928 59 52 60	dpanriva@gobiernodecanarias.org	
U.H.D. del Hospital Universitario de Canarias	Servicio Canario de Salud	Ctra. la Cuesta-s/n	Tenerife	San Cristóbal de La Laguna 38320	Santa Cruz de Tenerife	922 65 6184 922 65 81 84	922 67 81 31 922 67 81 33	udh@huc.canarias.org	

CENTROS DE DÍA

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
Centro de Día de Gáldar	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar	C/ Aljife, 16	Gran Canaria	Gáldar 35460	Las Palmas	928 55 30 88	928 55 30 53	cad.cd@teletel.es	
Centro de Día Yrichen	Fundación Canaria Yrichen	C/ Sor Carmen Peña Pulido, s/n (La Pardilla)	Gran Canaria	La Pardilla-Telde 35200	Las Palmas	928 69 26 25	928 02 54 18 19 20	yrichen@yrichen.org	www.yrichen.org
Centro de Día Zonzamas	Cabildo de Lanzarote	Ctra. Tahiche/San Bartolomé Km. 1'5	Lanzarote	Arrecife de Lanzarote 35500	Las Palmas	928 84 35 57	928 84 34 55	centrodedia@cabildodelanzarote.com	
Centro de Día Cercado del Marqués	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	Avda. Brasil, 9	Tenerife	San Cristóbal de La Laguna 38202	Santa Cruz de Tenerife	922 26 55 90	922 26 58 11 55 11	centrodedia@sanmiqueladicciones.org	http://sanmiqueladicciones.org

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
Comunidad Terapéutica La Fortaleza de Ansite	Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana	Bco. de Tirajana	Gran Canaria	Santa Lucía de Tirajana 35110	Las Palmas	928 14 91 21	928 14 91 20	lafortaleza1@infonegocio.com	
Comunidad Terapéutica de Alcohólico Proyecto Esperanza	Cáritas	Los Berrazales - Valle de Agaete, s/n	Gran Canaria	Agaete 35489	Las Palmas	928 89.86.82 928.55.41.51 928.25.90.48	928.89.86.82 55.41.51	proyectoesperanza@caritas-canarias.org	www.caritas-canarias.org/proyecto_espe.php
Comunidad Terapéutica Zonzamas	Cabildo de Lanzarote	Ctra. Tahiche-San Bartolomé Km. 1'5	Lanzarote	Arrecife de Lanzarote 35500	Las Palmas	928 84 35 76	928 84 36 98 35 76	comunidad@cabildodelanzarote.com	
Comunidad Terapéutica Las Crucitas	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	Avda. Fundador Gonzalo González, 60. Finca	Tenerife	Granadilla de Abona 38600	Santa Cruz de Tenerife	922 77 00 51	922 77 00 51 922 77 33 81		
Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre ITACA	Fundación Centro de Solidaridad Islas Canarias	C/ Puerto de la Madera, 9-B	Tenerife	Tacoronte 38350	Santa Cruz de Tenerife	922 56.02.26	922 57 28 11	hitaca@teletel.es fundacion.tfe@proyectoombrecanarias.com	

PROGRAMAS ESPECÍFICOS EN CENTROS PENITENCIARIOS

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
Proyecto Fénix. Centro Penitenciario Salto del Negro	Instituciones Penitenciarias / Fundación Canaria Sociosanitaria	Salto del Negro, s/n	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35300	Las Palmas	928 35 47 16	928 35 33 00 Extensión 652		
Programa de Metadona. Centro Penitenciario Salto del Negro	Instituciones Penitenciarias	Salto del Negro, s/n	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35300	Las Palmas	928 35 47 16	928 35 33 00 Extensión 112-880		
Programa de Metadona. Centro Penitenciario de Lanzarote	Instituciones Penitenciarias	Nueva Tahiche 138	Lanzarote	Arrecife 35500	Las Palmas	928 81 03 61	928 81 03 05	
Proyecto Fénix. Centro Penitenciario Tenerife II	Instituciones Penitenciarias / Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	Camino Escanio s/n	Tenerife	El Rosario 38080	Santa Cruz de Tenerife	922 62 00 18	922 86 95 00 Extensión 139	fenix@sanmigueldicciones.org	http://sanmigueldicciones.org
Programa de Metadona. Centro Penitenciario Tenerife II	Instituciones Penitenciarias	Prisión Tenerife II Camino Escanio s/n	Tenerife	El Rosario 38.080	Santa Cruz de Tenerife	922 26 55 90	922 86 95 00 Extensión 154		



PROGRAMAS DE METADONA (PM)

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
PM de Fuerteventura	Cabildo de Fuerteventura	C/ Tenerife, 54	Fuerteventura	Puerto del Rosario 35600	Las Palmas	928 53 15 61	928 53 06 37 928 53 00 80 928 53 07 08	spit@cabildofuer.es	
PM San José	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	Paseo de San José, 92	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35015	Las Palmas	928 33 17 42	928 33 28 91	cdvuadsanjose@hotmail.com calidaddevidaong@hotmail.com	
PM de Guanarteme	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	C/ Franchy Roca, 45	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35009	Las Palmas	928 49 02 29	928 22 59 19	cdvuadguanarteme@hotmail.com calidaddevidaong@hotmail.com	
PM Tamaraceite	Asociación de Integración Social "Calidad de Vida"	Carretera General de Tamaraceite, 106	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35018	Las Palmas	92867 65 04	928 67 65 95	cdvuadtamaraceite@hotmail.com calidaddevidaong@hotmail.com	
PM del Puerto	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Juan Rejón, 107 bajo	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35008	Las Palmas	928 46 78 62	928 47 11 29	caddelpuerto@fundacioncanaria.com	
PM de San Cristóbal	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Alicante, 28	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35016	Las Palmas	928 33 1109	928 93 99 02	cadsancristobal@fundacioncanaria.com	
PM de Schamann	Fundación Canaria Sociosanitaria	C/ Federico Viera, 54	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria 35013	Las Palmas	928 25 43 61	928 39 81 22	cadschamann@fundacioncanaria.com	
PM Yrichen	Fundación Canaria Yrichen	C/ Sor Carmen Peña Pulido, s/n. (La Pardilla)	Gran Canaria	La Pardilla - Telde 35200	Las Palmas	928 69 26 25	928 02 54 18 19 20	yrichen@yrichen.org	www.yrichen.org
PM El Tablero	Ayuntamiento de San Bartolomé de Tirajana	C/ Uruguay, 5	Gran Canaria	El Tablero - San Bartolomé de Tirajana 35109	Las Palmas	928 72 10 21	928 72 10 19 20	uaddeltablero@hotmail.com drogodependencia@maspalomas.com	www.maspalomas.com
PM Vecindario	Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana	C/ Gamonal, s/n	Gran Canaria	Vecindario - Santa Lucía de Tirajana 35110	Las Palmas	928 75 34 09	928 75 71 52	uadrog@santaluciagc.com	
PM Gáldar	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar	C/ Aljirofe, 16	Gran Canaria	Gáldar 35460	Las Palmas	928 55 30 53 928 55 30 88	928 55 30 53	cad.cd@teletel.es	
PM Arucas	Ayuntamiento de Arucas	C/ Francisco Ponce, 26	Gran Canaria	Arucas 35402	Las Palmas	928 62 10 51	928 62 26 13	cad@arucas.org	
PM de La Aldea	Ayuntamiento de La Aldea de San Nicolás	C/ Los Cascajos, s/n	Gran Canaria	La Aldea de San Nicolás 35470	Las Palmas	928 89 13 60	928 89 13 60	uad@aytolaldea.com	
PM Lanzarote	Cabildo de Lanzarote	C/ García Escámez, 117	Lanzarote	Arrecife de Lanzarote 35500	Las Palmas	928 81 20 78	928 81 26 64 26 70	cadlanzarote@cabildodelanzarote.com	

PROGRAMAS DE METADONA (PM)

CENTRO	ENTIDAD GESTORA	DIRECCIÓN	ISLA	LOCALIDAD	PROVINCIA	FAX	TELÉFONO	E-MAIL	PÁGINA WEB
PM Santa Cruz de La Palma	Cabildo de La Palma	Fernández Ferraz,9	La Palma	Santa Cruz de La Palma 38700	Santa Cruz de Tenerife	922 41 45 37	922 42 04 03 922 42 04 63	cadlapalma@aspalt.e.telefonica.net	
Servicio de Dispensación de Metadona de Santa Cruz	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	C/ Horacio Nelson, 32	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife 38006	Santa Cruz de Tenerife	922 24 49 73	922 28 88 12 922 28 88 16	uadsantacruz@sanmiqueladicciones.org	http://sanmiqueladicciones.org
PM Ofra	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	C/ Sargentos Provisionales, 41	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife 38010	Santa Cruz de Tenerife	922 64 99 76	922 65 12 51 922 65 12 90	uadofra@sanmiqueladicciones.org	http://sanmiqueladicciones.org
PM La Laguna	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel	Avda. Trinidad, 57	Tenerife	San Cristóbal de La Laguna 38204	Santa Cruz de Tenerife	922 25 29 12	922 25 58 47 922 25 05 12	uadlalaquna@sanmiqueladicciones.org sanmiqueladicciones@sanmiqueladicciones.org	http://sanmiqueladicciones.org
PM Puerto de la Cruz	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	C/ Agustín de Bethencourt, 17	Tenerife	Puerto de la Cruz 38400	Santa Cruz de Tenerife	922 38 65 52	922 38 55 57 922 38 65 52	antadpuerto@teleline.es	
PM Los Realejos	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	C/ San Isidro, s/n (Mercado Municipal)	Tenerife	Los Realejos 38410	Santa Cruz de Tenerife	922 35 48 69	922 35 48 69		
PM Granadilla	Asociación Norte de Tenerife de Atención a las Drogodependencias (ANTAD)	Avda. Fundador Gonzalo González, 60	Tenerife	Granadilla 38600	Santa Cruz de Tenerife	922 39.01.45	922 39.00.91		





Gobierno de Canarias
El Coordinador Autonómico
para el Plan Nacional sobre Drogas

REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO

DE LA

UNIDAD HOSPITALARIA DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES

DE

TENERIFE



Angel Noguerales de la Oliva

Gobierno de Canarias

El Coordinador Auténtico
para el Plan Nacional sobre Drogas.

INDICE

- * PROPUESTA DE REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LA U.H.T.D. .
- * REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LA U.H.T.D. DE TENERIFE.
- * INSTRUCCIONES PARA LA CONFECCION DE LA PRIMERA LISTA DE ESPERA.
- * PARTES DE NOTIFICACION DEL MOVIMIENTO ASISTENCIAL EN LA U.H.T.D.



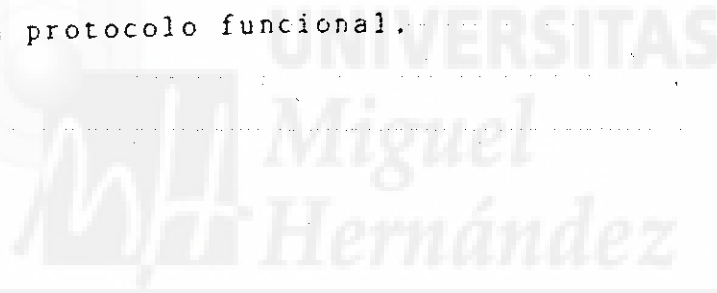
Gobierno de Canarias

El Comodoro Autorizado

en el Plan Nacional sobre Drogas

PROPUESTA DE REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO
DE LA U.H.T.D.

El siguiente documento recoge la propuesta efectuada desde la Dirección General de Salud Pública a los responsables de la U.H.T.D. de Tenerife, para la elaboración de un protocolo funcional.





DIRECCION GENERAL
DE SALUD PUBLICA
CONSEJERIA DE TRABAJO,
SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
GOBIERNO DE CANARIAS

Rambla General Franco, 53
Teléfono 27 47 50
Santa Cruz de Tenerife

PROPUESTA DE REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO
DE DROGODEPENDIENTES (U.H.T.D.)

Introducción

La puesta en marcha de las U.H.T.D. precisa del establecimiento previo de criterios, acordados con el convenio establecido por la Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y los Cabildos Insulares de Tenerife y Gran Canaria. Tales criterios serán dictados por el Equipo de Coordinación Regional para el Plan Nacional Sobre Drogas, en base a las competencias reconocidas en el artículo 49 del citado Convenio.

Esta propuesta tiene como objetivo garantizar la participación de todas las partes implicadas en la Red de Atención Integral a Drogodependencias en la elaboración definitiva del protocolo funcional de las Unidades.

Punto 1.- Los Coordinadores de las U.H.T.D. presentarán en la Dirección General de Salud Pública, antes de la apertura de las Unidades, el Programa Terapéutico que proponen para las mismas.

Dicho programa deberá incluir al menos los siguientes puntos:

- Objetivos específicos de la Unidad (enfoque asistencial)
- Criterios de admisión de pacientes
- Criterios de exclusión de pacientes (si procedieran)
- Normas de Régimen Interior de la Unidad
- Modelo de Contrato Terapéutico
- Duración promedio de las estancias de pacientes
- Altas y criterios de reingreso
- Pautas terapéuticas para dependientes de opiáceos (sin perjuicio de sufrir posteriormente las variaciones que los facultativos estimaran)
- Pautas terapéuticas para dependientes de cocaína (sin perjuicio de sufrir posteriormente las variaciones que los facultativos estimaran)
- Criterios para el screening de la patología orgánica
- Criterios de prioridad para la confección de la lista de espera.



DIRECCION GENERAL
DE SALUD PUBLICA
CONSEJERIA DE TRABAJO,
SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
GOBIERNO DE CANARIAS

Rambla General Franco, 33
Teléfono 27 47 50
Santa Cruz de Tenerife

Punto 2. - Una vez haya sido confeccionado el Programa Terapéutico y remitido a la Dirección General de Salud Pública el Equipo Coordinador del Plan Nacional Sobre Drogas, convocará a los responsables de los Centros de la Red de atención a las Toxicomanías para la discusión del mismo y aprobación si procede.

Punto 3. - Aprobado el Programa Terapéutico de cada Unidad, los centros confeccionarán un listado de sus pacientes que cumplan los criterios de admisión.

Los listados serán remitidos a la Dirección General de Salud Pública.

Punto 4. - Una vez confrontados los listados de los Centros, el Equipo de Coordinación Regional del Plan Nacional Sobre Drogas confeccionará una lista inicial única de espera para la Provincia de Santa Cruz de Tenerife y otra para la Provincia de Las Palmas de Gran Canaria,

Una vez confeccionada la lista inicial, los centros de la Red comunicarán a la Dirección General de Salud Pública los datos correspondientes de cada nuevo paciente que deba ingresar en la Unidad, que pasará a último lugar de la lista de espera.

Punto 5. - Las listas de espera unificadas serán enviadas a las Unidades, que se encargarán de citar a los pacientes para su ingreso.

La primera lista tendrá una extensión doble del número de pacientes que admita la Unidad.

Punto 6. - Cada vez que se produzca una alta, será comunicada a la Dirección General de Salud Pública mediante un parte normalizado. A vuelta de correo las Unidades recibirán una notificación con los datos del siguiente paciente a incluir en la lista de espera.

Puntos 7 y 8. - Formación de personal, investigación y docencia

En una fase posterior a la puesta en marcha de las Unida



DIRECCION GENERAL
DE SALUD PUBLICA
CONSEJERIA DE TRABAJO,
SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
GOBIERNO DE CANARIAS

Rambal General Franco, 53

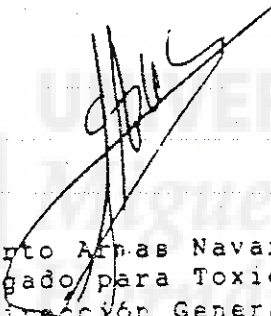
Teléfono 27 47 50

Santa Cruz de Tenerife

des se dictarán los criterios que regularán la formación de personal y los programas de investigación y docencia que puedan realizarse en las Unidades.

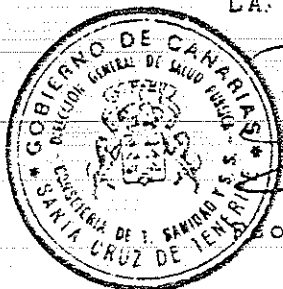
Santa Cruz de Tenerife, a 14 de Julio de 1.987

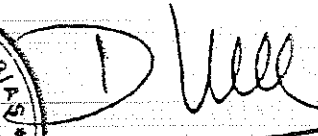
POR EL EQUIPO DE COORDINACION REGIONAL
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS


Fdo.: Alberto Arnas Navarro
Delegado para Toxicomanías de
la Dirección General de Salud
Pública

VR BQ

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PUBLICA




Fdo.: M^a Luz Acevedo Martín



DIRECCION GENERAL
DE SALUD PUBLICA
CONSEJERIA DE TRABAJO,
SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
GOBIERNO DE CANARIAS

Rambra General Franco, 53
Teléfono 27 47 50
Santa Cruz de Tenerife

ANEXO

Para la elaboración del documento propuesto, se sugiere se tengan en cuenta los siguientes puntos:

CRITERIOS DE ADMISION DE PACIENTES

- Motivación suficiente para seguir tratamiento expresada a través de la firma del contrato terapéutico.

CRITERIOS DE EXCLUSION DE PACIENTES

- Pacientes con patología orgánica o psíquica aguda
- Pacientes con deterioro psico - orgánico importante.

CONTRATO TERAPEUTICO

- Acatamiento de las normas de régimen interior de la Unidad y del Hospital
- Contrato terapéutico diferenciado para embarazadas

ALTAS Y CRITERIOS DE REINGRESO

- Penalizar las altas voluntarias con la imposibilidad de reingresar en la Unidad durante un periodo de seis meses (incorporar al contrato terapéutico)
- No limitar los reingresos de pacientes que cumplan todos los criterios de admisión y no estén en periodo de penalización.

CRITERIOS DE PRIORIDAD PARA LA CONFECCION DE LA LISTA DE ESPERA INICIAL

- Mayor edad
- Mayor antigüedad en el consumo
- Presencia de patología orgánica asociada
- Ausencia de cobertura sanitaria (sólo a tener en cuenta en la lista inicial)
- Tipo de droga de consumo habitual (tres grupos: heroína, cocaína, otras)
- Embarazo



Gobierno de Canarias

*El Constituyente Auténtico
para el Plan Nacional sobre Drogas*

**REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LA
U.H.T.D. DE TENERIFE**

El siguiente documento fue elaborado por el equipo terapéutico de la U.H.T.D., en base a la propuesta efectuada anteriormente por la Dirección General de Salud Pública, discutido y consensuado por los profesionales de los Centros Ambulatorios de Toxicomanías.

Se ha concebido como un documento provisional hasta su validación y aprobación definitiva, si procede a lo largo de este año.



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

GERENCIA

A. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD

1. La desintoxicación farmacológica (tratamiento de la dependencia física).
2. Introducción de un programa conductual tendente a modificar las conductas y estilo de vida del drogodependiente, iniciándolo en la deshabituación.
3. Estudio y tratamiento de las complicaciones orgánicas asociadas.
4. Estudio de los factores psicológicos y sociales que puedan haber favorecido el inicio del consumo y puedan tener interés pronóstico.

B. CRITERIOS DE ADMISIÓN DE PACIENTES.

1. Tener la firme y voluntaria intención de abandonar la toxicomanía.
2. Ingreso programado cumpliendo los siguientes requisitos:
 - a) Haber realizado previamente algún tratamiento de desintoxicación ambulatoria.
 - b) Haber realizado previamente una serie de consultas programadas a nivel dispensarial.
 - c) Haber asistido a todas las visitas programadas con anterioridad al ingreso fijado por el equipo terapéutico.
3. Pacientes que no dispongan de apoyo familiar o social adecuado que permita su desintoxicación a nivel extrahospitalario, y se compruebe una firme y voluntaria intención de abandonar la toxicomanía.
4. Firmar el Contrato Terapéutico, que le compromete a cumplir las normas de régimen interior de la Unidad, después de la adecuada valoración de la capacidad del paciente para adaptarse al régimen de funcionamiento de la misma.
5. Existencia de coordinación con un programa de deshabituación, previo al ingreso, que ofrezca las garantías necesarias de continuidad al trabajo realizado en la Unidad.
6. Pacientes sin patología orgánica o psiquiátrica grave o aguda que impida o dificulte el abordaje en la Unidad.



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

C. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE PACIENTES.

GERENCIA

1. Que no cumplan los criterios de inclusión.
2. Pacientes que puedan estar coartados en su libre decisión de acometer el tratamiento.

D. NORMAS DE RÉGIMEN INTERIOR DE LA UNIDAD.

1. Previo el ingreso se concertará una cita con el paciente a través del Equipo de Enfermería de la Unidad a efectos de:

- a) Formalizar la Historia de Enfermería.
- b) Informar al paciente de los objetivos, características y normas de régimen interior de la Unidad.
- c) Explicación del Contrato Terapéutico.
- d) Entrevista con Médico Internista.

2. El día del ingreso sólo debe traer:

- Dos chandal.
- Unas zapatillas.
- Pantalón y camisa de deporte.
- Unos tenis.
- Tres mudas de ropa interior.
- Tres camisetas de manga corta.
- Dos cartones de tabaco (precintados).
- Dinero para prensa (máximo 1.000 pesetas).

El personal de Enfermería registrará todas las pertenencias referidas y las depositará en el armario de su habitación.

El dinero se entregará a Enfermería quien lo administrará.

3. Al ingreso se retirará la ropa, zapatos y demás pertenencias personales que lleve puesto, que se le devolverán en el momento del alta. Durante el ingreso sólo utilizará pijama de la Unidad o chandal, a criterio de Enfermería.

4. No se podrá fumar en los pasillos, zonas comunes del Hospital, ni en la cama. Cada mañana se entregará al paciente un paquete de cigarrillos que deberá dosificar hasta el día siguiente por la mañana.



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

6. No se entrará nunca en la Unidad de Enfermería.

GERENCIA

7. El uso de la terraza de la Unidad estará regulado por Enfermería.

8. Se mantendrá la habitación y espacios comunes ordenados y limpios. Se harán sus propias camas y se lavarán sus propios utensilios de comida y ropa.

9. Participarán en todas las actividades programadas para cada día, debiendo cumplir con el horario fijado.

10. Esta normativa está integrada en el apartado 11) del Contrato Terapéutico y es de obligado cumplimiento.

E. MODELO DE CONTRATO TERAPÉUTICO.

"El equipo sanitario que le va a atender se compromete a hacerlo con la máxima profesionalidad y respetando totalmente el secreto profesional. Esta Institución es de carácter abierto: el ingreso es totalmente voluntario."

El abajo firmante desea ser sometido con carácter voluntario a un tratamiento de desintoxicación y acepta libremente las normas siguientes:

1. Durante la hospitalización y el alta, podrán ser revisadas las pertenencias personales con la finalidad de descartar la presencia de algún tipo de fármaco o droga.

2. Está prohibido consumir o tener cualquier tipo de medicamento que no sea prescrito por su equipo médico, cualquier tipo de bebida alcohólica o cualquiera de las sustancias tipificadas como droga.

3. El hallazgo de medicamentos, bebidas alcohólicas o sustancias tipificadas como drogas en el momento del ingreso, supone una intención de no respetar las normas de este contrato e implica que el ingreso no se realizará.

4. En ningún caso se facilitará información respecto a los medicamentos que se le administren durante su ingreso.



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

GERENCIA 5. En ningún caso se podrá salir de la Unidad. Cuando por razones terapéuticas sea necesario, se hará acompañado por el personal autorizado.

6. Durante toda la estancia el paciente no podrá recibir visitas llamadas telefónicas, ni enviar o recibir correspondencia, así como recibir del exterior ni comprar: alimentos, bebidas, ni objetos de ningún tipo.

7. Diariamente se le recogerá una muestra de orina en presencia del miembro del equipo de Enfermería.

8. Se respetarán las instalaciones de la Unidad y cualquier deterioro intencionado puede suponer el alta del paciente.

9. Todo comportamiento o actitud manipuladora o negativa que distorsione la dinámica grupal, pese a que no se infrinja ninguna norma de las antes mencionadas, puede ser motivo de alta.

10. El paciente que incumpla cualquiera de estas normas será dado de alta. La expulsión podrá ser ordenada por cualquier miembro de la Unidad.

11. El paciente debe atenerse al resto de las normas generales de la Unidad y del Hospital.

12. El alta voluntaria, la evasión o expulsión por incumplimiento del presente contrato implica la imposibilidad de volver a ingresar hasta transcurridos **SEIS MESES**



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

**CONTRATO TERAPÉUTICO PARA EMBARAZADAS CON FINALIDAD DE ESTABILIZAR
GERENCIA DE DÓISIS DE METADONA.**

1. Aceptación y firma del Contrato Terapéutico de la Unidad.
2. Existencia de coordinación con un programa de control de embarazo.
3. Coordinación al alta con un programa de control de uso de Metadona.

F. CRITERIOS DE PRIORIDAD.

1. No se ingresará a parejas juntas, en cuyo caso se programará el día de alta al ingreso prioritario del segundo miembro de la pareja (a estudiar).
2. Embarazada que se programe ingreso para iniciar sustitución de dependencia por Metadona en dosis ajustada para su mantenimiento a lo largo del embarazo.
3. Embarazada que cumpla criterios para ingreso y desintoxicación.

G. DURACIÓN PROMEDIO DE LAS ESTANCIAS DE PACIENTES.

Se estima una estancia media de 15 días.

H. ALTAS.

- Evasión de la Unidad.
- Altas clínicas por remisión del síndrome de abstinencia comprobado tras la administración de Naloxona.
- Alta voluntaria.
- Alta forzada por incumplimiento de Contrato Terapéutico.

I. CRITERIO DE REINGRESO.



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

GERENCIA

J. PAUTA TERAPÉUTICA PARA DEPENDENCIA A OPIÁCEOS.

1. Pauta sintomática.
2. Pauta metadona.
3. Pauta agonista α_2 adrenergicos.
4. Pauta agonista α_2 adrenérgicos/Parte sintomática.
5. Pauta metodana/agonista α_2 adrenérgicos.
6. Pauta metadona/pauta sistomática.

K. PAUTA TERAPÉUTICA PARA DEPENDENCIA A COCAINA.

1. Pauta sintomática.

L. CRITERIOS PARA EL SCREENING DE PATOLOGÍA ORGÁNICA.

- Anamnesis general.
- Anamnesis dirigida.
- Exploración física y pruebas complementarias de rutina.
- Exploraciones complementarias que se consideren oportunas con vistas a diagnosticar y tratar adecuadamente las entidades patológicas que se presenten.
- La anamnesis dirigida que se llevará a cabo recogiénose según información obtenida e interrogándose sobre los antecedentes o presencia de:
 1. E.T.S.
 2. Hepatitis viral.
 3. Endocarditis infecciosa.
 4. Infecciones de partes blandas: celulitis, absesos, tromboflebitis, linfangitis,
 5. Foliculitis.
 6. Artritis séptica.
 7. Osteomielitis.
 8. Adenopatías.
 9. Osteocondritis.
 10. Alteraciones en la visión: endoftalmitis, vasalitis, embolismo de arterias retinarias.
 11. Infecciones pulmonares: neumonía, absceso de pulmón



EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE

Hospital General y Clínico de Tenerife

Universidad de La Laguna

GERENCIA

14. Infecciones del S.N.C.; Meningitis, absceso o epidermal.
15. Mielitis.
16. Polineuritis y otras neuropatías periféricas.
17. Nefropatía (glomerulonefritis, insuficiencia renal aguda).
18. Pancreatitis.
19. Impotencia, pérdida de la libido.
20. Disminorrea, amenorrea, disminución del tamaño mamario.
21. Enfermedad inflamatoria pélvica.
22. Patología obstétrica (mortalidad perinatal, abortos, prematuridad, placenta previa).

- Pruebas complementarias rutinarias para todo paciente ingresado:

1. Hemograma completo con VSG.
2. Proteínas totales y proteinograma.
3. GOT, GPT, LDH, Fosfatasa alcalina, Gammaglutamil transpeptidasa.
4. Ionograma (Na, K, Ca, P, Cl).
5. Perfil bioquímico (A. úrico, BUN, Creatinina, Glucemia basal, Colemia, Colesterol, Triglicéridos).
6. Orina: Anormales y sedimento.
7. Radiografía PA y L de tórax y abdomen simple.
8. EKG.
9. Mantoux.
10. VDRL.
11. Ac anti HIV.
12. HBcAc.

NOTA: El paciente debe cumplimentar en el Servicio de Admisión todos los trámites hospitalarios habituales para su ingreso.



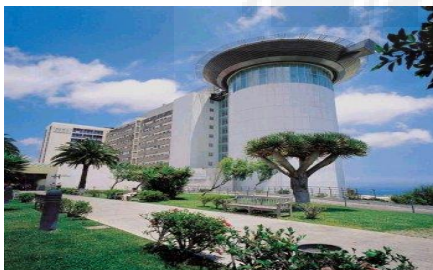
**Gobierno
de Canarias**



**Servicio
Canario de Salud**

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

Protocolo de derivación a Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Canarias



Hospital Universitario de Canarias



Hospital Dr. Jose Molina Orosa



Hospital Dr. Negrin

Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

1.- INTRODUCCION

El III Plan Canario sobre Drogas, establece entre sus estrategias:

“La elaboración de protocolos de actuación y derivación hacia la Atención Especializada de Salud”, así como “Disponer de un número de plazas de internamiento adaptado a la demanda” y “Definir los recursos y programas que integran la red asistencial para optimizar la coordinación”.

La primera etapa del proceso terapéutico que debe afrontar un drogodependiente para comenzar su rehabilitación, es la **desintoxicación**.

Habitualmente suele realizarse de forma ambulatoria, residiendo el paciente en su propio domicilio. Sin embargo, cuando las circunstancias personales, sociales y familiares no hacen posible el abordaje terapéutico de forma ambulatoria, podría ser necesario el ingreso en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H.).

El III Plan Canario sobre Drogas reconoce la necesidad de este tipo de unidades dentro de un programa global de atención a las drogodependencias, dirigido además de la desintoxicación, a la plena rehabilitación e integración social del paciente.

Las UDH constituyen el entorno terapéutico adecuado para cierto perfil de drogodependientes que por sus circunstancias psicosociales y familiares no son abordables en otro recurso asistencial. Atienden a pacientes en los que confluyen una serie de circunstancias y que cumplan criterios de ingreso para la desintoxicación de su dependencia.

Las UDH forman parte de la Red Asistencial de Utilización Pública (RAUP).

El acceso es universal (con las limitaciones y condiciones que establece el REAL DECRETO LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y las de la Orden de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, en concordancia con este Decreto) y financiado

públicamente, efectuándose las derivaciones desde otros recursos de atención a las drogodependencias.

En el momento actual, son 16 las plazas en funcionamiento, distribuidas en la UDH del Hospital Universitario de Canarias de Tenerife (8 camas), el Hospital Dr. José Molina Orosa de Lanzarote (4 camas) y la UDH de Gran Canaria (4 camas) en el Hospital Dr. Negrín. Todos ellos hospitales públicos.

La designación de estos hospitales se ha realizado, atendiendo a criterios geográficos, de densidad de población y existencia de núcleos de riesgo.

2.- DEFINICION de UDH

Las **Unidades de Desintoxicación Hospitalarias** (UDH) son espacios cerrados, integrados en hospitales generales de la Red Asistencial de Utilización Pública del Servicio Canario de la Salud, con las instalaciones necesarias que permiten la desintoxicación física de cualquier dependencia a drogas, así como la realización de distintas actividades y el desarrollo de unas adecuadas relaciones interpersonales entre pacientes y equipo técnico de la unidad. Es un recurso de apoyo a la Red Asistencial de Atención a las Drogodependencias en Canarias.

3.- OBJETIVOS DE LA UDH

OBJETIVO GENERAL

Realizar la DESINTOXICACION completa, parcial o selectiva de sustancias adictivas, en aquellos pacientes cuyas características no permiten una desintoxicación ambulatoria, efectuar intervenciones terapéuticas que requieren un entorno de vigilancia médica y preparar al paciente para garantizar la continuidad del proceso en el retorno del paciente a la red ambulatoria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

.- **Tratamiento farmacológico de la dependencia física, de manera selectiva,** para cada tipo de droga o combinaciones de diferentes drogas.

.- **Tratamiento de las complicaciones orgánicas y psiquiátricas** relacionadas con la drogodependencia.

.-**Desarrollo de la motivación, hacia un programa de DESHABITUACIÓN**

.-**Formación y educación sanitaria, promoviendo estilos de vida más saludables** e información sanitaria sobre las patologías que con mayor frecuencia afectan a esta población.

4.- CRITERIOS DE ADMISION DE PACIENTES

A propuesta del equipo terapéutico de la UAD, se produce la remisión para el ingreso en la **Unidad de Desintoxicación Hospitalaria, previa decisión voluntaria del paciente** (aunque también podrían producirse ingresos motivados por órdenes de la autoridad judicial).

Los criterios de admisión son:

- a) Que **el paciente manifieste su deseo expreso de desintoxicación** de la drogodependencia.
- b) **Fracaso de los tratamientos ambulatorios previos.**
- c) **Pacientes motivados para la desintoxicación**, que no dispongan de apoyo en el entorno familiar.
- d) Que exista **coordinación**, con el recurso emisor y/o receptor, **para continuar hacia un tratamiento de deshabituación, tras el alta de la UDH.**
- e) **Compromiso expreso y firmado de cumplir el contrato terapéutico de la UDH**
- f) **No estar en fase aguda de patología psiquiátrica o médica grave.**

- g) **Pacientes con dependencia a cualquier tipo de sustancias, derivados desde una Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD) u otro recurso** de la red de atención a las drogodependencias en Canarias, que cumplan alguna/s de las indicaciones de ingreso.

5.- INDICACIONES DE INGRESO

Estabilización de pacientes:

- a) **.-En Programa de Metadona que mantienen consumos de otras múltiples sustancias**, alcohol, Benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, etc.; dada la necesidad requerida de desintoxicación selectiva con apoyo farmacológico supervisado, reevaluación y adaptación de las dosis de Metadona, para el mantenimiento ulterior al alta. No se admiten pacientes con dosis diarias de > 20 mgr., de metadona.
- b) **.-Que presentan complicaciones orgánicas asociadas;** diabetes, hepatopatías, nefropatías, EPOC, epilepsia, etc.; siempre que dichas complicaciones **no estén descompensadas o en situación de agudización** (a efectos de evitar el ingreso como "puerta falsa").
- c) **.-Que presentan complicaciones psiquiátricas o psicopatológicas** que se encuentran compensados o en remisión con tratamiento. En estos casos, de plantearse la desintoxicación, debieran hacerlo en un ámbito controlado y supervisado sanitariamente, incluida la desintoxicación de metadona, debido al riesgo que implica de desestabilización y reagudización psicopatológica.
- d) **.-Alcohólicos descompensados** o los que presentan **dependencia mixta alcohol / BZD** y aquellos que **abusan de alprazolam**. Estos pacientes podrían presentar comportamientos muy disfuncionales por la falta de control de impulsos; y por efectos derivados de los síndromes de abstinencia a estas sustancias.

Nota: Debido a que la UDH de Lanzarote no realiza desintoxicación al alcohol, los pacientes de esta isla, así como los de Fuerteventura, serán derivados a la UDH del Dr. Negrín (Gran Canaria), como centro de referencia.

e) **.-En pacientes embarazadas**, en el caso de que la dependencia fuera a heroína, la indicación debería ser mantenimiento con metadona durante toda la gestación, no obstante, de insistir la paciente en la desintoxicación, ésta debe efectuarse entre el 3º y 7º mes de gestación.

f) **.-Menores dependientes a drogas o que abusan de múltiples sustancias**, debieran preferentemente desintoxicarse en las UDH, dada la ausencia de límites a nivel familiar, que suele acompañar siempre el trastorno por uso de sustancias a edades tempranas.

Nota: Con efecto temporal y hasta nueva comunicación, en el Hospital Dr. José Molina Orosa (LANZAROTE) y Dr. Negrín (Gran Canaria) no se admiten ingresos de menores de 18 años. En estos casos serán derivados a la UDH de Tenerife. El contrato terapéutico lo firma el padre y los avisos se hacen a través de su padre/madre (o a través de la persona que ostente la patria potestad del menor).

a) **.-Que precisen cambios de un opiáceo a otro en pacientes con especiales situaciones de riesgo.** Contemplar la posibilidad de inducciones de tratamiento con Brupenorfina/Naloxona en aquellos casos en que estuviese indicado.

Criterios de prioridad:

- Mujeres embarazadas, entre el 3º y 7º mes de gestación
- Menores dependientes a drogas o que abusa de múltiples sustancias
- Por Orden de la Autoridad Judicial (orden de Juez de Guardia o Autoridad Competente)
- Pacientes motivados para la desintoxicación, que convivan con otros adictos sin tratamiento: parejas, hermanos, etc.
- Previsión de ingreso en comunidad terapéutica

6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN A INGRESO

.-**Trastornos de la personalidad antisocial.** Estos pacientes serán tratados conjuntamente por la Unidad de Salud Mental y la UAD correspondiente.

.-**Grave descompensación física en el momento del ingreso.**

.-**Solicitud de ingreso con demanda de proceso orgánico agudo** que se hace desde los servicios de urgencia hospitalarios (a efectos de evitar la entrada por "puerta falsa").

Todas las exclusiones de ingreso, por parte de las UDH, deberán ser justificadas, conllevarán un informe motivando las causas del rechazo. Dicho INFORME deberá ser remitido tanto al centro solicitante como al Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias.

El paciente es responsabilidad del centro ambulatorio del que es usuario hasta el momento de ingreso en la UDH. El centro remitente esta obligado a informar (de manera fehaciente) a la UDH de destino, si en el plazo de tiempo desde la solicitud hasta el momento de ingreso han cambiado alguna de las circunstancias que motivaron la solicitud de ingreso.

El profesional derivador para ingreso en UDH, debe valorar las circunstancias concurrentes previas a la derivación a la unidad.

7.- PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO

a.- **SELECCIÓN DE PACIENTE CON INDICACION DE INGRESO** para UDH (según las indicaciones del apartado 5 de este protocolo).

b.- **Remisión PROPUESTA DE INGRESO** desde el recurso de la Red Asistencial de Utilización Pública, a la UDH de referencia. Se remite la propuesta de ingreso acompañando el informe médico, psicológico y social (ejemplo de un posible modelo de informe médico en **ANEXO 1**).

Nota: Unidades de referencia:

.-para la Provincia de Tenerife: HUC,

.-para la isla de Gran Canaria y pacientes con adicción al alcohol y menores de la provincia de Las Palmas: Hospital Dr. Negrín.

.-para el resto de adicciones de las islas de Lanzarote y Fuerteventura, hospital Dr. José Molina Orosa.

c.- **INFORMAR AL PACIENTE DE LAS CONDICIONES DE INGRESO Y RESPONSABILIDADES**, que debe cumplir en la Unidad. Se le entrega por parte del centro derivador:

- lo que debe y no debe de llevar el día del ingreso.
- se informa de sus derechos y obligaciones. Se entrega por escrito una carta de DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.

d.- **LA UDH COMUNICA LA ACEPTACIÓN DE INGRESO** al recurso derivador, también se indica día y hora en la que previamente deberá acudir el paciente para entrevista médica. En pacientes de isla diferente a donde se ubica la UDH, la entrevista se efectuará el mismo día del ingreso. Una vez comprobado por la UDH la indicación de ingreso, se **indica día y hora de entrada en la unidad**, telefónicamente o en su defecto por correo electrónico u ordinario o cualquier otro medio que resulte idóneo.

Cuando el ingreso del paciente precise traslado a una UDH de isla diferente a la de su residencia, se remitirá copia de la comunicación al recurso remitente (con la

antelación suficiente para que puedan tramitar la compra de billetes para el desplazamiento del paciente).

Desde la UDH se les llamará (48 horas antes, por parte de enfermería) para confirmar que acudirá al ingreso. De esta manera se podrá (en caso de que este paciente decida no ingresar), avisar a otro paciente que este en lista de espera, evitando que queden camas desocupadas.

e.- **EL DIA DEL INGRESO:** los pacientes acuden a la hora indicada, directamente a la UDH. Es muy importante que la acogida del paciente a la Unidad la realice el médico, ya que en el momento de la transferencia del paciente a un equipo terapéutico "nuevo" hay una "alta sensibilidad" siendo este punto de transición especialmente sensible a la ruptura del tratamiento en muchos pacientes.

.- Se realizará entrevista con enfermería, para la firma del **contrato de compromiso terapéutico** (propio de cada Unidad) que implica la aceptación de las normas de funcionamiento de la UDH.

.- Se revisarán todas sus pertenencias con la finalidad de descartar la presencia de algún tipo de fármaco o droga,

.-Se presentará al resto de los pacientes ingresados en la unidad.

8.- INDICACIONES DE ALTA

El tiempo de estancia lo determinará el objetivo por el que se haya indicado el ingreso en la unidad.

Una vez finalizado el tratamiento en la UDH, el paciente será derivado nuevamente a la UAD u otro recurso asistencial, para el seguimiento y abordaje de las fases posteriores del tratamiento (rehabilitación y normalización).

La UAD responsable del paciente, coordinará con la UDH el disponer de una cita en el centro receptor el mismo día del alta.

Las altas de la UDH pueden ser de distintos tipos:

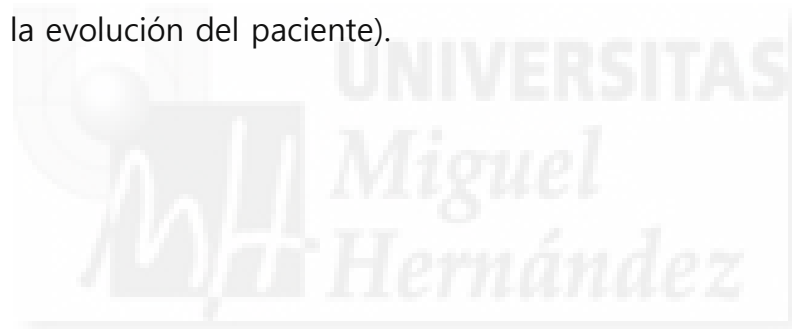
- **Alta Terapéutica:** Cuando se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos propuestos.
- **Alta Voluntaria:** Cuando el paciente decide abandonar el tratamiento sin finalizar su proceso terapéutico.
- **Alta Disciplinaria:** Por incumplimiento grave de las Normas de Régimen Interno (ejemplo: pacientes con conductas disruptivas y querulantes que pongan en riesgo el clima asistencial de los usuarios y/o profesionales).
- **Alta Derivada:** Cuando el paciente es derivado a otros dispositivos asistenciales antes de finalizar el tratamiento debido a circunstancias ajenas al paciente y al equipo (causas familiares, sanitarias o judiciales). Cuando finalicen estas circunstancias, el paciente podrá continuar con su tratamiento, produciéndose su reingreso con ocasión de la primera plaza vacante en la Unidad.

Al alta terapéutica, la UDH enviará el **INFORME DE ALTA**, por un medio de comunicación que asegure la trasmisión confidencial de la información, al terapeuta de referencia.

En caso de alta voluntaria o disciplinaria, se informará (de manera fehaciente) a la unidad remitente, expresando los motivos de la misma y así mismo comunicará todas las incidencias que surjan, a efectos de ser tenidos en cuenta (especialmente para evitar ingresos reiterados tras altas voluntarias no justificadas).

El facultativo de la UDH responsable del paciente, debe emitir junto con el informe de alta, las recetas (en formato del SCS) de cuanta medicación haya pautado como tratamiento de continuación del paciente (al menos para los 2 meses siguientes al alta).

En el caso de que las desintoxicaciones se realicen en dos fases, en el momento del alta, la UDH deberá concretar la fecha del siguiente ingreso, sin que sea necesaria una nueva derivación desde las UAD. En el período comprendido entre el alta y el siguiente ingreso, son las UAD responsables de hacer el seguimiento del paciente (quienes podrían informar acerca de la pertinencia o no del siguiente ingreso, en función de la evolución del paciente).



ANEXO 4: CONTRATO TERAPÉUTICO

UHTD

CONTRATO TERAPÉUTICO

El equipo sanitario que le va a atender, se compromete a hacerlo con la máxima profesionalidad, y garantiza por parte del mencionado equipo la más absoluta reserva en todo lo concerniente a usted y a su historia clínica.

El abajo firmante desea ser sometido, con carácter VOLUNTARIO, a un tratamiento de desintoxicación, y acepta libremente las siguientes NORMAS:

1.- En el momento de su ingreso la ropa, maleta, objetos personales y el propio paciente serán revisados, pudiendo utilizarse cualquier técnica de registro que el equipo de enfermería considere oportuna, a fin de descartar la presencia de cualquier tipo de droga, fármaco o alcohol. Asimismo, este registro podrá ser llevado a cabo en cualquier momento durante su estancia o alta, a criterio del equipo terapéutico.

2.- La ropa que viste el paciente en el momento del ingreso, así como la documentación, será retenida bajo llave hasta que el paciente sea dado de alta, momento en el que se devolverá.

3.- Como es obvio, está totalmente prohibido el consumo o tenencia de cualquier medicamento que no sea prescrito por el equipo médico de la UHTD, cualquier tipo de bebida alcohólica o cualquiera de las sustancias tipificadas como droga. El hallazgo de cualquiera de los productos mencionados durante su ingreso o estancia en la Unidad, implicará la no realización del ingreso, o bien, su inmediata alta forzosa.

4.- El régimen de hospitalización en la UHTD es de AISLAMIENTO, lo que supone que el paciente no podrá recibir ni cursar visitas, llamadas telefónicas ni correspondencia, así como recibir del exterior ni comprar alimentos, bebidas ni objetos de ningún tipo. Tampoco podrá mantener contactos verbales con familiares o conocidos que ocasionalmente pueda encontrar durante las salidas, que siempre se realizarán acompañado del personal de la Unidad.

5.- Diariamente se le recogerá una muestra de orina en presencia de un miembro del equipo de enfermería. Asimismo, durante su ingreso le serán practicadas una o más extracciones de sangre a fin de realizar los controles analíticos necesarios.

6.- En ningún caso se facilitará información respecto a los medicamentos que se le administren durante su estancia. No se permitirá ninguna manipulación de la medicación, así como preguntas acerca de la misma.

7.- Cada mañana se entregará al paciente un paquete de cigarrillos que deberá dosificar hasta el día siguiente por la mañana. El paciente únicamente podrá fumar en la terraza, quedando prohibido hacerlo en las habitaciones y sala común, así como en el resto de instalaciones del Hospital. La administración del tabaco de cada paciente, así como su dinero, estará a cargo del equipo de enfermería.

8.- La higiene personal - ducha o baño diarios, así como el cepillado de dientes- es obligatorio. Se mantendrá la habitación y los espacios comunes ordenados y limpios. No se podrá guardar ningún tipo de alimentos en las habitaciones. El paciente hará su propia cama y lavará sus propios utensilios de comida y ropa. Se respetarán las instalaciones de la Unidad, y cualquier deterioro intencionado puede suponer el alta forzosa del paciente.

9.- El horario de actividades, comidas, siesta, sueño nocturno, utilización de terraza, etc... será el marcado por el equipo de enfermería, siendo obligatorio el cumplimiento estricto del mismo. El uso de cada habitación está permitido a los ocupantes de la misma, quedando consecuentemente prohibido permanecer en otra habitación que no sea la suya propia. Está asimismo prohibido permanecer en la cama fuera del horario para ello destinado. La ropa de la cama es para utilizar sólo en la misma, no pudiéndose usar en sillones, sofá ni espacios comunes. Tampoco se permitirá la entrada en el office y despacho del personal, salvo invitación expresa en ese sentido.

10.- Todo comportamiento o actitud manipuladora o negativa que distorsione la dinámica grupal, pese a que no se infrinja ninguna norma de las antes mencionadas, puede ser motivo de alta forzosa.

11.- El paciente debe atenerse al resto de las normas generales del Hospital Universitario de Canarias. El incumplimiento de cualquiera de las normas contempladas en el presente contrato será motivo de alta forzosa. El alta forzosa podrá ser ordenada por cualquier integrante del equipo terapéutico.

12.- La evasión o alta forzosa por incumplimiento del presente contrato implica la imposibilidad de solicitar ingresar hasta transcurridos SEIS MESES. El alta voluntaria implica la imposibilidad de solicitar ingresar hasta transcurridos TRES MESES.

NOMBRE Y APELLIDOS.....
D.N.I..... La Laguna, a..... de.....de 20.....

ANEXO 5: HOJA INFORMATIVA

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria

Para el ingreso en la Unidad deberá traer ropa cómoda (ropa interior, pantalones tipo chándal, camisetas, pijama, tenis, zapatillas, ropa de abrigo si fuese necesario,) para una semana aproximadamente, que pueda caber en una maleta o bolso de tamaño mediano.

Si se continua el tratamiento en Comunidad Terapéutica, evitar traer la maleta de Comunidad a la UHTD. En caso de traerla, la ropa y demás enseres deberán estar en otra maleta aparte. No se podrá hacer uso de la misma durante el ingreso en nuestra Unidad.

En caso de ser fumador, traer un cartón de tabaco precintado.

Recomendamos traer su propio material de aseo: no están permitidos los perfumes o desodorantes y demás productos de higiene y/o cosmética que contengan alcohol (alcohol denat si está autorizado) ni en recipiente de cristal y/o spray. Procurar traer desodorante en formato roll-on.

Los utensilios cortantes o punzantes tales como tijeras, cortauñas, maquinillas de afeitar...serán almacenados en una taquilla bajo control del personal de la Unidad. No se permite el uso de cinturones mientras esté en la unidad.

No se permitirá el uso de teléfonos móviles, tablets, Mp3, radios, libros electrónicos o similares, etc., así como objetos de valor.

El personal de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria no se hace responsable de la pérdida o extravío de cualquier efecto personal.

No olvide traer el **DNI** y la **Cartilla de la Seguridad Social**.

La Unidad de Desintoxicación **NO** tiene visitas, los pacientes permanecerán en régimen de aislamiento durante el tiempo de ingreso. El contacto de los familiares será exclusivamente a través del personal de enfermería, que realizará llamadas a los teléfonos previamente acordados y autorizados por el paciente para dar información; y nunca directamente con el paciente.

NO se atenderán llamadas a la Unidad solicitando información de un paciente ingresado, según la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal** (LOPD).

**Para cualquier información, el
teléfono de la Unidad es:**

922 67 81 31

