

INFORME ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES. 2019

Sistema de Información sobre Drogas del Principado de Asturias–SIDRO–
Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias



Dirección General de Salud Pública



Autores

Antón González Fernández, Sociólogo

Luisa González Gutiérrez, Trabajadora Social

Alejandra Menéndez Robledo, Trabajadora Social

Octubre 2020

Depósito legal.: AS. 01860-2020

1. PRESENTACIÓN
2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
 - 2.1. Sexo y Edad
 - 2.2. Lugar de Nacimiento
 - 2.3. Área Sanitaria
 - 2.4. Lugar de residencia
 - 2.5. Hijos a cargo
 - 2.6. Estado civil
 - 2.7. Convivencia
 - 2.8. Nivel de estudios
 - 2.9. Situación laboral
 - 2.10. Fuente de ingresos económicos
 - 2.11. Situación jurídico-penal
3. DROGA / ADICCIÓN
 - 3.1. Droga o adicción principal de admisión a tratamiento
 - 3.2. Años de consumo y Edad de inicio de la droga que provoca la admisión
 - 3.3. Vía de administración de la droga que provoca la admisión
4. TRATAMIENTO
 - 4.1. Fuente de referencia
 - 4.2. Tratamiento previo
 - 4.3. Tipo de tratamiento
 - 4.4. Tratamiento con sustitutivos opiáceos
5. INYECCIÓN Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS
 - 5.1. Uso de vía inyectada
 - 5.2. Realización test VIH
 - 5.3. Estado serológico frente al VIH
 - 5.4. Realización test hepatitis C
 - 5.5. Estado serológico hepatitis C
 - 5.6. Estado serológico hepatitis B
 - 5.7. Diagnóstico psiquiátrico
 - 5.8. Antecedentes familiares
6. ALTA
7. ESTADO DE SALUD
 - 7.1. Estado de salud inicial
 - 7.2. Estado de salud inicial y su relación con otras variables
 - 7.3. Pérdida de salud provocada por las adicciones
 - 7.4. Ganancia en salud al Alta
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
 - 8.1. Comparativa del perfil de las personas a tratamiento según el sexo
 - 8.2. Conclusiones
 - 8.3. Recomendaciones

1. PRESENTACIÓN

En 2018 el Plan sobre Drogas para Asturias a través del Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas –ODABAPA- impulsó la puesta en marcha del Sistema de Información sobre Drogas –SIDRO-, como plataforma on line de registro de casos admitidos a tratamientos por adicciones en la red de centros y recursos de tratamiento de deshabituación e incorporación social de nuestra comunidad autónoma. El objetivo de la puesta en marcha de ésta herramienta es mejorar y modernizar la recogida de información sobre adicciones para dar cumplimiento adecuado a lo establecido en la *Ley 5/2015 de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas* en lo que respecta a la obligación de informar que tienen las entidades y profesionales que prestan atención en materia de adicciones a la Consejería competente en la materia sobre los datos que obtengan como resultado de sus actividades, a los efectos de control y vigilancia epidemiológica (Artículo 51), y al objetivo del ODABAPA de proporcionar una visión de conjunto del fenómeno de las adicciones, recopilando de todos los agentes implicados la información que éstos posean (Art. 52.e).

La puesta en marcha de ésta herramienta de registro on line permite disponer de datos en tiempo real de la carga asistencial que soporta la red privada y/o concertada de recursos para el tratamiento de las adicciones sobre el indicador **Admisiones a Tratamiento**, que junto con los de Mortalidad y Urgencias relacionadas con el consumo de drogas, forman el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías –SEIT- puesto en marcha por el Plan Nacional sobre Drogas en 1987.

La plataforma SIDRO es fundamental como herramienta para evaluar el impacto epidemiológico de las adicciones en la población de Asturias porque en nuestra comunidad autónoma, como en el resto de España, el servicio especializado de salud mental del Servicio de Salud –SESPA-, no realiza terapias de deshabituación ni de incorporación social, limitando sus funciones a las fases de desintoxicación o de mantenimiento/reducción del daño. Una persona que quiera recibir ese tipo de tratamientos tiene dos opciones; bien acudir a la red pública de salud mental desde la que será derivado a uno de los recursos de deshabituación o de incorporación social con los que la administración tiene concierto de colaboración o bien hacerlo directamente sin pasar por el servicio especializado de salud. En consecuencia y hasta ahora, se carecía de la información referida a éste último grupo de personas. La puesta en marcha de SIDRO nos permite disponer de información sobre las personas que acuden directamente a estos recursos sin pasar antes por la red de salud mental para solicitar ese tipo de tratamientos, lo que completa el vacío existente.

La información aquí recogida corresponde a la explotación de los datos del año 2019, primero completo en el que ha estado operativa la plataforma SIDRO, registrados por 8 entidades que llevan a cabo ésta tarea en Asturias;

-
- *Amigos Contra la Droga de Avilés*
 - *Adsis*
 - *El Valle-APTAS*
 - *ARAI*S
 - *CARITAS*
 - *Colectivo Nacai*
 - *Proyecto Hombre Asturias*
 - *Instituto SPIRAL*.
-

Aunque éstas entidades suponen más del 75% de las plazas disponibles en nuestra comunidad autónoma para el tratamiento de las adicciones y componen un abanico completo del catálogo

de los distintos recursos de tratamiento; desde la desintoxicación, rehabilitación y la deshabituación tanto en régimen residencial, ambulatorio o centros de día, como la incorporación social, **no son todas las que llevan a cabo éstas actividades en Asturias**. Sólo en la medida en que la totalidad de los recursos terapéuticos de deshabituación existentes en nuestra comunidad autónoma registren los casos a tratamiento por adicciones en SIDRO, estaremos en condiciones de tener un conocimiento real de la dimensión y características de las adicciones en Asturias como problema de Salud Pública. El propósito del ODABAPA es mejorar ésta circunstancia en años posteriores.

Como hemos señalado, la hoja de registro de casos admitidos a tratamiento sigue el modelo establecido por el SEIT del Plan Nacional sobre Drogas, e incorpora datos de carácter **sociodemográfico, asistencial, sobre drogas/adicciones y tratamiento**. Como añadido más importante se ha incorporado un estimador de la **Calidad de Vida Relacionada con la Salud** – CVRS- mediante el índice de utilidad **SF-6D en su versión española**ⁱ, índice de bienestar (Index of Well Being, IWB) derivado del SF-36, que junto con el EQ-5D, es uno de los más utilizados y evaluados, adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica.ⁱⁱ

El uso de herramientas de medición de la calidad de vida relacionada con la salud o CVRS como el SF-6D o el EQ-5D en el área de la drogodependencia se ha demostrado como un complemento adecuado para descubrir el **deterioro causado por el uso, abuso o dependencia** de sustanciasⁱⁱⁱ, y también como indicador útil para evaluar los **resultados terapéuticos** en esta población^{iv, v, vi}. En España el SF-6D ha sido utilizado recientemente para medir el efecto de los tratamientos en las personas atendidas por consumo de drogas^{vii, viii}.

Tanto el SF-6D como el EQ-5D además de poseer la cualidad de conciliar la riqueza descriptiva contrastada por la evidencia para determinar la CVRS mediante **índices de utilidad** en una **escala numérica, donde 0 indica muerte y 1 buena salud**, nos permiten calcular el estado de salud en términos de **Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVAC)**. La ventaja de este tipo de medidas es que además de estimar la situación de salud al inicio y al final de tratamiento y por tanto, obtener una medida estandarizada del **impacto de las adicciones y subsidiariamente de los tratamientos en la salud de los pacientes**, pueden ser utilizadas en el ámbito de la evaluación económica y, por tanto, ayudar en la toma de decisiones al respecto^{ix, x}.

2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

2.1. Sexo y Edad

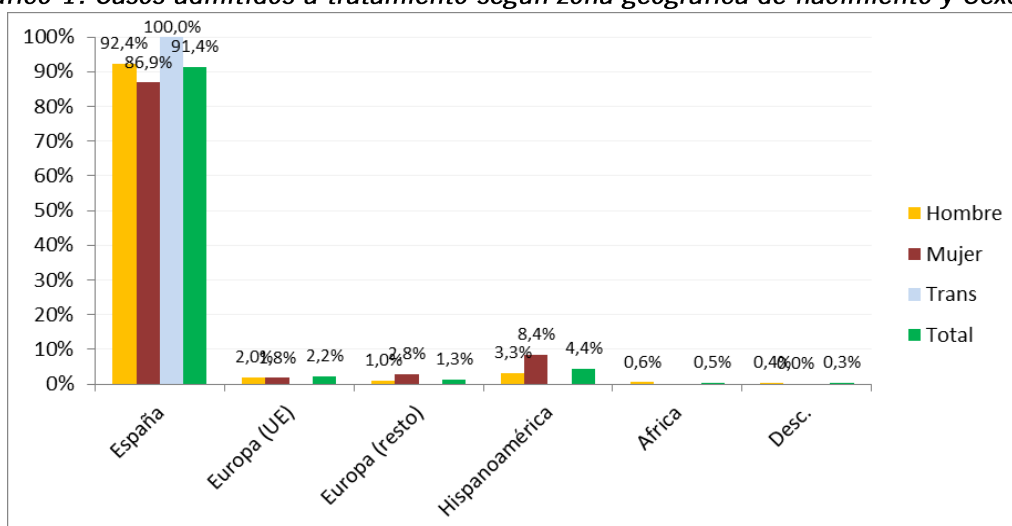
En 2019 se registraron **583** admisiones a tratamiento por consumo de drogas y otras adicciones en el Sistema de Información sobre Drogas (SIDRO) del Principado de Asturias. De ese total, **474** fueron hombres, **107** mujeres y **2** personas están registradas como **transgénero**. La proporción Hombres-Mujeres mantiene la **ratio de 8 a 2**, estable desde hace tiempo.

La **media de edad al inicio del tratamiento** se sitúa en **41 años** en los hombres, **43** en las mujeres y **52** en el género trans.

2.2. Lugar de Nacimiento

Nueve de cada diez personas a tratamiento durante 2019 han nacido en *España*, algo más en el caso de los hombres. Para el resto de zonas geográficas, el porcentaje más alto se registra en *Hispanoamérica*, con cerca de un 5%, en particular en mujeres, que alcanza el 8,4%.

Gráfico 1. Casos admitidos a tratamiento según zona geográfica de nacimiento y Sexo (%)



Por lo que respecta a la **provincia de nacimiento de los nacidos en España**, 8 de cada 10 lo han hecho en *Asturias*, en este caso algo más las mujeres (79,4%) que los hombres (77,6%). Del resto, llegan al 1% o más las provincias de *Madrid* con un 3,3%, seguida de *A Coruña*, *León* y *Cantabria* con un 1%.

2.3. Área Sanitaria

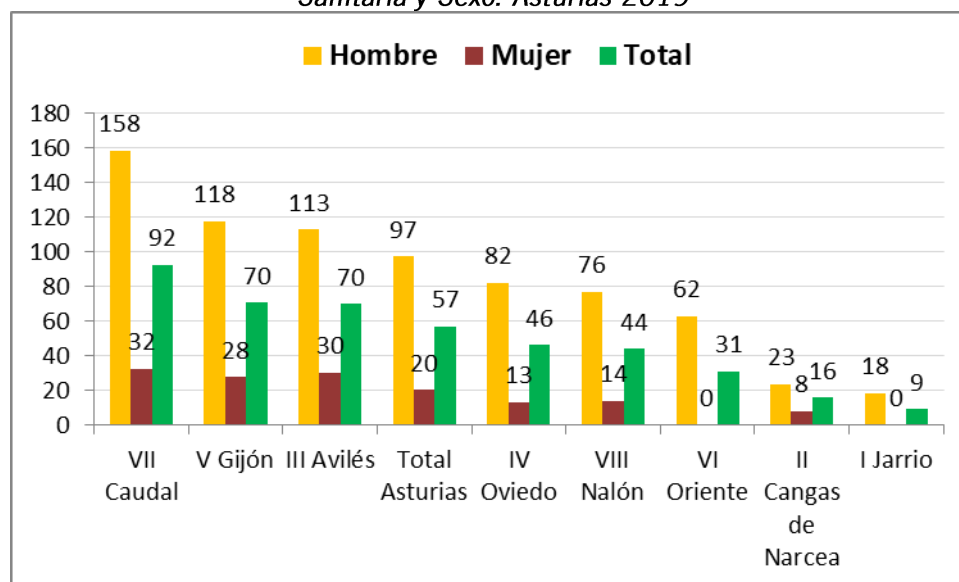
Según el **área sanitaria de adscripción** el grueso de los tratamientos se concentra en las áreas de Gijón y Oviedo que acumulan 6 de cada 10 casos. Siguen a continuación la de Avilés con cerca de 2 de cada 10 y el Caudal con 1. Con aproximadamente la mitad que ésta última aparece el área del Nalón (5,3%). Y por último aparecen las del Oriente, Jarrio y Cangas del Narcea.

Tabla 1. Casos admitidos a tratamiento según área sanitaria de adscripción y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencia				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocida	9	2	0	11	1,9	1,9	0,0	1,9
I Jarrio	4	0	0	4	0,8	0,0	0,0	0,7
II Cangas de Narcea	3	1	0	4	0,6	0,9	0,0	0,7
III Avilés	79	23	0	102	16,7	21,5	0,0	17,5
IV Oviedo	128	23	1	152	27,0	21,5	50,0	26,1
V Gijón	165	43	1	209	34,8	40,2	50,0	35,8
VI Oriente	15	0	0	15	3,2	0,0	0,0	2,6
VII Caudal	45	10	0	55	9,5	9,3	0,0	9,4
VIII Nalón	26	5	0	31	5,5	4,7	0,0	5,3

Por **sexo** es mayor el porcentaje de mujeres en las áreas de Gijón y Avilés y menor en las de Oviedo y Oriente. El número de casos en relación a la población registrada en cada área sanitaria nos permite calcular las **tasas brutas anual de personas admitidas a tratamiento por cada 100.000 habitantes** (Gráfico 2). El total de Asturias registra una tasa de **57 personas a tratamiento por consumo de drogas por cada 100.000 habitantes en 2019**, que sube a **97** en el caso de los hombres y queda en 20 en el de las mujeres. Por área sanitaria están por encima de éstas cifras en primer lugar la VII del Caudal tanto en el total (92*100mil), como en los hombres (158*100mil) y las mujeres (32*100mil), seguida de las de Gijón y Avilés en el total (70*100mil) y en hombres (118 y 113*100mil) y mujeres (28 y 30*100mil) respectivamente.

Gráfico 2. Tasa anual de Casos admitidos a tratamiento * 100.000 habitantes, por Área Sanitaria y Sexo. Asturias 2019



Por debajo de las tasas autonómicas aparece en primer lugar el Área Sanitaria IV (Oviedo) con 46 casos por cada 100 mil habitantes (82 en hombres y 13 en mujeres), la VIII (Nalón) con 44 (76 en hombres y 14 en mujeres) y la VI (Oriente) con 31 (76-0). En los dos últimos lugares aparecen la II (Narcea) con 16 casos por cada 100 mil habitantes (23-8) y I (Jarrio) con 9 (18-0).

2.4. Lugar de residencia

Según el lugar de residencia (Tabla 2) 7 de cada 10 viven bien en *alojamiento propio* o en *alquiler* (35,5 - 34,8% respectivamente). Por sexos hay más mujeres en ambas categorías aunque la diferencia respecto a los hombres es notablemente mayor (+11 p.p.) en el caso del alquiler, aunque no es estadísticamente significativa. Dos de cada 10 residen en *instituciones o en centro penitenciario*, caso éste último en el que el porcentaje de hombres es notablemente mayor (15% vs. 3%). La categoría *Alojamiento inestable/precario* agrupa solamente el 3% de los casos pero es el **doblo en el caso de las mujeres** (5%) que en el de los hombres (2,5%).

Tabla 2. Casos admitidos a tratamiento según lugar de residencia y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	1	0	0	1	0,2	0,0	0,0	0,2
Casa, piso, apartamento propio	167	39	1	207	35,2	36,4	50,0	35,5
Casa, piso, cedido o en alquiler	156	47	0	203	32,9	43,9	0,0	34,8
Centro penitenciario (o similar)	69	3	0	72	14,6	2,8	0,0	12,3
Otra institución	69	12	1	82	14,6	11,2	50,0	14,1
Pensión, hostel, hotel	1	1	0	2	0,2	0,9	0,0	0,3
Alojamiento inestable/precario	11	5	0	16	2,3	4,7	0,0	2,7
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

2.5. Hijos a cargo

Solo 295 de las 583 personas admitidas a tratamiento (50%), declara tener *hijos a cargo*. De ellas (Tabla 3) el 70% lo hace *Con ayuda o responsabilidad compartida* y el otro 30% sin ella. Por **sexo** el porcentaje de mujeres que declara tener *hijos a cargo* y *contar con ayuda o responsabilidad compartida* es **10 puntos porcentuales menos que en el caso de los hombres** y viceversa, aunque las diferencias no son significativas estadísticamente.

Tabla 3. Casos admitidos a tratamiento según Hijos a cargo y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Con ayuda y/o responsabilidad compartida	167	41	1	209	73	63	100	71
Sin ayuda y/o responsabilidad exclusiva	62	24	0	86	27	37	0	29
Total	229	65	1	295	100	100	100	100

2.6. Estado civil

La mitad de las personas admitidas a tratamiento está *soltero/a*, aunque el porcentaje de hombres es 10 p.p superior al de las mujeres (52% vs. 40%). Un 25% tiene *pareja estable* o está *casada* pero aquí también el porcentaje de hombres, con un 27%, es superior al de las mujeres en esta misma situación (20%) (Tabla 4). Las diferencias, estadísticamente significativas ($p=0.005$), son aún mayores en la categoría de *Separado/a, divorciado/a*, aunque en éste caso son más las mujeres, 36%, que los hombres (20%), como también lo es en el caso de mujeres *Viudas* (5%) que de hombres (1%).

Resulta ilustrativo el porcentaje de **hombres** sea siempre mayor en las categorías sin responsabilidades familiares o con un entorno familiar de apoyo y/o cuidado, como *soltero* y *pareja estable*, mientras que en el caso de las mujeres lo sea en las de *separada* o *divorciada* y de *viuda*, es decir, en aquellas que presuponen la ausencia de apoyo por parte de una pareja.

Tabla 4. Casos admitidos a tratamiento según Estado civil y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	2	0	0	2	0,4	0,0	0,0	0,3
Soltero/a	247	43	1	291	52,1	40,2	50,0	49,9
Pareja estable, casado/a	126	21	0	147	26,6	19,6	0,0	25,2
Separado/a, divorciado/a	94	38	1	133	19,8	35,5	50,0	22,8
Viudo/a	5	5	0	10	1,1	4,7	0,0	1,7
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

2.7. Convivencia

Tres de cada 10 conviven *Con padres o familia de origen*, algo menos en el caso de las mujeres (26%). El resto de categorías se distribuyen más o menos equitativamente en torno a dos o uno de cada 10 casos; así se ordenan *En instituciones no detenido* (16%), *Solo/a* (14%), *Detenido* (12%), *Con pareja e hijos* (11%) y *Únicamente con pareja* (11%). Por debajo de esos porcentajes aparece *Únicamente con hijos/as* (3,4%) y *Con amigos/as* (2,2%) (Tabla 5).

Las diferencias entre **sexos**, estadísticamente significativas ($p=0.000$), son importantes en tres categorías, la más destacada se observa en *Únicamente con hijos/as* con el 17% de las mujeres y solo el 0,4% de los hombres. También es considerable en la de *Detenido/a* (15% de los hombres por el 3% de las mujeres) y en la más frecuente de *Con padres o familia de origen* con el 30% de los hombres y el 26 de las mujeres.

Tabla 5. Casos admitidos a tratamiento según Convivencia y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	3	1	0	4	0,6	0,9	0,0	0,7
Solo/a	67	16	0	83	14,1	15,0	0,0	14,2
Únicamente con pareja	52	10	1	63	11,0	9,3	50,0	10,8
Únicamente con hijos/as	2	18	0	20	0,4	16,8	0,0	3,4
Con pareja e hijos/as	54	12	0	66	11,4	11,2	0,0	11,3
Con padres o familia de origen	144	28	0	172	30,4	26,2	0,0	29,5
Con amigos/as	8	5	0	13	1,7	4,7	0,0	2,2
Detenido: centro penitenciario o de inserción social	69	3	0	72	14,6	2,8	0,0	12,3
En instituciones no detenido/a	75	14	1	90	15,8	13,1	50,0	15,4
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

Una vez más se pone de manifiesto que en las categorías de **menor apoyo familiar y/o mayor responsabilidad de cuidados de otros** (*Únicamente con hijos/as*, *Solo/a*) el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres. Por el lado contrario, aquellas en las que se cuenta con **menor responsabilidad y/o más apoyo** como son *Únicamente con pareja*, *Con padres o familia de origen* o aquellas relacionadas con la situación legal (*Detenido*) es mayor el porcentaje de hombres.

2.8. Nivel de estudios

De acuerdo con el nivel de estudios (Tabla 6), tres de cada 10 cuentan con *Educación Primaria Obligatoria*, casi cuatro en el caso de los hombres. La *Secundaria Obligatoria* la han alcanzado también más en el caso de los hombres (3 de cada 10) que en el de las mujeres (2 de cada 10). En los niveles formativos más altos lógicamente el porcentaje es menor (21% en el caso de los *Ciclos Formativos de Grado medio* y entre el 5 y el 6% en los *Estudios Superiores y Postobligatorios*) pero en todos ellos el porcentaje de mujeres es superior al de hombres, llegando a multiplicarlo por tres, como en el caso de los Estudios Superiores. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p=0.047$).

Tabla 6. Casos admitidos a tratamiento según Máximo nivel de estudios alcanzado y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	2	0	0	2	0,4	0,0	0,0	0,3
Sin terminar la EPO	30	6	0	36	6,3	5,6	0,0	6,2
EPO	172	31	2	205	36,3	29,0	100,0	35,2
ESO	133	23	0	156	28,1	21,5	0,0	26,8
Bachiller o ciclo formativo grado medio	98	26	0	124	20,7	24,3	0,0	21,3
Estudios postobligatorios superiores	20	7	0	27	4,2	6,5	0,0	4,6
Superiores	19	14	0	33	4,0	13,1	0,0	5,7
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

2.9. Situación laboral

La categoría laboral con mayor porcentaje es la de *Parado/a, NO habiendo trabajado en los últimos 12 meses* en la que se encuentran 3 de cada 10 personas admitidas a tratamiento, seguida de la de *Parado/a, habiendo trabajado en los últimos 12 meses* con 2 de cada 10. Próxima a ésta proporción también aparece *Indefinido o autónomo*.

Tabla 7. Casos admitidos a tratamiento según Situación laboral y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	1	0	0	1	0,2	0,0	0,0	0,2
Indefinido o autónomo (aunque esté de baja)	88	14	0	102	18,6	13,1	0,0	17,5
Temporal (aunque esté de baja)	34	7	0	41	7,2	6,5	0,0	7,0
Trabajando sin sueldo para la familia	6	3	1	10	1,3	2,8	50,0	1,7
Parado/a, No habiendo trabajado nunca antes	26	8	0	34	5,5	7,5	0,0	5,8
Parado/a, NO habiendo trabajado en los últimos 12 meses	169	33	1	203	35,7	30,8	50,0	34,8
Parado/a, habiendo trabajado en los últimos 12 meses	84	22	0	106	17,7	20,6	0,0	18,2
Incapacitado permanente, pensionista	60	14	0	74	12,7	13,1	0,0	12,7
Estudiando, opositando	6	5	0	11	1,3	4,7	0,0	1,9
Exclusivamente labores del hogar	0	1	0	1	0,0	0,9	0,0	0,2
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

Uno de cada 10 casos está en la situación de *Incapacitado permanente o pensionista* o en la de trabajador *Temporal*. Por debajo de ésta cifra aparecen el resto de categorías; *Parado, no habiendo trabajado nunca antes, Estudiando u opositando, Exclusivamente labores del hogar, o Trabajando sin sueldo para la familia*.

Por **sexo**, las mayores diferencias se observan en *Parado/a, NO habiendo trabajado en los últimos 12 meses* y en *Indefinido o autónomo*, ambas con un 5% más de hombres y en *Parado/a, habiendo trabajado en los últimos 12 meses* con un 3% más de mujeres ($p=0.001$).

2.10. Fuente de ingresos económicos

La principal fuente de ingresos de 1 de cada 4 personas admitidas a tratamiento es una *nómina* (en coincidencia con la suma de las categorías *Indefinido o autónomo + Temporal* de la variable **Situación laboral**). A partir de ahí el panorama es de una precariedad generalizada. Así el 19% no tiene ingresos propios y vive gracias a la *ayuda de familiares y/o amigos* y otro 16% declara *ningún tipo de ingreso* (lo que suma el 35% sin ingresos propios). Otro 14% vive de algún tipo de *Prestación no contributiva* y un porcentaje similar de una *Pensión*. Uno de cada 10 tiene como ingreso una *Prestación por paro*.

Por **sexo**, el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres en estimación puntual en la categoría de *Nómina* (un 7% más) y en la de *Subsidio por excarcelación*, en la que no aparecen mujeres. Por su parte las mujeres doblan el porcentaje de los hombres en la categoría *Salario social básico u otras prestaciones no contributivas*, situación en la que se encuentra una de cada cuatro. En las categorías *Sin ingresos propios; ayuda de familia y amigos* y *Sin ingresos* las diferencias son prácticamente inexistentes (Tabla 8).

Dentro de una situación general complicada desde el punto de vista colectivo, los datos desagregados dibujan una situación aún peor en las mujeres que en los hombres respecto a ésta variable.

Tabla 8. Casos admitidos a tratamiento según Fuente de ingresos económicos y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocidos	1	0	0	1	0,2	0,0	0,0	0,2
Nómina	122	20	0	142	25,7	18,7	0,0	24,4
Prestación por paro	40	8	0	48	8,4	7,5	0,0	8,2
Salario social básico u otras prestaciones no contributivas	57	26	0	83	12,0	24,3	0,0	14,2
Subsidio excarcelación	16	0	0	16	3,4	0,0	0,0	2,7
Pensión	65	14	0	79	13,7	13,1	0,0	13,6
Sin ingresos propios; ayuda de familia/amigos	90	19	1	110	19,0	17,8	50,0	18,9
Ingresos por actividades marginales	7	3	0	10	1,5	2,8	0,0	1,7
Sin ingresos	76	17	1	94	16,0	15,9	50,0	16,1
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

2.11. Situación jurídico-penal

La mayor parte de las personas admitidas a tratamiento *no tienen problemas de tipo judicial* (6 de cada 10). Dos de cada 10 tienen *juicios pendientes*, otro está en situación de *3er grado y condicional* y otro con *Juicios pendientes*.

Por **sexo** las diferencias son relevantes ($p=0.004$), **siempre peor en el caso de los hombres**. Así es mucho mayor el porcentaje de mujeres sin problemas (casi 8 de cada 10 por 5 de cada 10 en el caso de los hombres) y por el contrario el porcentaje de hombres es considerablemente superior en las categorías *Condena*, *Sustitución pena o 3er grado y Condicional*.

Tabla 9. Casos admitidos a tratamiento según Situación Jurídica y Sexo. Asturias 2019

	Frecuencia				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	1	0	0	1	0,2	0,0	0,0	0,2
Sin problemas	266	80	1	347	56,1	74,8	50,0	59,5
3er grado y condicional	41	4	0	45	8,6	3,7	0,0	7,7
Juicios pendientes	86	20	0	106	18,1	18,7	0,0	18,2
Condena	42	2	0	44	8,9	1,9	0,0	7,5
Juicios pendientes y condena	10	0	0	10	2,1	0,0	0,0	1,7
Sustitución pena	28	1	1	30	5,9	0,9	50,0	5,1
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

3. DROGA / ADICCIÓN

3.1. Droga o adicción principal de admisión a tratamiento

Durante 2019 las drogas que mayor número de personas llevaron a tratamiento fueron el *Alcohol* (37%) y la *Cocaína* (32%), sumando ambas 7 de cada 10 casos. El resto se reparte entre *Alcohol+cocaína* y *Cannabis*, ambas con 1 de cada 10, y el resto de sustancias y/o adicciones en menores proporciones; *Opiáceos*, *Heroína+Cocaína* y otros *Trastornos compartamentales sin sustancia*.

Tabla 10. Número de casos admitidos a tratamiento según Droga o Adicción principal y Sexo. Asturias 2019

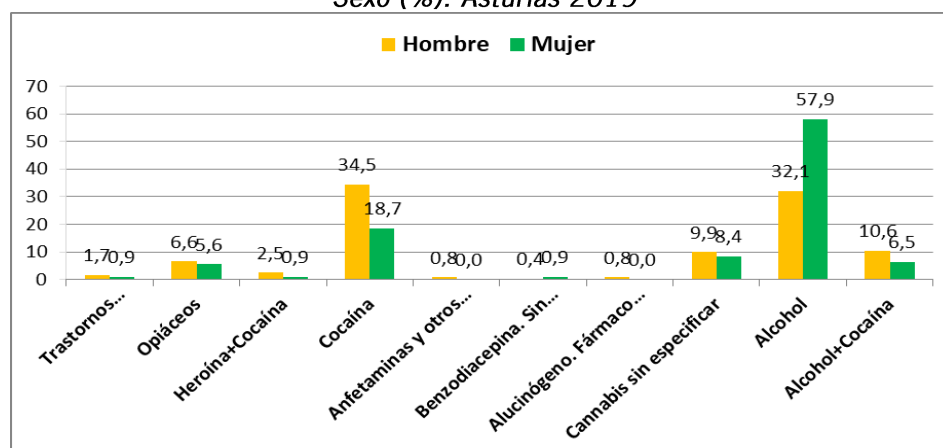
	Hombre	Mujer	Trans
Trastornos comportamentales/sin sustancia	8	1	0
Opiáceos	31	6	0
Heroína+Cocaína	12	1	0
Cocaína	163	20	1
Anfetaminas y otros estimulantes	4	0	0
Benzodiacepina. Sin especificar	2	1	0
Alucinógeno. Fármaco con efecto alucinógeno.	4	0	0
Ketamina			
Cannabis sin especificar	47	9	0
Alcohol	152	62	1
Alcohol+Cocaína	50	7	0
Total	473	107	2

Por **sexo** (Gráfico 3), las diferencias son relevantes en estimación puntual (no se detecta significación estadística). Así el peso del *Alcohol* en las mujeres es considerablemente mayor que en los hombres y prácticamente dobla su proporción; 6 frente a 3 de cada 10. Ocurre al

contrario con la *Cocaína*, que es la droga que provoca la admisión en 3 de cada 10 hombres por 2 de cada 10 mujeres.

La diferencia es considerable también dentro de cada **sexo** así la *Cocaína* y el *Alcohol* llevan a tratamiento prácticamente al mismo porcentaje de hombres (35 vs. 32%). Sin embargo en las mujeres el peso del *Alcohol* es mayoritario y multiplica por 3 la proporción que lo hace por *Cocaína*.

Gráfico 3. Distribución de admisiones a tratamiento según Droga o Adicción principal y Sexo (%). Asturias 2019



En el resto de sustancias las diferencias entre ambos sexos son porcentualmente más acusadas en los casos de **policonsumo** (situación en la que resulta «prácticamente imposible» identificar cuál es la droga principal), como pueden ser *Alcohol+Cocaína* (11% de hombres, 7% de mujeres) o *Heroína+Cocaína* (3% vs. 1%).

3.2. Años de consumo y Edad de inicio de la droga que provoca la admisión

La **media de años de consumo** es de 17 en el caso de los hombres y de 13 en el de las mujeres mientras que la media de la **edad de inicio al consumo** de la droga principal es de 19 en el caso de los hombres y de 22 en el de las mujeres.

Por quinquenios de consumo, casi la mitad de las personas a tratamiento lleva **16 o más años** en el momento de iniciar el tratamiento. A continuación se sitúan las personas que llevan **5 o menos** (2 de cada 10). Por **sexos** ($p=0.01$) la proporción hombres-mujeres es de 5 a 3 en el primer caso, mientras que en el segundo es de 3 a 2.

Tabla 11. Casos admitidos a tratamiento según Años de consumo droga principal (quinquenios) y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
0 a 5	91	37	1	129	19,2	34,6	50,0	22,1
6 a 10	70	19	0	89	14,8	17,8	0,0	15,3
11 a 15	80	16	0	96	16,9	15,0	0,0	16,5
16 o más	233	35	1	269	49,2	32,7	50,0	46,1
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

3.3. Vía de administración de la droga que provoca la admisión

La vía de administración guarda relación directa con el tipo de droga consumida, y en consecuencia, que el alcohol y la cocaína sean las drogas que mayor número de personas llevan a tratamiento, hace que las vías de administración más frecuentes sean la *Oral* y la *Intranasal/Esnifada*. También entre ambos sexos las diferencias son reflejo de las observadas en la droga que provoca la admisión, 6 de cada 10 en el consumo *Oral* (alcohol) en las mujeres e igual proporción (33%) entre los hombres en *Oral* (alcohol) y en *Esnifada* (cocaína). El uso de la vía *inyectada* puede ser considerada residual tanto para el conjunto como para ambos sexos.

Tabla 12. Casos admitidos a tratamiento según Droga principal y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocida	13	4	1	18	2,7	3,7	50,0	3,1
Oral	157	61	0	218	33,1	57,0	0,0	37,4
Pulmonar o fumada	132	22	0	154	27,8	20,6	0,0	26,4
Intranasal o esnifada	154	18	1	173	32,5	16,8	50,0	29,7
Parenteral o inyectada	9	1	0	10	1,9	0,9	0,0	1,7
Otra	9	1	0	10	1,9	0,9	0,0	1,7
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

4. TRATAMIENTO

4.1. Fuente de referencia

Cuatro de cada 10 personas entran a tratamiento por *iniciativa propia* y cerca de 3 a instancia o mediación del *médico/a especializado de salud mental*, lo que resulta lógico ya que para acceder a una plaza concertada con la administración, es necesario hacerlo a través de la red pública salud mental. Una más lo hace derivada de *otro servicio de tratamiento de drogodependencia* y otra desde un *centro de internamiento*. El resto ($\pm 9\%$) se distribuye entre un abanico de recursos sanitarios y/o sociales (atención primaria, hospital, servicios sociales,...).

Tabla 13. Casos admitidos a tratamiento según Fuente de referencia principal y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Desconocido	5	5	0	10	1,1	4,7	0,0	1,7
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	56	13	2	71	11,8	12,1	100,0	12,2
Médico atención primaria	4	0	0	4	0,8	0,0	0,0	0,7
Médico/a especializado de salud mental	123	22	0	145	25,9	20,6	0,0	24,9
Hospital, otros servicios de salud	5	4	0	9	1,1	3,7	0,0	1,5
Servicios sociales	2	11	0	13	0,4	10,3	0,0	2,2
Centro penitenciario, reforma o internamiento para menores	67	2	0	69	14,1	1,9	0,0	11,8
Servicios legales o policiales	17	1	0	18	3,6	0,9	0,0	3,1
Iniciativa propia	186	44	0	230	39,2	41,1	0,0	39,5
Otra	9	5	0	14	1,9	4,7	0,0	2,4
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

Por **sexos** se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.00$), las más destacadas en las categorías *Médico/a especializado de salud mental* en la que hay una diferencia de 5 p.p. a favor de los hombres (26% vs. 21), como también ocurre en *Centro penitenciario*, donde la diferencia aumenta a 12 p.p. (14% vs. 2).

4.2. Tratamiento previo

Seis de cada 10 personas admitidas a tratamiento durante 2019 ya lo habían recibido con anterioridad, casi en su totalidad (55%) por la *misma droga que provocó el ingreso*.

Por sexo se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0.012$) de 13 p.p. más en los hombres que han recibido tratamiento previo *por la misma droga*, y casi la misma diferencia pero a favor de las mujeres que *nunca han recibido tratamiento con anterioridad* (49% vs. 38).

Tabla 14. Casos admitidos a tratamiento según Tratamiento previo y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Sí, por la MISMA droga que provoca el tratamiento	271	47	1	319	57,3	43,9	50,0	54,8
Sí, por una droga DIFERENTE a la que provoca el tratamiento	20	3	0	23	4,2	2,8	0,0	4,0
NO, nunca	179	52	1	232	37,8	48,6	50,0	39,9
Desconocido	3	5	0	8	0,6	4,7	0,0	1,4
Total	473	107	2	582	100,0	100,0	100,0	100,0

De las personas que habían **recibido tratamiento con anterioridad**, cerca de la mitad lo recibió una vez, en el mismo porcentaje hombres (46%) que mujeres (45%). 2 de cada 10 lo recibieron en dos ocasiones, más las mujeres (3 de cada 10) que los hombres (2 de cada 10). Con tres o más veces se acumula el 30% restante, 34% de los hombres y 26% de las mujeres.

Tabla 15. Casos admitidos que ha recibido tratamiento con anterioridad según Número de veces y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Una	136	23	1	160	46,1	45,1	100,0	46,1
Dos	59	15	0	74	20,0	29,4	0,0	21,3
Tres	42	5	0	47	14,2	9,8	0,0	13,5
Cuatro	22	4	0	26	7,5	7,8	0,0	7,5
Cinco	9	0	0	9	3,1	0,0	0,0	2,6
Más de 5	27	4	0	31	9,2	7,8	0,0	8,9
Total	295	51	1	347	100,0	100,0	100,0	100,0

La **media de número de tratamientos** en aquellas personas que lo han recibido previamente es de 2,3 en los hombres y de 2,1 en las mujeres.

4.3. Tipo de tratamiento

Según el **Tipo de Tratamiento** cerca de la mitad de las personas lo están en régimen *Ambulatorio*, 1/3 en *Residencial* y 1 de cada diez en *Centro de día*. Según el **sexo**, en régimen *residencial* están el mismo porcentaje de mujeres que de hombres, observándose diferencias significativas ($p=0.002$) entre el *Ambulatorio* (más mujeres) y el *Centro de Día* (más hombres).

Tabla 16. Personas admitidos a tratamiento según Tipo de tratamiento y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencia				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Residencial	150	34	0	184	31,6	31,8	0,0	31,6
Ambulatorio	204	52	1	257	43,0	48,6	50,0	44,1
De día	90	18	0	108	19,0	16,8	0,0	18,5
Piso	11	1	1	13	2,3	0,9	50,0	2,2
Desconocido	19	2	0	21	4,0	1,9	0,0	3,6
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

4.4. Tratamiento con sustitutivos opiáceos

Poco más de 1 de cada 10 personas a tratamiento ha estado alguna vez o estaba a tratamiento con sustitutivos opiáceos, el 15% de los hombres y el 9 de las mujeres. De 2 de cada 10 se desconoce éste extremo.

Tabla 17. Personas a tratamiento según Tratamiento con sustitutivos opiáceos y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Nunca	315	79	2	396	66,5	73,8	100,0	67,9
Alguna vez en la vida (pero no en el último año)	41	5	0	46	8,6	4,7	0,0	7,9
Alguna vez en los últimos 12 meses (pero no en el último mes)	4	1	0	5	0,8	0,9	0,0	0,9
En los últimos 30 días	26	4	0	30	5,5	3,7	0,0	5,1
Desconocido	88	18	0	106	18,6	16,8	0,0	18,2
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

5. INYECCIÓN Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

5.1. Uso de vía inyectada

El 60% de la población ha tratamiento no ha consumido drogas por vía intravenosa en su vida y solo 1 de cada 10 lo ha hecho *alguna vez en la vida*. El uso de ésta vía con carácter reciente (Últimos 12 meses o 30 días) es mínimo (2%).

Por sexo son **más las mujeres** que *nunca se han inyectado* y bastantes menos que los hombres las que lo han hecho *Alguna vez en la vida*.

Tabla 18. Personas a tratamiento según Uso de vía inyectada y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Nunca se ha inyectado	279	72	2	353	59,0	67,3	100,0	60,7
Alguna vez en la vida	55	4	0	59	11,6	3,7	0,0	10,1
En los últimos 12 meses	7	0	0	7	1,5	0,0	0,0	1,2
En los últimos 30 días	4	0	0	4	0,8	0,0	0,0	0,7
Desconocido	128	31	0	159	27,1	29,0	0,0	27,3
Total	473	107	2	582	100,0	100,0	100,0	100,0

5.2. Realización test VIH

Casi 7 de cada 10 personas admitidas a tratamiento se ha realizado un test VIH, 2 nunca se lo han realizado y de la restante se desconoce. Por sexo es mayor el porcentaje de hombres que se han realizado el test (69%) que de mujeres (61%).

Tabla 19. Personas a tratamiento según realización de test VIH y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Nunca se ha realizado el test	90	22	0	112	19,0	20,6	0,0	19,2
Test realizado hace menos de 12 meses	233	48	1	282	49,2	44,9	50,0	48,4
Test realizado hace MÁS de 12 meses	93	17	0	110	19,6	15,9	0,0	18,9
Desconocido	58	20	1	79	12,2	18,7	50,0	13,6
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

De las que sí se lo han realizado, el 72% se lo hizo *hace menos de 12 meses*. Por sexo las diferencias no son muy acusadas (2 p.p.) tanto entre los que se lo han *hecho hace menos de 12 meses* como en los que superan ese periodo de tiempo.

Tabla 20. Personas a tratamiento que han realizado el test VIH según Momento de realización y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Test realizado hace menos de 12 meses	233	48	1	282	71,5	73,8	100,0	71,9
Test realizado hace MÁS de 12 meses	93	17	0	110	28,5	26,2	0,0	28,1
Total	326	65	1	392	100,0	100,0	100,0	100,0

5.3. Estado serológico frente al VIH

La situación de más del 90% de las personas que se han realizado el test es **negativo**. Solo de un 4%, tanto de hombres como de mujeres, el resultado es **positivo**.

Tabla 21. Personas a tratamiento que han realizado el test VIH según Estado serológico y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Positivo	13	3	0	16	4,1	4,5	0,0	4,1
Negativo	300	62	1	363	93,8	92,5	100,0	93,6
Pendiente de resultado	7	2	0	9	2,2	3,0	0,0	2,3
Total	320	67	1	388	100,0	100,0	100,0	100,0

5.4. Realización test hepatitis C

Casi 7 de cada 10 personas a tratamiento se ha **realizado** el test de la hepatitis C, de dos de cada 10 se desconoce y la restante nunca se lo ha hecho.

Tabla 22. Personas a tratamiento según Realización de test Hepatitis C y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Nunca se ha realizado el test	67	15	0	82	14,1	14,0	0,0	14,1
Test realizado hace menos de 12 meses	232	45	2	279	48,9	42,1	100,0	47,9
Test realizado hace MÁS de 12 meses	89	18	0	107	18,8	16,8	0,0	18,4
Desconocido	86	29	0	115	18,1	27,1	0,0	19,7
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

De las que sí se lo *han hecho*, el 72% lo hizo hace *menos de 12 meses*.

Tabla 23. Personas a tratamiento que han realizado el test hepatitis C según Momento de realización y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Test realizado hace menos de 12 meses	232	45	2	279	72,3	71,4	100	72,3
Test realizado hace MÁS de 12 meses	89	18	0	107	27,7	28,6	0	27,7
Total	321	63	2	386	100,0	100,0	100	100,0

5.5. Estado serológico hepatitis C

El resultado del 85% de las personas que se han hecho el test de la hepatitis C es **negativo**, el 13% positivo y el 2,5% estaba pendiente del resultado. Por **sexo** no se observan diferencias significativas en ninguna de las tres categorías.

Tabla 24. Personas a tratamiento que han realizado el test hepatitis C según Resultado y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Positivo	44	8	1	53	13,5	11,9	50,0	13,5
Negativo	273	57	1	331	84,0	85,1	50,0	84,0
Pendiente de resultado	8	2	0	10	2,5	3,0	0,0	2,5
Total	325	67	2	394	100,0	100,0	100,0	100,0

5.6. Estado serológico hepatitis B

Desconocemos la situación serológica ante éste virus de la mitad de la población admitida a tratamiento, más aún en el caso de las mujeres (+8 p.p.). Otro 10% nunca ha realizado el test de detección.

Tabla 25. Personas a tratamiento según situación ante la hepatitis C y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Nunca se ha realizado el test	43	11	0	54	9,1	10,3	0,0	9,3
Inmune: vacunado/a (AC Anti Hbs) o hepatitis B pasada (AC Anti Hbc)	91	16	0	107	19,2	15,0	0,0	18,4
No inmune	90	15	0	105	19,0	14,0	0,0	18,0
Portador/a crónico/a (HBs Ag positivo)	9	3	0	12	1,9	2,8	0,0	2,1
Desconocido	241	62	2	305	50,8	57,9	100,0	52,3
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

Entre las personas que sí se *han realizado el test*, la población se divide a partes iguales entre *inmunes* (vacunados/as, 48%) y *no inmunes* (47%), sin diferencias relevantes entre ambos sexos. Un porcentaje reducido (5,4%) son *portadores*, más las mujeres (9%) que los hombres.

Tabla 26. Personas a tratamiento que han realizado el test según situación ante la hepatitis C y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias			%		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Inmune: vacunado/a (AC Anti Hbs) o hepatitis B pasada (AC Anti Hbc)	91	16	107	47,9	47,1	47,8
No inmune	90	15	105	47,4	44,1	46,9
Portador/a crónico/a (HBs Ag positivo)	9	3	12	4,7	8,8	5,4
Total	190	34	224	100,0	100,0	100,0

5.7. Diagnóstico psiquiátrico

Desconocemos el diagnóstico psiquiátrico de 1 de cada 10 personas a tratamiento y 1/3 no está diagnosticado.

Tabla 27. Personas a tratamiento según diagnóstico psiquiátrico y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Diagnosticado	251	68	1	320	53,0	63,6	50,0	54,9
No diagnosticado	170	27	1	198	35,9	25,2	50,0	34,0
Desconocido	53	12	0	65	11,2	11,2	0,0	11,1
Total	474	107	2	583	100,0	100,0	100,0	100,0

De las personas **diagnosticadas**, **7 de cada 10** lo están en patologías del *Eje I* (en el se codifican los trastornos psiquiátricos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica como depresión, demencia, esquizofrenia, dependencia sust.,....) y **2 de cada 10** en el *Eje II* (en este eje se codifican los trastornos de la personalidad, el retraso mental y los mecanismos de defensa). La restante hasta 10 lo está en patologías de *ambos ejes*. No se observan diferencias relevantes por sexo.

Tabla 28. Personas a tratamiento según tipo de diagnóstico psiquiátrico y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Eje I	183	50	0	233	72,9	73,5	0,0	72,8
Eje II	44	12	0	56	17,5	17,6	0,0	17,5
Ambos	24	6	1	31	9,6	8,8	100,0	9,7
Total	251	68	1	320	100,0	100,0	100,0	100,0

5.8. Antecedentes familiares

Como es sabido, el entorno familiar es tanto un factor de protección como de riesgo ante el consumo de sustancias. En éste sentido la presencia de antecedentes familiares de consumo o de patologías psiquiátricas establece una correlación positiva con las adicciones. Así, de las personas a tratamiento de las que se conoce ésta circunstancia, 6 de cada 10 tienen antecedentes familiares (*de carácter psiquiátrico, por consumo de sustancias o ambos*), la gran mayoría (4 de cada 10) por *consumo de sustancias*. Con ambas condiciones es significativamente mayor ($p=0.014$) el porcentaje de mujeres (28%) que de hombres (13,5%). Por el contrario, es menor (26% vs. 38%) en el caso de aquellas que *no presentan antecedentes familiares* de éste tipo.

Tabla 29. Personas a tratamiento según antecedentes familiares y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Frecuencias				%			
	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Sin antecedentes	173	26	0	199	37,8	26,0	0,0	35,5
Con antecedentes psiquiátricos	37	7	0	44	8,1	7,0	0,0	7,9
Con antecedentes por consumo de sustancias	186	39	2	227	40,6	39,0	100,0	40,5
Con ambos	62	28	0	90	13,5	28,0	0,0	16,1
Total	458	100	2	560	100,0	100,0	100,0	100,0

6. ALTA

Durante 2019 fue *Alta* por alguno de los criterios contemplados poco más de la mitad (320 o el 55%) de la 583 de las personas a tratamiento. De éstos, el 75% (3 de cada 4) fueron altas por abandono voluntario, más los hombres (77%) que las mujeres (65), reflejo de la **dificultad que tiene ésta población para mantenerse en y completar los programas terapéuticos**. De hecho sólo el 6,6% (lo que no llega ni a 1 de cada 10) consiguió el objetivo final de los tratamientos, el alta terapéutica o por cumplimiento de los objetivos. Aún más, si al abandono *voluntario* sumamos las altas *Forzosas/Disciplinarias* y por *Incumplimiento de objetivos* resulta que el **90% de las personas a tratamiento abandona los programas sin haber alcanzado los objetivos terapéuticos**.

Tabla 30. Personas a tratamiento que han recibido Alta según tipo y Sexo (n y %). Asturias 2019

	Hombre	Mujer	Trans	Total	Hombre	Mujer	Trans	Total
Voluntaria	199	39	0	238	76,8	65,0	0,0	74,4
Forzosa/Disciplinaria	36	11	1	48	13,9	18,3	100,0	15,0
Terapéutica/Fin de programa/Cumplimiento objetivos	16	5	0	21	6,2	8,3	0,0	6,6
Por incumplimiento de los objetivos	2	0	0	2	0,8	0,0	0,0	0,6
Derivación	6	5	0	11	2,3	8,3	0,0	3,4
TOTAL	259	60	1	320	100,0	100,0	100,0	100,0

7. ESTADO DE SALUD

A cada persona que entra a tratamiento en un programa terapéutico para tratar la adicción se le hace un test de **estimación de su situación de salud** mediante la herramienta SF-6D en **dos momentos diferentes**, una a la **entrada** y otra en el de **Alta**, cualquiera que sea el motivo. Hipotéticamente, contar con estos datos en el 100% de los casos nos permitiría observar el cambio en función de distintas variables (sexo, tipo de droga consumida, tipo de alta, etc.). En ésta primera explotación de datos provenientes de SIDRO contamos con las evaluaciones al inicio del programa, pero con muy pocas al final del mismo. Concretamente de las 320 altas de 2019 contamos solamente con 48 evaluaciones de salud finales, es decir un 15%. Un número tan bajo nos impide hacer estimaciones cuando intentamos observar el cambio del estado de salud entre variables y extraer conclusiones al respecto.

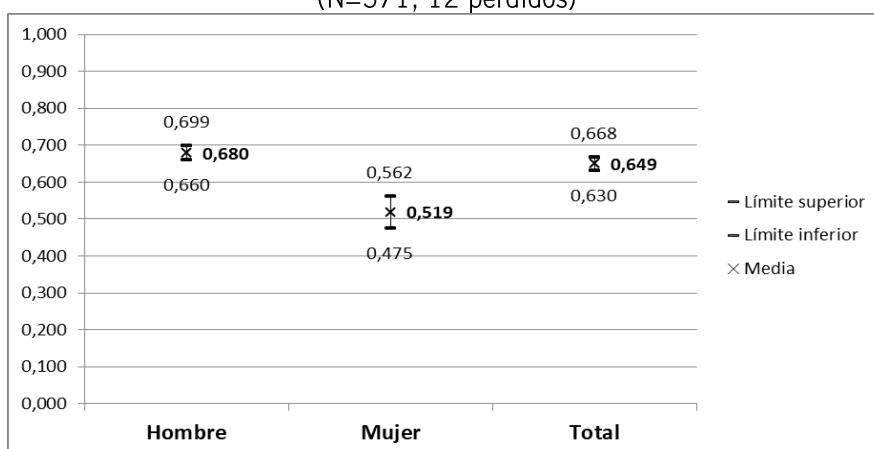
El motivo por el que contamos con tan pocas evaluaciones finales se debe a que como hemos visto, 9 de cada 10 personas **abandonan** el tratamiento voluntariamente o son **expulsados** por distintos motivos, lo que supone la ruptura de su relación con el recurso de forma imprevista y por tanto la imposibilidad de cumplimentar el cuestionario de evaluación de salud final.

Es una cuestión que se plantea como un **objetivo de mejora** de cara a optimizar el análisis de los datos proporcionados por SIDRO, ya que el estado de salud final nos aporta un indicador que cierra el ciclo de los procesos terapéuticos permitiéndonos contrastar el cambio en la situación de salud a la luz de variables tan relevantes como el sexo, el nivel educativo, el apoyo familiar, el tipo de droga consumida,..., lo que supone una mejora cualitativa y cuantitativa de cara tanto al análisis como a las conclusiones, recomendaciones y propuestas.

7.1. Estado de salud inicial

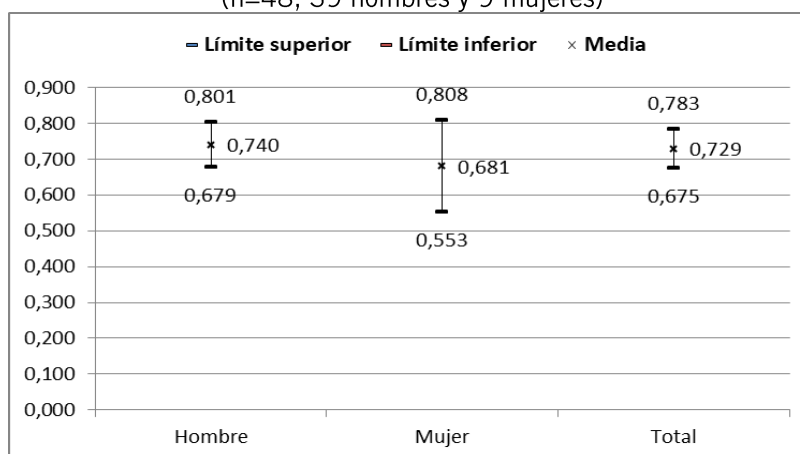
El estado de salud inicial de la población admitida a tratamiento por adicciones (N=571), se situó en 2019 en una escala de 0 (la muerte) y el 1 (el mejor estado de salud imaginable) en **0,649 AVACs**, (Gráfico 4) mejor en el caso de los **hombres (0,680)** que en las mujeres (**0,519**), diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) que refleja la inequidad existente entre ambos sexos y que interactúa con el resto de diferencias ya señaladas en otras variables relevantes de cara al éxito/fracaso en el tratamiento por adicciones (menos apoyo familiar, más responsabilidades familiares, peor situación en el mercado de trabajo y peores ingresos económicos). En todo caso, la situación de salud de las mujeres respecto a los hombres (como del resto de variables) no es diferente de la observada en la población general o en otros colectivos. Simplemente la adicción empeora todos los indicadores que contemplemos, independientemente de la variable que midamos y la herramienta de medición que se utilice^{xi}.

Gráfico 4. Media del Estado de Salud Inicial del conjunto de la población a tratamiento, por Sexo
(N=571, 12 perdidos)



El resultado de salud inicial de las 320 personas que han recibido el alta se sitúa en **0,641 AVACs** de media (hombres 0,661, mujeres 0,551), valores muy similares a las del conjunto. Y la **de los 48 de los que contamos evaluación final** (Gráfico 5) se sitúa en **0,729 AVACs**, superior en +0,080 (+12,3%) a la del total.

Gráfico 5. Media del Estado de Salud Inicial de la población a tratamiento con Alta y resultado de salud final, por Sexo
(n=48, 39 hombres y 9 mujeres)



Como referencia para comparar éstos resultados contamos con el obtenido por MOSQUERA&RODRÍGUEZ (2103)^{xii} en un estudio sobre población diagnosticada con dependencia alcohólica que con un resultado de **-0.663** es 0,014 puntos (+2,2%) superior a la del total de la población a tratamiento en 2019 (n=571).

Una comparación más pertinente con los resultados de éstos autores podemos establecerla con la población a tratamiento en 2019 cuya **droga principal de consumo** fue el *alcohol*. Así la situación de salud de éste grupo se sitúa en el **peor resultado de todas las drogas**, con un valor de **0,612 AVACs**, que está a 0,051 (-7,7%) por debajo del obtenido por ellos.

Tabla 31. Media del Estado de Salud Inicial del conjunto de la población a tratamiento según Droga/Adicción principal* que provoca la admisión. Asturias 2019

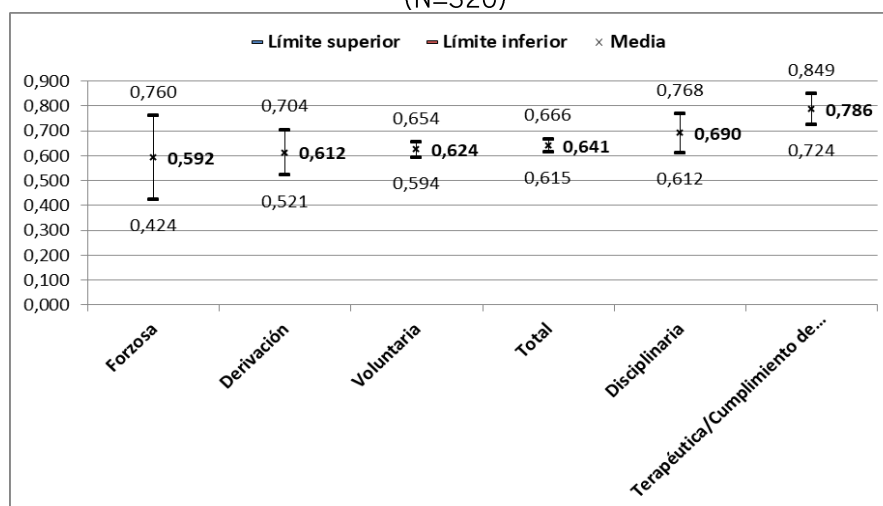
	n	Límite superior	Límite inferior	Media	Mediana	Varianza	Desv. tít.
Alcohol+Cocaína	57	0,748	0,647	0,697	0,764	0,036	0,190
Opiáceos	48	0,733	0,608	0,671	0,732	0,046	0,216
Cannabis	56	0,734	0,607	0,670	0,707	0,056	0,238
Cocaína	177	0,693	0,628	0,660	0,711	0,048	0,219
Alcohol	211	0,645	0,579	0,612	0,657	0,058	0,241
Total	569	0,668	0,630	0,649	0,703	0,052	0,228

*Se han excluido las drogas/adicciones con menos de 10 casos; alucinógenos, hipnosedantes/somníferos y adicciones sin sustancia.

7.2. Estado de salud inicial y su relación con otras variables

Es pertinente observar la situación inicial de salud desagregada según el **tipo de alta** obtenida con posterioridad con el objetivo de comprobar si un mejor estado de salud inicial facilita que el final también sea mejor. El resultado es interesante ya que refleja que **las medias de la situación inicial de salud según el tipo de alta son significativamente distintas** ($p=0,00$), siendo la «mejor» la correspondiente a las personas con alta terapéutica o por consecución de objetivos.

Gráfico 6. Media del Estado de Salud Inicial de la población a tratamiento que ha sido Alta, Según Tipo (N=320)



Además, entre el estado de salud al inicio y al final del tratamiento se observa un valor de correlación de **+0,341** ($p=0,018$), lo que refuerza la idea de que **un mejor estado de salud inicial propicia un mejor resultado al final**.

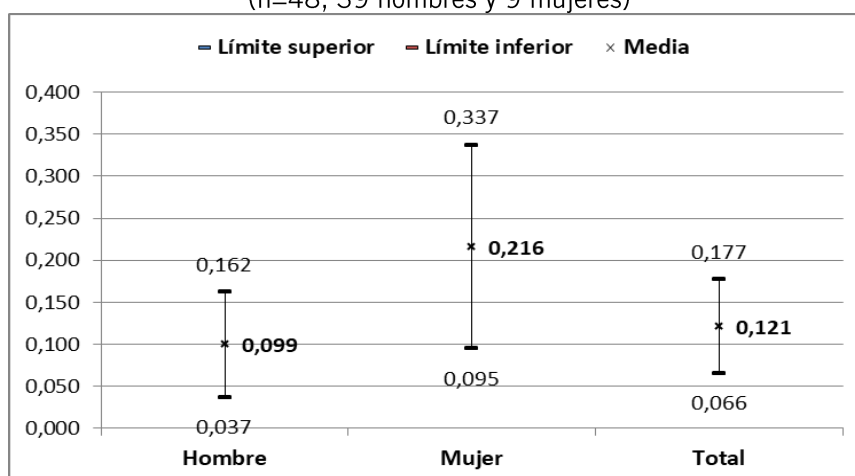
7.3. Pérdida de salud provocada por las adicciones

Si comparamos el estado de salud inicial de las personas admitidas a tratamiento con el mismo resultado de la **población general** podemos estimar el **impacto que las drogodependencias provocan en la salud**. Para ello contamos con la situación de salud de la población general (N=600) obtenido por MOSQUERA&RODRÍGUEZ en el citado estudio y que alcanza el valor de **0.807 AVACs**. Según esto, para el conjunto de las personas admitidas a tratamiento (N=569 y 0,649 AVACs) **padecer una drogodependencia provoca una pérdida que se sitúa en -0.158 AVACs anuales, es decir un 20% menos de salud que la población general** (p=0.000). La pérdida de salud estimada por los citados autores se sitúa en el 18%, similar a la obtenida en nuestro caso.

7.4. Ganancia en salud al Alta

La ganancia en la salud de las personas al alta se obtiene de la diferencia entre el resultado final y el inicial. Como ya hemos señalado lamentablemente en 2019 solo disponemos de **48 casos** con la evaluación de salud completada al final del tratamiento. Con estos datos se obtiene una **media de ganancia en salud de +0,121 AVACs**, o lo que es lo mismo, un **16% más que la inicial de éste subgrupo**, que era de 0,729 AVACs.

Gráfico 7. Media de Ganancia en Salud de la población a tratamiento con Alta y resultado de salud final, por Sexo
 (n=48, 39 hombres y 9 mujeres)



Por **sexo**, la mayor ganancia en salud se registra en las **mujeres +0,216 AVACs (29%)** aunque el pequeño número de casos disponible (9) hace que el intervalo de confianza sea muy grande y no sea estadísticamente significativo. En todo caso la ganancia en los **hombres**, en estimación puntual es menos de la mitad que el de ellas y se sitúa en **+0,099 AVACs (13%)**. Una revisión de la literatura existente sobre el acceso de las mujeres a los programas de tratamiento (GREENFIELD, et al 2007)^{xiii} concluye que tienen menos probabilidades a lo largo de su vida, de ingresar a tratamiento en comparación con sus homólogos masculinos. Sin embargo **una vez en ellos, el sexo no parece ser un predictor significativo de la retención, finalización o resultado del tratamiento, incluso antes al contrario, las mujeres pueden obtener mejores resultados que los hombres** (WEISNER et al., 2001; GREEN et al., 2002)^{xiv}.

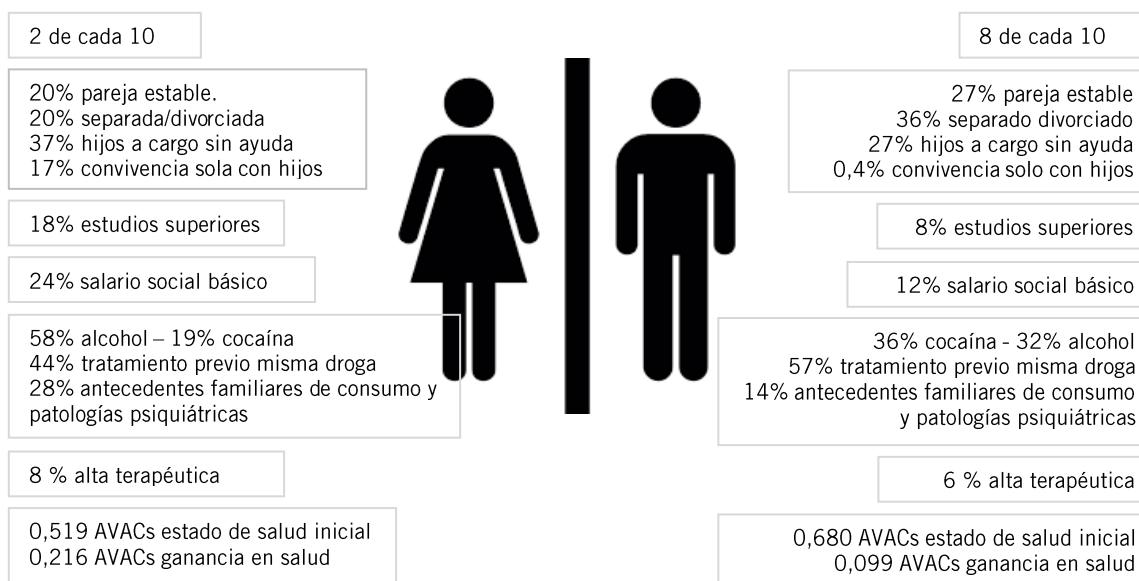
Otra revisión realizada sobre la **efectividad de programas de tratamiento de abuso de sustancias diseñados específicamente para mujeres** (ASHLEY, MARSDEN & BRADY, 2009)^{xv} en el que se examinaron seis componentes de este tipo de programas (cuidado infantil, cuidado prenatal, programas solo para mujeres, servicios suplementarios y talleres que abordan temas centrados en las mujeres, programación de salud mental y programación integral), encontró asociaciones positivas entre estos seis factores y la **finalización del tratamiento, la duración de**

la estancia, la reducción del uso de sustancias, la reducción de los síntomas de salud mental, los mejores resultados en el nacimiento, el empleo, el estado de salud autoinformado y la reducción del riesgo de VIH.

Estos hallazgos sugieren que para mejorar la accesibilidad de los tratamientos a las mujeres, su salud y bienestar y las de sus hijos e hijas, es necesario incorporar la perspectiva de género en éste tipo de programas y/o recursos.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Comparativa del perfil de las personas a tratamiento según el sexo



8.2. Conclusiones

- La situación de las mujeres a tratamiento es peor que la de los hombres en un abanico de variables relevantes de cara al éxito o el fracaso de las terapias; *apoyo familiar, responsabilidades familiares, situación laboral, ingresos económicos, tipo de droga que provoca la admisión*, por no hablar de la situación inicial de salud. Como se ha señalado, la literatura muestra que los tratamientos que incorporan la perspectiva de género para atender los problemas específicos que afectan a las mujeres (como la dificultad de acceso o la responsabilidad de cuidados) han demostrado mayor eficacia (GREENFIELD, et al 2007, ASHLEY, MARSDEN & BRADY, 2009).
- La retención en los programas es muy baja; el 90% de las personas a tratamiento los abandona sin haber alcanzado los objetivos terapéuticos.
- *La exclusión del excluido.* Los resultados nos llevan a concluir que el éxito de los tratamientos depende en gran medida de la situación física, psicológica y social de la persona en el momento de la admisión; cuanto mejor sea ésta, mejor será el resultado de salud alcanzado, lo que sitúa a las mujeres en una situación de clara desventaja respecto a los hombres. En otros términos, los/as mejor preparados/as al inicio tienen más éxito al final.

8.3. Recomendaciones

- A la vista del perfil de las mujeres a tratamiento que acumulan peores indicadores que los hombres en variables determinantes para explicar el éxito o el fracaso de las terapias, es recomendable abrir una reflexión sobre su situación bio-psico-social con el objetivo de corregir los tratamientos para eliminar la inequidad observada.
- Otra estrategia aconsejable es trabajar sobre la dificultad de retención en los tratamientos, en ambos sexos, en particular en los hombres.
- Es necesario mejorar la implementación de la evaluación de salud final, extendiéndola al mayor número posible de casos de alta, dada la importancia de ésta variable y su relación con diferentes factores, para extraer conclusiones en relación al impacto de los tratamientos.

ⁱ ABELLÁN, J.M.; SÁNCHEZ, F.I.; MARTÍNEZ, J.E.; & MÉNDEZ, I. **Lowering the 'floor' of the SF-6D scoring algorithm using a lottery equivalent method.** Health Economics, 2012; 21:1271-1285.

ⁱⁱ VILAGUT, Gemma; FERRER, Montse; RAJMIL, Luis; REBOLLO, Pablo; PERMANYER-MIRALDA, Gaietà; QUINTANA, José M.; SANTED, Rosalía; VALDERAS, José M.; RIBERA, Aida; DOMINGO-SALVANY, Antonia; ALONSO, Jordi. **El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.** Gac Sanit., 2005;19 (2):135-50.

ⁱⁱⁱ GONZÁLEZ-SAIZ, Francisco; ROJAS, Oscar L.; CASTILLO, Ioseba Iraurgi; **Measuring the Impact of Psychoactive Substance on Health-Related Quality of Life: An Update.** Current Drug Abuse Reviews 2009, Volume 2, Number 1, pp. 5-10(6).

^{iv} PYNE, Jeffrey M.; TRIPATHI, Shanti; FRENCH, Michael; MCCOLLISTER, Kathryn; RAPP, Richard C. & BOOTH, Brenda M.. **Longitudinal association of preference-weighted health-related quality of life measures and substance use disorder outcomes.** Addiction: Methods and Techniques. Mar. 2011; 106(3): 507-515. (9p).

^v RAISCH, D.W.; CAMPBELL, H.M.; GARNAND, D.A.; JONES, M.A.; SATHER, M.R.; NAIK, R.; LING, W.; RAISCH, Dennis W.; CAMPBELL, Heather M.; GARNAND, David A.; JONES, Mark A.; SATHER, Mike R.; NAIK, Rupali & LING, Walter. **Health-related quality of life changes associated with buprenorphine treatment for opioid dependence.** Quality of Life Research (QUAL LIFE RES), Sep. 2012; 21(7): 1177-1183. (7p).

^{vi} NOSYK, B.; BRAY, J.W.; WITTENBERG, E.; ADEN, B.; EGGMAN, A.A.; WEISS, R.D.; POTTER, J.; ANG, A.; HSER, Y.-I.; LING, W. & SCHACKMAN, B.R. **Short term health-related quality of life improvement during opioid agonist treatment.** Drug Alcohol Dependence, Dec. 2015; 157: 121-128. (8p)

^{vii} MOSQUERA NOGUEIRA, Jacinto; RODRÍGUEZ MÍGUEZ, Eva. **Aplicación del SF-6D para medir el impacto de la dependencia alcohólica en la calidad de vida.** Universidad de Vigo, Departamento de Economía Aplicada. Nov. 2013. <http://webs.uvigo.es/x06> Working Paper: 13/03.

^{viii} RODRIGUEZ, Eva; CASAL, Bruno; RIVERA, Berta. **Medición de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dependencia a sustancias: diferencias entre instrumentos y métodos de obtención de preferencias.** Universidad de Vigo. Departamento de Economía Aplicada, 2018. <http://webs.uvigo.es/x06> Working Paper: 18/04. December.

^{ix} RODRÍGUEZ MIGUEZ, Eva; CASAL RODRÍGUEZ, Bruno; RIVERA CASTIÑEIRA, Berta. OP. Cit., 2019.

^x RODRÍGUEZ-MÍGUEZ, Eva; MOSQUERA NOGUEIRA, Jacinto. **Propuesta de un nuevo instrumento multiatributo para medir el impacto de la dependencia alcohólica en la calidad de vida.** Universidad de Vigo. Departamento de Economía Aplicada <http://webs.uvigo.es/x06> Working Paper: 13/04. November 2013.

^{xi} MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. ESPAÑA 2011/12. **Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº 3.** Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

^{xii} MOSQUERA NOGUEIRA, Jacinto; RODRÍGUEZ MÍGUEZ, Eva. OP. Cit., 2019.

^{xiii} GREENFIELD, Shelly F.; GORDON, Susan M.; GREEN, Carla A.; KROPP, Frankie; MCHUGH, R. Kathryn; LINCOLN, Melissa; HIEN, Denise; MIELE, Gloria M. 121 **Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature.** PubMed Central® (PMC). U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM).

^{xiv} WEISNER, C.; MERTENS, J.; TAM, T.; and MOORE, C. **Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care.** PubMed Central® (PMC). U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM).

^{xv} ASHLEY, Olivia Silber; MARSDEN, Mary Ellen & BRADY, Thomas M., Pgs 19-53 | Published online: 07 Jul 2009. **Effectiveness Of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review.** THE AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE Vol. 29, No. 1, pp. 19-53, 2003.