

Informe / Txostena

9

# Situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco

**EUSKO JAURLARITZA**



**GOBIERNO VASCO**

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE  
GAJETAKO SAILA  
*Droga Gaietako Zuzendaritza*

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA  
Y ASUNTOS SOCIALES  
*Dirección de Drogodependencias*

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2003

**Situación** psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco / [dirección y redacción a cargo de Ioseba Iraurgi Castillo]. – 1ª ed. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2003 p. ; cm. – (Informe = Txostena ; 9)

ISBN 84-457-1996-3

1. Heroína-Consumo-Euskadi. 2. Drogadictos-Euskadi-Situación social. I. Iraurgi Castillo, Ioseba. II. Euskadi. Dirección de Drogodependencias. III. Serie.

613.83(460.15)

308-056.83(460.15)

## OTROS TÍTULOS PUBLICADOS EN LA COLECCIÓN INFORME/TXOSTENA

1. Estudio referente a conceptos y terminología en reducción de la demanda
2. Las drogas de síntesis en Bizkaia: un estudio exploratorio
3. Sintesi-Drogak
4. Drogodependencias: reducción de daños y riesgos
5. Escuelas de padres y madres: propuestas de actuación  
Guraso-eskolak: jarduera proposamenak
6. Cannabis: de la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización
7. Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico
8. Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos : estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV
9. Situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco

### *Dirección y redacción a cargo de Ioseba Iraurgi Castillo*

#### *Estudio encargado por el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales (Dirección de Drogodependencias) del Gobierno Vasco a las empresas:*

- ✓ Bultz-Lan Consulting, para la coordinación y elaboración del Informe - (Coordinadores: Pablo Angulo y Ioseba Iraurgi)
- ✓ Behatoki s.l., para la realización del trabajo de campo - (Coordinadores: Marce Masa y José Angel Gutiérrez)

Edición: 1ª. Septiembre 2003

Tirada: 1.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales

Internet: [www.euskadi.net](http://www.euskadi.net)

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: E.P.S., S.L.  
Hermínio Madinabeitia, 18 - Pab. 3 – 01006 Vitoria-Gasteiz

Impresión: Gráficas Santamaría, S.A.  
Bekolarra, 4 – 010010 Vitoria-Gasteiz

ISBN: 84-457-1996-3

D.L.: VI-278/03

# Índice Índice Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	9
<b>1. Justificación</b> .....	11
<b>2. Objetivos</b> .....	19
<b>3. Metodología</b> .....	23
3.1. Ámbito .....	25
3.2. Diseño .....	25
3.3. Tamaño y distribución muestral .....	25
3.4. Análisis de la cobertura .....	26
3.5. Trabajo de campo .....	27
3.6. Cuestionario .....	28
3.7. Procesamiento de datos y análisis estadísticos .....	28
<b>4. Resultados</b> .....	31
4.1. Introducción .....	33
4.2. Uso de drogas y hábitos de consumo .....	40
4.3. Variables socio-económicas y necesidades de vida diaria .....	51
4.4. Historia delictiva y penal .....	58
4.5. Estado de salud percibida y calidad de vida .....	60
4.6. Utilización de servicios sanitarios .....	65
4.7. Intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para toxico- manías .....	75
4.8. Razones por las que no están en tratamiento .....	82
<b>5. Resumen de los resultados</b> .....	91
5.1. Introducción .....	93
5.2. Perfil del Consumidor de Heroína no Adscrito a Tratamiento .....	100
<b>6. Discusión y conclusiones</b> .....	105
6.1. Limitaciones del estudio .....	107
6.2. Conclusiones - Discusión .....	109
<b>7. Bibliografía</b> .....	117
<b>Anexo 1. Informe Trabajo de Campo (Behatoki, S.L.)</b> .....	123
<b>Anexo 2. Cuestionario</b> .....	143

# Índice de tablas y figuras

## Índice de tablas y figuras

### Índice de tablas y figuras

#### Tablas

Tabla 1.	Relación entre la muestra estimada y la obtenida . . . . .	27
Tabla 2.	Distribución por sexo y edad . . . . .	35
Tabla 3.	Otras variables sociodemográficas: Lugar de nacimiento, pareja y nivel de estudios . . . . .	38
Tabla 4.	Consumo de sustancias durante el último mes . . . . .	42
Tabla 5.	Historia de consumo y práctica de inyección . . . . .	46
Tabla 6.	Vía de consumo más frecuente en la actualidad . . . . .	46
Tabla 7.	Lugar de obtención de jeringuillas . . . . .	47
Tabla 8.	Espacios de consumo . . . . .	49
Tabla 9.	Fuente de ingresos económicos . . . . .	53
Tabla 10.	Necesidades básicas de vida (alojamiento, aseo y alimentación) e Indigencia . . . . .	56
Tabla 11.	Antecedentes penales . . . . .	58
Tabla 12.	Asociación entre las valoraciones sobre el estado de salud, relaciones socio-familiares y calidad de vida (Correlaciones de Pearson y coeficientes estandarizados) . . . . .	61
Tabla 13.	Valoración percibida del estado de salud, relaciones socio-familiares y calidad de vida . . . . .	62
Tabla 14.	Estado de salud valorado a través del Perfil de Salud de Nottingham . . . . .	64
Tabla 15.	Utilización de servicios sanitarios durante el último año y el último mes . . . . .	68
Tabla 16.	Especialidades médicas por las que han sido asistidos . . . . .	70
Tabla 17.	Utilización de servicios sociales durante el último año y el último mes . . . . .	71
Tabla 18.	Intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para personas con adicción a heroína . . . . .	76
Tabla 19.	Cambio en la intención de utilización de los Programas de Tratamiento con Heroína al introducir matices sobre su modo de aplicación . . . . .	78
Tabla 20.	Intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para personas con adicción a heroína . . . . .	79
Tabla 21.	Razones por las que no están en tratamiento aludidas de forma espontánea . . . . .	83

Tabla 22. Razones por las que no están en tratamiento. Sujetos que nunca han estado en tratamiento (n=20) . . . . .	86
Tabla 23. Razones por las que no están en tratamiento. Sujetos que han estado en tratamiento previo (n=52) . . . . .	87
Tabla 24. Otras razones por las que no están en tratamiento aludidas de forma espontánea por personas no adscritas a tratamiento pero con experiencia previa . . . . .	88
Tabla 25. Relación de entidades de servicios sociales y recursos comunitarios contactados según territorios históricos . . . . .	127
Tabla 26. Relación de cuestionarios realizados en entidades de servicios sociales y recursos comunitarios contactados según territorios históricos . . . . .	128
Tabla 27. Entidades contactadas versus entidades realizadas según territorios históricos . . . . .	130

### **Figuras**

Gráfico 1. Evolución del número de inicios de tratamiento por adicción a heroína en la CAPV (1996-2000) . . . . .	15
Figura 1. Lugar de procedencia de los encuestados . . . . .	33
Figura 2. Estudios realizados . . . . .	39
Figura 3. N.º consumidores por cada sustancia . . . . .	41
Figura 4. N.º de sustancias consumidas . . . . .	44
Figura 5. Lugar de consumo . . . . .	49
Figura 6. Fuente de ingresos . . . . .	52
Figura 7. Fuente de ingresos en función de la situación respecto al tratamiento . . . . .	54
Figura 8. Indicadores de necesidades de vida diaria e indigencia . . . . .	55
Figura 9. Estado de salud, relaciones socio-familiares y calidad de vida percibidas . . . . .	61
Figura 10. Utilización de servicios socio-sanitarios . . . . .	66
Figura 11. Intención de uso de recursos específicos para toxicomanías . . . . .	77
Figura 12. Distribución muestral vs distribución de la población de drogodependientes en tratamiento por Territorio Histórico (CAPV). . . . .	108
Figura 13. Cuestionarios realizados según Territorios Históricos . . . . .	129
Figura 14. Entidades de servicios sociales y recursos comunitarios en las que se han realizado cuestionarios según Territorios Históricos . . . . .	129

# Agradecimientos

## Agradecimientos

### Agradecimientos

La posibilidad de haber llevado a cabo este estudio sólo es posible gracias a la colaboración de múltiples personas y organismos a quienes desde aquí queremos hacer llegar nuestro más sincero agradecimiento.

En primer lugar queremos agradecer a todas y cada una de las personas consumidoras de heroína que han participado en este estudio por su gentileza al dedicar su tiempo a responder a las preguntas formuladas. Y, en segundo lugar, queremos dejar constancia de la voluntariedad y ayuda que el conjunto de profesionales de las distintas entidades de servicios sociales y recursos comunitarios, contactados para acceder a la población diana, han brindado al equipo de campo encargado de llevar a cabo el estudio. Conscientes de que se nos olvidará alguien, y nos excusamos por ello, deseamos mostrar nuestro más sincero reconocimiento a:

- Rocío y Nerea de la *Comisión Ciudadana Antisida*, Ane Miren y Laura de *Agiantza*, Israel de *Izangai*, Josean de *Goiztiri*, Teresa de *Adsis-Bestalde*, a Jon y Enrique de *Bizitegi*, Borja del *Comedor de Damas Apostólicas*, Txema del *Albergue de Elejabarri*, Kepa de *Hargindegi-Cáritas*, Flor y Lutxi de *Cáritas*, Sor Sandra de *Siervas de Jesús*, Miriam de *Txo-Hiesa*, Carmen de *Aspremar*, Txus de *Askabide*, e Itziar de *Zubietxe* (en Bizkaia).
- la labor encomiable de Asier de la *Comisión Antisida*, Pottoko de *Ikatz-kale*, Hilari de *Aterpe*, Txus y José de *Askagintza*, Alberto de *Izan-Proyecto Hombre*, Sor Nieves de *Villa Betania*, Arantza y Eva del *Centro Penitenciario de Martutene*, Nerea y Mila de *Traperos de Emaús*, Ander de *Rais*, Arrate y Garbiñe de *Cáritas-Eibar*, Liber y Amaia de *Errotatxo*, Ana de *Arribeltza*, Mikel de la “*plataforma Martutene*”, Rodolfo y Maite de *DEE*, y Fernando de *Agipad* (en Gipuzkoa).
- Miguel de la *Comisión Antisida*, al personal técnico del *Centro de Día Estrada*, Rufino del *Comedor de Desamparados*, Blanca de *Jeiki-Proyecto Hombre*, Sor Marina de *Cáritas-Llodio*, Pedro Mari de “*El Refugio*”, y de manera muy especial a Toño y todo el equipo de toxicomanías que realiza sus tareas en el programa de intercambio de jeringuillas del *Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca* (en Álava).

*“Para conocer mejor la salud y la enfermedad es necesario estudiar al hombre, en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar, al mismo tiempo, las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio exterior y social”.*

*Hipócrates (460-370 a.C.)*

---

i  
tx

n  
o

f  
s

o  
t

r  
e

m  
n

e  
a

# Capítulo 1

# Capítulo 1

# Capítulo 1

Justificación

---



El problema de las toxicomanías en Euskadi, en tanto concienciación ciudadana e institucional respecto al mismo, tiene poco más de dos décadas (Iraurgi, 2000). Respecto a otros países de nuestro entorno europeo, el consumo de drogas –y en especial la heroína– se inició tardíamente –a mediados de los años setenta–, pero en la actualidad supone una de las principales preocupaciones sanitarias y sociales.

Su emergencia es resultado, fundamentalmente, de la alarma social que generó en sus inicios y que sigue vigente en la actualidad. En la sociedad, su aparición se asoció a una percepción colectiva de inseguridad ciudadana. El consumo de heroína, se vinculó así con la delincuencia, y esto favoreció un abanico de respuestas que marginaron social y asistencialmente a los adictos a opiáceos (Gamella, 1997). Producto de ello es que los consumidores de heroína históricamente han constituido un grupo objeto de exclusión social.

Independientemente a la exclusión que la sociedad propicia a este colectivo, existe otra forma de exclusión devenida del propio proceso de adicción. El consumidor asiduo de heroína a menudo queda atrapado en un círculo vicioso: el uso continuado de esta sustancia genera un proceso de tolerancia que lleva a incrementar la cantidad necesaria para obtener los mismos efectos y en la mayoría de los casos para evitar el síndrome de abstinencia; ello le exige conseguir “la dosis” como fuere –generalmente delinquiendo–, acumulando causas pendientes con la justicia y embarcándose en un proceso de marginación que dificulta el desarrollo de un estilo de vida “normalizado”. En la mayoría de los casos, con el tiempo y de forma progresiva, su salud, su mundo relacional y sus recursos vitales se deterioran hasta situaciones que pueden ser límites instaurándose fuertes carencias sanitarias, sociales y legales. Todo ello se ve agravado, como decíamos más arriba, porque la sociedad estigmatiza el uso de sustancias ilegales, lo que convierte a este colectivo en una población oculta cuya dimensión real es difícilmente conocible.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) no existe hasta el momento ningún estudio específico que nos permita concluir la verdadera magnitud del consumo de heroína. Los datos de estimación más próximos los tenemos a través de los estudios de prevalencia de tipo sociológico realizados sobre población general representativa de la CAPV promovidos desde las instituciones vascas, tales como las prospecciones realizadas a instancia de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Atendiendo a los últimos informes disponibles, la tasa de iniciación<sup>1</sup> de consumo de heroína durante el quinquenio 1995-1999 para el conjunto de población de 15 a 79 años es de un 0,5 por mil, es decir, se estima que en el periodo de tiempo referido se han iniciado en el consumo de heroína unas 900 personas en toda la CAPV, es decir, un promedio de 180 por año (Marañón, 2001). Un segundo informe, referido éste a población juvenil de entre 15 y 29 años (Gamella y Jiménez, 2002), encuentra una prevalencia de consumo de heroína declarada por los jóvenes del 0,8% cuando se refiere a haberla consumido alguna vez en la vida y de un 0,2% si el periodo explorado es el que abarca el último año; ningún joven entrevistado refirió haber consumido heroína durante el último mes. Una extrapolación del dato de prevalencia del 0,2% en el grupo de población entre 15 y 29 años, indicaría que en la CAPV durante el año 2001 habrían consumido heroína en alguna ocasión un total aproximado de 6000 jóvenes; dato que, a la luz de nuestra experiencia, nos parece exagerado. No obstante, estas estimaciones no permiten cuantificar una aproximación al número de personas que hacen un uso continuado de esta sustancia y que, quizá por ello, podrían constituir en un futuro, o ya lo son en el presente, un contingente con necesidades sociosanitarias concretas.

Otra forma de aproximarnos al problema del consumo de heroína, y de las drogas en general, es a través de los registros de actividad sanitaria, asistencial, judicial o policial realizados sobre determinados individuos o sectores de población que incurrir en una determinada demanda de asistencia o actividad ilegal como consecuencia del uso/abuso de esta sustancia. Estos indicadores son frecuentemente analizados de forma anual por el Observatorio Vasco de Drogodependencias –OVD– (1997-2001) que en los cinco informes editados hasta el momento dan cuenta de la progresión del problema de las drogas en el último quinquenio. Las conclusiones

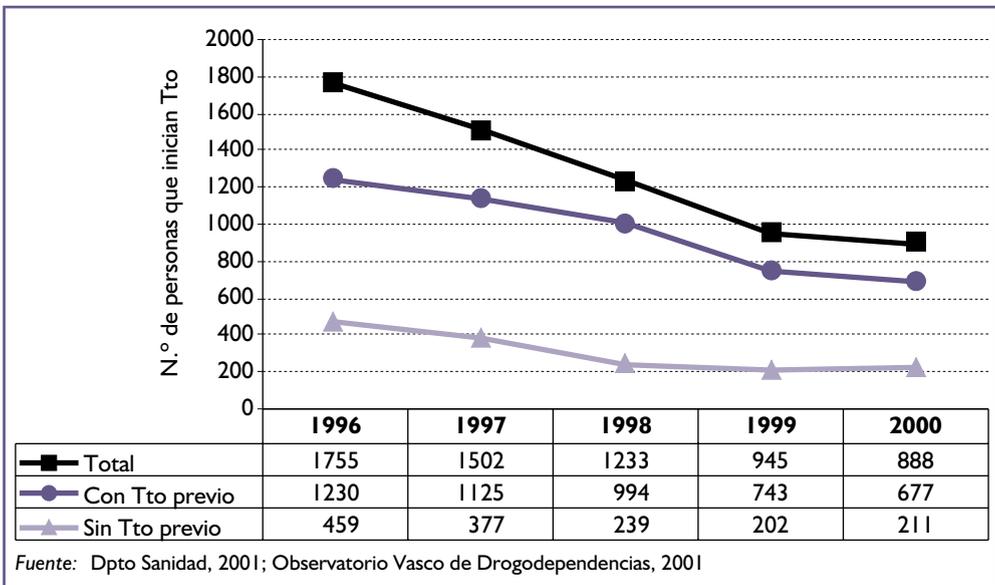
---

<sup>1</sup> La tasa de iniciación se obtiene dividiendo el número de personas que se ha iniciado durante el último quinquenio por la población total a mitad de periodo y multiplicándola luego por mil. No obstante, la iniciación a una droga no conlleva el uso continuado de la misma, ya que la tasa puede ser elaborada a partir de la declaración de haber consumido la sustancia en cuestión al menos una vez durante el periodo para el cual se calcula el indicador.

obtenidas en estos informes, a partir del análisis realizado sobre el indicador tratamiento<sup>2</sup>, son coincidentes con las encontradas a nivel español (DGPND, 2000) o europeo (OEDT, 2001): los opiáceos, en especial la heroína, constituyen aún la principal droga de entre la mitad y las tres cuartas partes de adictos que se someten a tratamiento, pero en los últimos años se evidencia una tendencia a la baja en la cantidad de nuevos consumidores que solicitan tratamiento por uso, abuso o dependencia de la heroína.

En el caso de la CAPV la tendencia recogida durante los años comprendidos entre 1996 y 2000 queda reflejada en el Gráfico 1. Desde 1996 se produce una reducción paulatina en el número total de demandas de tratamiento por problemas de abuso o dependencias de heroína; de un máximo registrado en 1996 de 1755 personas distintas que inician tratamiento, se pasa a 888 inicios en el año 2000, lo que supone una reducción del 49,4%. Es decir, en cinco años se ha reducido a la mitad el número de personas que demandan tratamiento por problemas con la heroína.

**Gráfico 1. Evolución del número de inicios de tratamiento por adicción a heroína en la CAPV (1996-2000)**



<sup>2</sup> Tiene como objetivo conocer el número anual de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en un año dado, en los centros de tratamiento de toxicomanías, tanto dependientes de Osakidetza como de los centros concertados con la red sanitaria (Departamento de Sanidad, 2001).

Durante el periodo analizado, los inicios de tratamiento han sido realizados en mayor medida por consumidores que ya habían realizado previamente algún tratamiento. Pero merece especial atención la tendencia descrita por personas que inician el tratamiento por primera vez, dado que estos son casos incidentes dentro de los servicios de asistencia, es decir, son casos hasta entonces no conocidos ni registrados. En estos casos también se objetiva una tendencia de desaceleración, que en conjunto supone una reducción del número de inicios de tratamiento del 54%. Si se compara este índice de reducción (IR) con el encontrado entre los sujetos ya tratados previamente que inician un proceso terapéutico (IR= 44,9%), podemos concluir que los inicios de tratamiento realizados por personas nunca tratadas por problemas de toxicomanías se reduce con mayor aceleración. Por lo tanto, y de forma complementaria, podría hipotetizarse que cada vez hay menos personas que se inician en el consumo de heroína y, por consiguiente, menos personas que tienen necesidad de solicitar ayuda para solucionar un problema de abuso o dependencia de esta sustancia. En cualquier caso, esta es una hipótesis que precisa de contrastación, y que requeriría de diseños de investigación complejos difíciles de llevar a cabo. Recordemos que, como se ha comentado, en los estudios de prevalencia de este tipo de población confluyen dos dificultades añadidas: el consumo de heroína se concentra con gran frecuencia en poblaciones marginales, las cuales en muchos casos se muestran esquivas, y además es una actividad que se “oculta”.

Como todo fenómeno social, el consumo de drogas está afectado por una dinámica de transformación que se manifiesta en cambios respecto a las formas de consumo, tipos de drogas consumidas y respecto a los propios usuarios de las sustancias (Iraurgi, 1997; 2000). Desde esta perspectiva, distintos autores e instituciones (Roca y Antó, 1987; OEDT, 2001; OED, 2001; OVD, 1997) coinciden en señalar que resulta de máximo interés conocer las características de la población de drogodependientes que solicitan tratamiento, así como la evolución de la demanda, dado que ello nos permitirá una mejor comprensión del fenómeno así como una más correcta planificación de programas clínicos y sociales. Basándose en esta conveniencia, los diferentes organismos encargados de la vigilancia y análisis de la evolución del consumo de drogas muestran periódicamente informes de caracterización de la población usuaria de drogas a través, por lo general, de indicadores basados en registros de casos sanitarios o en estudios de encuesta realizados sobre personas en tratamiento (DGPND, 1998). No obstante, como señalan Lenton y colaboradores (2000), este tipo de estrategia de estudio sobre la población consumidora que accede a tratamiento puede convertirse en un sesgo sobre el “perfil oficial de consumidor”, al no reflejar la realidad de las poblaciones ocultas.

A nadie se le escapa el hecho de que los grupos de consumidores que no acuden en demanda de ayuda a los diferentes dispositivos de atención son los más difícilmente abordables, ya que no existen canales concretos de conexión con los que identificarlos; y, por otra parte, como ya ha sido comentado, se desconoce la verdadera magnitud de esta población oculta. Por lo tanto, en la medida de lo posible, y por la misma razón apuntada más arriba, sería de máximo interés conocer la caracterización de consumidores no adscritos a tratamiento, en la medida que esa población en la sombra representa una demanda futura.

Como consecuencia de todo lo anterior, y en la medida que no existe actualmente una caracterización que nos permita conocer la situación psicosocial y sanitaria, así como las necesidades sentidas por consumidores de heroína no adscritos a tratamiento, la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco se planteó la conveniencia de impulsar un estudio con ámbito de aplicación en la Comunidad Autónoma Vasca para dar respuesta a esta laguna de información.

---

i  
tx

n  
o

f  
s

o  
t

r  
e

m  
n

e  
a

# Capítulo 2

# Capítulo 2

# Capítulo 2

## Objetivos

---

El objetivo del estudio es conocer la situación psicosocial y acceso a recursos socio-sanitarios de “Consumidores de Heroína No Adscritos a Tratamiento” –CHNAT–.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Conocer las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.) de los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento.
2. Conocer el grado de integración social de esta población y la prevalencia de algunos problemas sociales.
3. Conocer los hábitos de consumo.
4. Conocer la prevalencia de las principales prácticas de riesgo de infecciones, en concreto el uso de la vía inyectada y el uso compartido de jeringuillas
5. Conocer la percepción subjetiva del estado de salud, de las relaciones sociales y familiares y la calidad de vida.
6. Conocer el grado de utilización de los distintos servicios sanitarios y sociales
7. Conocer la intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para toxicomanías, en concreto: salas de venopunción, programas de intercambio de jeringuillas, centros de acogida nocturna, programas de metadona y programas de tratamiento con heroína.
8. Explorar las razones por las que actualmente no están en tratamiento.



# Capítulo 3

# Capítulo 3

# Capítulo 3

Metodología

---



### 3.1. **Ámbito**

Consumidores de heroína u otros opiáceos de la Comunidad Autónoma Vasca no adscritos a programas sanitarios o a tratamiento por su toxicomanía.

### 3.2. **Diseño**

Estudio observacional de corte transversal mediante metodología de encuesta.

### 3.3. **Tamaño y distribución muestral**

Dada la laguna existente sobre la prevalencia real de consumidores de heroína en el País Vasco y dada la imposibilidad de hallar un censo que aglutine a personas consumidoras de heroína no adscritas a tratamiento, se consideró una estrategia de estimación muestral basada en los datos facilitados por el Departamento de Sanidad (2001) mediante los indicadores del Sistema de Información sobre Toxicomanías.

En el apartado de “Justificación” se ha observado como en la CAPV en el año 2000 demandaron asistencia en centros de tratamiento por abuso o dependencia de heroína un total de 888 personas; 677 (76,2%) habían realizado con anterioridad un tratamiento previo, y en 211 casos (23,8%) era la primera vez que iniciaban este proceso. El hecho de que inicien contacto con los recursos especializados indica que con anterioridad no se hallaban adscritos a ningún tratamiento, y por esta razón, fue la base a partir de la cual calcular el tamaño muestral necesario para el estudio.

Tomando como base una población de 888 personas, considerando  $p=76,2$  y  $q=23,8$ , y para un error máximo de estimación del 5%, se precisaría una muestra de 219 sujetos (Tabla 1). No obstante, este tamaño muestral fue tomado como orientativo y en aras a marcar un techo necesario para obtener una muestra representativa.

Independientemente del tamaño muestral necesario para obtener una muestra significativa para el ámbito de la Comunidad Autónoma Vasca, la estrategia de obtención de casos fue exhaustiva durante el período de estudio de campo.

La captación de sujetos se llevó a cabo en dos ámbitos:

- 1) Sujetos localizados en la calle que no acudían a ningún servicio de asistencia social o sanitaria. Se les solicitó colaboración voluntaria y anónima.
- 2) Sujetos que frecuentaban servicios sociales (comedores, albergues, etc.) y/o recursos comunitarios no sanitarios (programas de jeringuillas, comisiones ciudadanas antiSIDA, asociaciones sin ánimo de lucro, etc.). También en este caso la colaboración fue voluntaria y anónima.

Dadas las limitaciones y dificultades que el primer tipo de escenario conllevaba para la realización de un estudio de esta índole, y sin obviar la posibilidad de obtener muestra a partir de él, se recurrió de forma preferente al segundo tipo de ámbito de captación.

Por otra parte, atendiendo a la localización de recursos sociales y zonas de distribución de heroína, se priorizaron las siguientes localidades en la búsqueda de participantes:

Bizkaia: Bilbao, Barakaldo, Sestao-Portugalete-Santurce, Gernika-Bermeo, Uribe-Kosta, Basauri, Durango

Guipuzkoa: Donostia, Irún, Hernani, Eibar

Álava: Vitoria-Gasteiz, Llodio

### **3.4. Análisis de la cobertura**

En el anexo I se halla el informe de campo donde se especifica el conjunto de entidades contactadas, aquellas a través de las cuales se pudo contactar con consumidores de heroína que accedieron a completar el cuestionario y la relación de cuestionarios obtenidos en función del territorio histórico y entidad de contacto. En este apartado solo haremos una síntesis de lo allí expuesto.

En Bizkaia y Gipuzkoa se contactó con 16 entidades que realizan actividades con población consumidora de drogas y en Álava con 7. De éstas, 6 entidades de Bizkaia, 4 de Álava y 2 de Gipuzkoa facilitaron el acceso para contactar con consumidores de heroína en activo. En total se entrevistaron a 163 personas, de las cuales 22 se hallaban cumpliendo condena en la Prisión de Nanclares de la Oca y cuya entrevista fue

realizada por el equipo médico de la prisión. Esta submuestra de 22 personas no fue considerada en los análisis finales, dado que su inclusión en los análisis de exploración preliminar contribuía a distorsionar las características de los que se hallaban en “libertad” y presentaban una situación diferencial respecto al resto de entrevistados. Dejamos para otro momento y lugar la comunicación de estas diferencias.

La muestra final utilizada para el estudio quedó constituida por 141 consumidores de heroína; de los cuales 108 (76,6%) fueron entrevistados en Bizkaia, 21 (14,9%) en Álava y 12 (8,5%) en Gipuzkoa.

De los 141 entrevistados, y como se abordará con mayor detalle en el apartado de resultados, 69 se encontraban realizando un tratamiento por toxicomanía y 72 no se hallaban adscritos a ningún tratamiento por drogas.

**Tabla I. Relación entre la muestra estimada y la obtenida**

	Casos que iniciaron tratamiento (Tto) en el año 2000 * n	Muestra estimada # (ME) n	Muestra obtenida (MO) n	Diferencia (ME-MO)	Error de estimación cometido con el tamaño de muestra obtenido
<b>Total</b>	888	219	141	-78 (35,6%)	6,58%

\* Población base para la estimación muestral

$$\# n = \frac{1,96^2 \cdot 888 \cdot 76,2 \cdot 23,8}{[5^2 \cdot (888-1)] + 1,96^2 \cdot 888 \cdot 76,2 \cdot 23,8} = 218,8 \approx 219$$

En la tabla I se pone en relación el tamaño de muestra obtenida respecto a la estimada. Se han realizado 78 entrevistas válidas menos que las estimadas, lo que supone un incremento del error muestral que se localiza en un 6,58%, es decir, un error de 1,58 más del previsto.

### 3.5. Trabajo de campo

Se planteó la conveniencia, por parte del equipo de coordinación, de que el trabajo de recogida de información mediante entrevista y la codificación y volcado de la información en la base de datos fuera realizado por personas ajenas a los intereses del estudio. Por tal motivo se adjudicó la realización del trabajo de campo a la empresa de estudios sociológicos “Behatoki s.l.”, quien utilizó y coordinó su red de campo para la realización de las entrevistas. La realización de dicho trabajo fue llevada a cabo entre los días 5 de junio y 5 de julio de 2002, realizando un informe de campo que se entregó a los coordinadores y que se reproduce en el anexo I.

### 3.6. Cuestionario

Fue utilizado como base de recogida de información un cuestionario estructurado elaborado para ser cumplimentado mediante entrevista personal confidencial. El cuestionario está constituido por ochenta y cuatro preguntas cerradas y ocho abiertas (las alternativas “otros” de alguna de las preguntas cerradas se dejaba abierta para que el entrevistado pudiera completar la información si lo creía oportuno). También fue utilizado el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) para la valoración subjetiva del estado de salud del entrevistado. Los apartados que integran el cuestionario son los siguientes:

- Datos sociodemográficas (sexo, edad, lugar de nacimiento, estudios, etc.)
- Situación económico-social (fuente de ingresos económicos, recursos para pernoctar, comer, asearse, etc.)
- Datos de antecedentes delictivos/penales (detenciones, causas pendientes, estancia en prisión, etc.)
- Hábitos de consumo de drogas (sustancias consumidas, vía administración, etc.)
- Utilización de servicios sanitarios (atención primaria, especialidades médicas, servicios hospitalarios) y sociales (asistencia social de base, trabajadores sociales, ONG, etc.).
- Razones para no hallarse en tratamiento de toxicomanías
- Expectativas/intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para toxicomanías (salas de venopunción, PIJ, PMM, etc.)
- Percepción de la calidad de vida y estado de salud (PSN)

El cuestionario se reproduce en el anexo 2.

### 3.7. Procesamiento de datos y análisis estadísticos

Semanalmente los cuestionarios obtenidos y la información en ellos contenida eran codificados e introducidos en una base de datos, realizándose detección de inconsistencias y valores fuera de rango, y procediendo a las correcciones oportunas. Una vez depurada la base de datos se procedió a la creación de nuevas variables; por ejemplo la edad (resultado de la diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de realización de la entrevista), la variable policonsumo (producto del recuento de sustancias utilizadas durante el mes previo), o las seis dimensiones de salud que el PSN permite discriminar. En total se han generado 28 nuevas variables. Por otra parte, se

reagruparon categorías de alguna de las variables exploradas en aquellos casos que fue necesario debido a su baja frecuencia de respuesta y con el objeto de simplificar de forma coherente la información.

Se ha utilizado estadística descriptiva para sintetizar y organizar los datos obtenidos: en el caso de variables cualitativas a través de frecuencias absolutas (n) o relativas (%) y para variables cuantitativas mediante medidas de posición (Medias – M) y dispersión (Desviación Estándar – DE).

El conjunto de la información obtenida será cruzado con el hecho de estar adscrito o no a un programa de tratamiento (dos grupos), por una parte, o con el hecho de estar adscrito a un tratamiento, no estar adscrito pero haberlo estado con anterioridad, o no haber realizado nunca un tratamiento (tres grupos). El análisis comparativo entre datos categóricos a través de tablas cruzadas se calculó mediante el estadístico  $\chi^2$ ; en el caso de tablas cruzadas de dimensión 2x2, cuando las frecuencias esperadas eran inferiores a 5 se utilizó la corrección de Yates y si eran inferiores a 2 la prueba exacta de Fisher. Para la comparación entre dos y tres grupos respecto a variables dependientes de tipo ordinal utilizamos las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis, respectivamente. Para el análisis comparativo entre dos y tres grupos respecto a variables dependientes de tipo cuantitativo se utilizó el análisis de varianza (prueba F) para el contraste general de diferencias entre las medias de los grupos; en el caso de comparaciones de tres grupos se utilizó la prueba de Scheffè para resolver el sentido de las diferencias.

Se juzgó apropiado valorar las diferencias encontradas desde una perspectiva probabilística, por lo que se consideró significativo un valor de p igual o menor de 0,05. No obstante, dado el carácter exploratorio del estudio, aun no hallándose resultados estadísticamente significativos en las pruebas de contraste, se han tenido en cuenta aquellas diferencias que por su magnitud pueden suponer un rasgo diferencial práctica o teóricamente significativo.

La realización de los análisis estadísticos se ha llevado a cabo con el programa SPSS V10.

---

i  
tx

n  
o

f  
s

o  
t

r  
e

m  
n

e  
a

# Capítulo 4

# Capítulo 4

# Capítulo 4

## Resultados

---

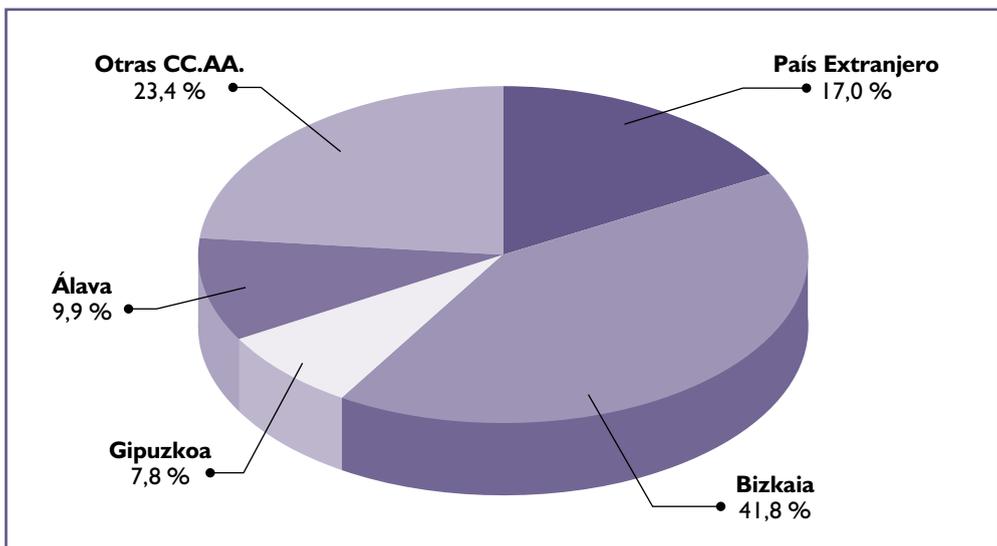


#### 4.1. Introducción

La muestra de estudio está constituida por 141 personas consumidoras de heroína en algún momento de su vida, de las cuales el 78% (n=110) reconocen un uso actual de esta sustancia en el momento de ser entrevistadas.

Casi ocho de cada diez entrevistados son hombres (78%; 110/141) y la edad media de la muestra es de 34,8 años (Desviación Típica - DT= 5,9) con edades comprendidas entre los 16,5 y los 48,1 años. Se trata de una población adulta donde sólo el 4,3% de los encuestados (n=6) es menor de 25 años y un 17% (n=24) tiene una edad superior a los 40 años; entre los treinta y los cuarenta años de edad se halla el 59,6% de los casos.

**Figura 1. Lugar de procedencia de los encuestados**



Atendiendo a su procedencia, en función del lugar de nacimiento (Figura 1), se observa como la mayor parte de los encuestados han nacido en la Comunidad Autónoma del País Vasco -CAPV-(n=84), pero una parte importante tienen una procedencia de otra comunidad autónoma española (n=33) o son nacidos en un país extranjero (n=24). El diseño de la encuesta no nos permite conocer el tiempo de estancia en la CAPV de estos grupos foráneos, y tampoco ver el grado o nivel de arraigo en el contexto socio-cultural, por lo que no nos ocuparemos de explorar si el proceso de inmigración guarda relación con el conjunto de variables que se estudiarán a lo largo del informe, objeto de un estudio en sí mismo, pero sí exploraremos cuál es su distribución entre los entrevistados que están o no en tratamiento en el momento de realizar el trabajo de campo.

A este respecto, y en función de los objetivos del estudio, sí es de interés conocer las características de las personas consumidoras de heroína y otras drogas en función de la relación que guardan con la realización o no de un tratamiento especializado para su toxicomanía. A este respecto, en el momento de ser encuestados un 48,9% de los sujetos (n= 69) manifestaba estar realizando un programa asistencial (médico) en alguno de los Centros de Tratamiento de Toxicomanías (CTT) de la CAPV durante el último mes (11 lo habían iniciado durante ese periodo), y un 58,9% (n=83) referían haber estado en tratamiento durante el último año. De estos últimos, 57 sujetos permanecían en tratamiento y 26 lo habían abandonado en meses previos. Por otra parte, 46 sujetos manifestaron no hallarse en tratamiento actual y no haberlo hecho durante el último año, y de estos 46 un grupo de 20 (14,2% del total) manifestaban no haber estado nunca adscritos a ningún programa de toxicomanías. Por tanto, a partir de estos datos podemos identificar tres grupos de consumidores de heroína en función de su experiencia o no con programas de tratamiento y del tiempo de realización de éstos:

1. Sujetos que actualmente están en tratamiento (n= 69) que constituyen el 48,9% de los encuestados
2. Sujetos que han realizado tratamiento(s) previo(s) pero No actualmente (n=52; 36,9%), y
3. Sujetos que nunca han realizado ningún tratamiento de toxicomanías (n=20; 14,2%).

Esta tipología en tres grupos, así como la que se deriva de la situación de estar o no actualmente en tratamiento, son las que servirán de base para la descripción de las características y situación psicosocial de los participantes en el estudio, así como para dar respuesta a los objetivos e hipótesis plantadas en apartados anteriores.

En la Tabla 2 se presenta la distribución de participantes en función del sexo y la edad para los grupos considerados. Utilizaremos los datos de esta tabla para ejemplificar como han de ser leídas las tablas siguientes en tanto que mantienen en su mayoría el mismo formato que ésta. En las filas de la tabla parecen las variables a analizar, técnicamente llamadas variables dependientes, las cuales pueden ser de tipo cualitativo o categorial, como es el caso del sexo, o de tipo cuantitativo, como es el caso de la edad. En las columnas de las tablas podemos apreciar en su encabezado tres grandes grupos, sombreado cada uno de ellos y manteniendo una separación entre los mismos. En el primer grupo de columnas aparecerán los datos referidos al total de casos para los que se cuenta con respuestas válidas, que en la mayoría de las tablas hará referencia al total de casos encuestados, es decir, 141. Si los datos son de tipo cualitativo, se especificará el número de casos (*n*) a los que hace referencia la definición de la variable (en la fila) y el porcentaje (%) que corresponde respecto al total de casos analizados. Por ejemplo, en el caso de la variable sexo se han entrevistado a un total de 110 hombres, lo que representa el 78% de los casos de la muestra total (110/141). Por otra parte, si la variable a analizar es de tipo cuantitativo, entonces se ofrecerá la media (*M*) de las puntuaciones obtenidas y su desviación típica (*DT*); en el caso de la edad, la muestra estudiada tiene una edad media de 34,8 años con una *DT* de 5,9. Para el caso de algunas variables se ofrecerán datos suplementarios que no tienen por que aparecer en la tabla correspondiente y que en algunos casos pueden ofrecerse en forma de Figura o expuestos de forma relatada (véase el segundo párrafo de esta introducción como ejemplo de lo comentado respecto a la edad).

**Tabla 2. Distribución por sexo y edad**

	Total muestra (n = 141) n %		Comparación tres grupos				Comparación dos grupos							
			Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste $\chi^2$ $\rho$		No Tto actual (n = 72) n %		Prueba de contraste $\chi^2$ $\rho$	
Sexo (Hombre)	110	78,0	15	75,0	41	78,8	54	78,3	0,12	n.s	56	77,8	0,005	n.s
	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	$F_{(2,138)}$	$\rho$	<b>M</b>	<b>DT</b>	$F_{(1,139)}$	$\rho$
Edad	34,8	5,9	31,8 <sup>a</sup>	7,5	33,6 <sup>b</sup>	5,4	36,5 <sup>ab</sup>	5,4	6,79	0,002	33,1	6,1	12,16	0,001

En el segundo grupo de columnas, las cuales aparecen con el encabezado “Comparación tres grupos”, se consignarán los datos correspondientes, sean de tipo

cualitativo o cuantitativo, que se observan en cada uno de los tres grupos considerados más arriba: sujetos nunca en tratamiento (“nunca en Tto”), sujetos con tratamiento previo pero no actual (“Tto previo”) y sujetos en tratamiento (“Tto actual”). Siguen a estas tres columnas otras dos, en las cuales se presentarán los resultados de la prueba de contraste de diferencias entre los tres grupos (“prueba de contraste”) y el valor de probabilidad asociado a esa prueba (“p”). En el caso de variables de tipo categorial la prueba de contraste será la ji cuadrado ( $\chi^2$ ), y en el caso de variables cuantitativas se aplicará el análisis de varianza ( $F$ ). En el caso de existencia de diferencias entre los tres grupos, y dado que presentan un diferente número de casos, se aplicará la prueba de Scheffè para localizar entre qué grupos se hallan las diferencias. Para ello, junto a las medias de cada grupo aparecerán unas letras en voladilla (p.ej.: 31,8<sup>a</sup>); cuando dos medias compartan una misma letra se estará indicando que las dos difieren de forma estadísticamente significativa.

Siguiendo los datos de la tabla 2, observamos que la distribución de hombres en los tres grupos considerados es de un 75% en el grupo “nunca en Tto”, un 78,8% en el grupo “Tto previo” y de un 78,3% en el grupo “Tto actual”; la diferencia porcentual máxima es de un 3,8% entre el primer y segundo grupo, de un 3,3% entre el primer y tercer grupo y de un 0,5% entre el segundo y tercer grupo. La prueba de contraste de ji cuadrado es de 0,12 y asociado a este valor se hallaría un valor de probabilidad (p) que supera el nivel de significación admitido usualmente ( $\leq 0,05$ ), por lo que se ha detallado en la casilla de la columna p la especificación “n.s.” (no significativo). Este resultado de la prueba de contraste nos informa que no podemos rechazar la hipótesis nula según la cual los grupos no difieren entre sí; es decir, las pequeñas diferencias encontradas entre la proporción de hombres aparecida en cada grupo pueden ser un efecto del azar, y por tanto ha de admitirse que la distribución del sexo en los tres grupos es equivalente. En el caso de la edad, observamos que la media del grupo “nunca en Tto” es de 31,8 años, la media del grupo “Tto previo” es de 33,6 años y la del grupo “Tto actual” de 36,5 años. Observamos también que la prueba  $F$  muestra un valor de 6,79 y asociado al mismo se observa un valor de p igual a 0,002. Este valor, por ser inferior al criterio de consenso  $p \leq 0,05$ , nos informa que las diferencias entre las medias de los grupos son estadísticamente significativas; más en concreto, nos informa que las diferencias de medias observadas sólo se producirían por azar con una probabilidad del dos por mil, por lo que se admite que tales diferencias son reales y no debidas al azar. Para conocer entre qué grupos se hallan las diferencias hemos de considerar las letras asociadas a las medias. Observamos que la media del grupo “nunca en Tto” y la media del grupo “Tto actual” presentan la letra “a” y la

media de los grupos “Tto previo” y “Tto actual” también comparten la letra “b”. Esto quiere decir que la edad del grupo “Tto actual” es diferente, en este caso mayor, que la del grupo “nunca en Tto” y la del grupo “Tto previo”. Ahora bien, la media de los grupos “nunca en Tto” y “Tto previo” no comparten ninguna letra, y ello quiere decir que la diferencia de edad entre los grupos (1,8 años más joven el grupo “nunca en Tto”) no ha de considerarse como significativa y ha de entenderse que ambos grupos presentan una edad equivalente.

Por último, en el tercer grupo de columnas se examina la comparación entre dos grupos: los que están en tratamiento actual y los que no. En este grupo de columnas aparece la designación del grupo “No Tto actual”, que es el resultante de agrupar los datos de los grupos “nunca en Tto” y “Tto previo”, y cuyos resultados han de compararse con la columna, previamente aludida, “Tto actual”. Las pruebas de contraste en este caso de comparación de dos grupos siguen siendo la  $\chi^2$  y la F, pero en este último caso ya no será necesario calcular la prueba de Scheffè, y en el supuesto de contraste de proporciones donde las frecuencias esperadas en tablas de 2x2 fueran inferiores a 5 se utilizó la prueba exacta de Fisher. No obstante, todo lo dicho en el párrafo previo respecto a la interpretación del resultado de las pruebas de contraste y los valores de p sirve también para la comparación de dos grupos. A este respecto, y siguiendo con la ejemplificación a partir de las variables sexo y edad, apreciamos que la prueba de contraste para la diferencia de proporciones respecto a la distribución del sexo entre los dos grupos es de  $\chi^2 = 0,05$  con un valor de p no significativo y, por tanto, ha de entenderse que ambos grupos presentan igual distribución de hombres/mujeres. En el caso de la edad, el análisis de varianza presenta un valor de  $F = 12,16$  con  $p < 0,001$ , y por tanto hemos de considerar que la diferencia de medias en la edad de los dos grupos es significativa; es decir, el grupo en tratamiento actual presenta una edad superior a la del grupo que no está en tratamiento, que en promedio es 3,4 años mayor.

Antes de concluir con este apartado de introducción y pasar al análisis de los factores relevantes implicados en los objetivos del estudio, quisiéramos comentar algunas de las variables que conforman la caracterización sociodemográfica de la muestra. En la tabla 3 se detallan datos referidos a tres aspectos diferentes; uno ya comentado someramente al inicio de este apartado, la procedencia de los sujetos en función de su lugar de nacimiento, otro referido al nivel de estudios alcanzado, y una variable que explora si la persona encuestada tiene o no una pareja afectiva.

Respecto al lugar de procedencia (Figura 1), ya hemos comentado como un 59,6% son personas nacidas en la CAPV, un 23,4% han nacido en otras comunidades

autónomas, y un 17% se trata de personas inmigrantes de otros países. Esta distribución no es homogénea respecto a los grupos de comparación. Se observa que entre las personas en tratamiento actual hay una mayor proporción de casos nacidos en la CAPV (69,6%) o en otras CC.AA. (29,5%), mientras que entre los sujetos no adscritos a tratamiento, respecto al grupo en tratamiento, se constata una mayor prevalencia de personas inmigrantes (30,6% vs 2,9%). Entre las personas que no siguen tratamiento, esta mayor prevalencia de inmigrantes se observa entre los casos que nunca han recibido tratamiento (35%) si bien la diferencia con los que han recibido tratamiento previo (28,8%) no es muy grande (6,2 puntos porcentuales (tabla 2).

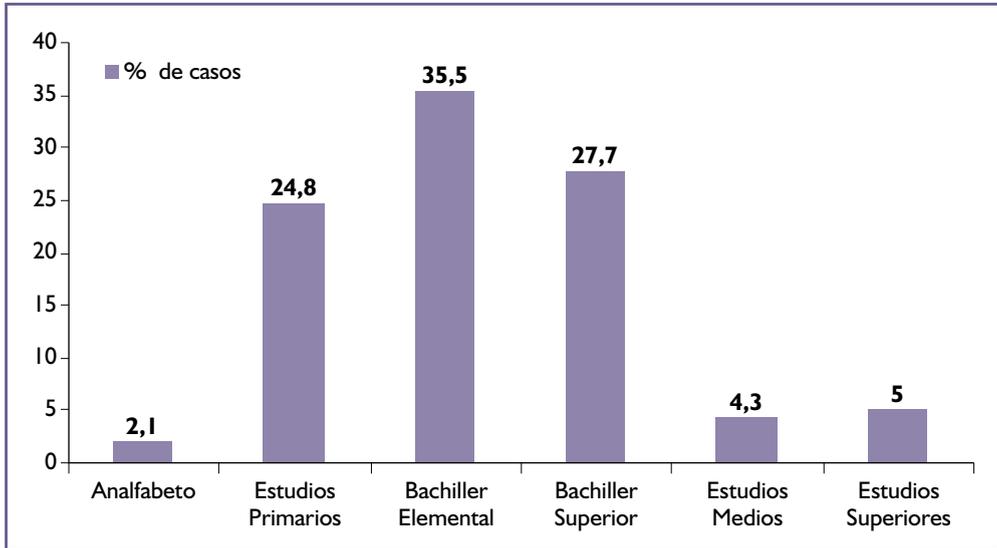
**Tabla 3. Otras variables sociodemográficas: lugar de nacimiento, pareja y nivel de estudios**

	Total muestra (n = 141) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos						
		Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste		No Tto actual (n = 72) n %		Prueba de contraste
							$\chi^2$ p			$\chi^2$ p		
Lugar de nacimiento												
CAPV	84 59,6	10 50,0	26 50,0	48 69,6	19,6 0,001	36 50,0	19,1 0,001					
Otras CC.AA.	33 23,4	3 15,0	11 21,2	19 29,5		14 19,4						
País Extranjero	24 17,0	7 35,0	15 28,8	2 2,9		22 30,6						
Graduado escolar o nivel inferior de escolarización	89 62,9	11 55,0	34 64,7	44 63,8	0,6 n.s.	45 62,0	0,04 n.s.					
Pareja	58 41,1	7 35,0	19 36,5	32 46,4	1,4 n.s.	26 36,1	1,5 n.s.					

Respecto al nivel de estudios, 3 sujetos refieren no saber leer ni escribir (2,1%) y 7 haber cursado estudios universitarios (5%) Como puede observarse en la figura 2, ambas situaciones son las extremas en el continuo de nivel de estudios, y ambas son opciones minoritarias. El mayor contingente de los encuestados refieren haber alcanzado estudios de bachiller elemental o su equivalente graduado escolar (35%), un 27,7% han realizado estudios de bachiller superior (BUP-COU), y un 24,8% ha cursado estudios primarios sin haber alcanzado el graduado escolar.

Dada la distribución que esta variable adopta al ser tabulada en función de los grupos de comparación y en tanto que ello hace inviable la aplicación de pruebas estadísticas que permitan una correcta interpretación de los datos, se ha optado por agrupar los niveles académicos reflejados en la figura 2 en dos grandes bloques: los

**Figura 2. Estudios realizados**



que tienen estudios de graduado escolar o nivel inferior de escolarización, situación reflejada por el 62,9% de los encuestados, y aquellos otros con estudios superiores al graduado escolar. La tabla 3 refleja la distribución de sujetos con graduado escolar o nivel inferior entre los diferentes grupos y se constata la no existencia de diferencias estadísticamente significativas. Es decir, la proporción de casos con estudios inferiores al graduado escolar es similar entre los sujetos actualmente en tratamiento que entre los que no se hallan adscritos a tratamiento.

Para cerrar este bloque dedicado al análisis de variables sociodemográficas, se ha tenido en cuenta si el encuestado tiene una pareja afectiva. Nótese que preguntamos por la presencia de una pareja y no por su estado civil. La razón es que múltiples estudios han mostrado la importancia de este factor como amortiguador emocional y fuente de soporte y apoyo ante el afrontamiento de problemas. La utilización del estado civil para discriminar esta fuente de apoyo se ha centrado en considerar que lo/as casado/as eran lo/as que contaban con una pareja, obviando que soltero/as y separado/as podrían contar con tal recurso y, por tanto, convirtiendo la variable estado civil en un factor de confusión. En la muestra entrevistada, se han observado 58 personas que refieren tener pareja, y si bien las diferencias entre grupos no han resultado estadísticamente significativas, sí se constata una mayor prevalencia de sujetos “sin” pareja entre las personas sin tratamiento (una diferencia porcentual de 10,3 puntos).

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- De los 141 encuestados 72 (51,1%) no se hallan adscritos a tratamiento médico por su toxicomanía, de los cuales 52 (36,9 % del total) han realizado algún tratamiento de este tipo con anterioridad, y 20 (14,2% del total) no han realizado nunca un tratamiento.
- Son usuarios preferentemente hombres (77,8%).
- Presentan una edad media de 33,1 años, siendo más jóvenes que los sujetos que se hallan en tratamiento ( $M=36,5$  años).
- Un 50% de los casos han nacido en la CAPV, un 19,4% en otras CC.AA. y un 30,6% son inmigrantes de otros países. La prevalencia de estos últimos entre los sujetos no adscritos a tratamiento, y de forma especial entre los que nunca han realizado ningún tratamiento, es mayor que entre los sujetos en tratamiento.
- En un 62% de los casos el nivel de escolarización alcanzado es de graduado escolar o inferior.
- Un 69,4% de los sujetos no tienen pareja afectiva.

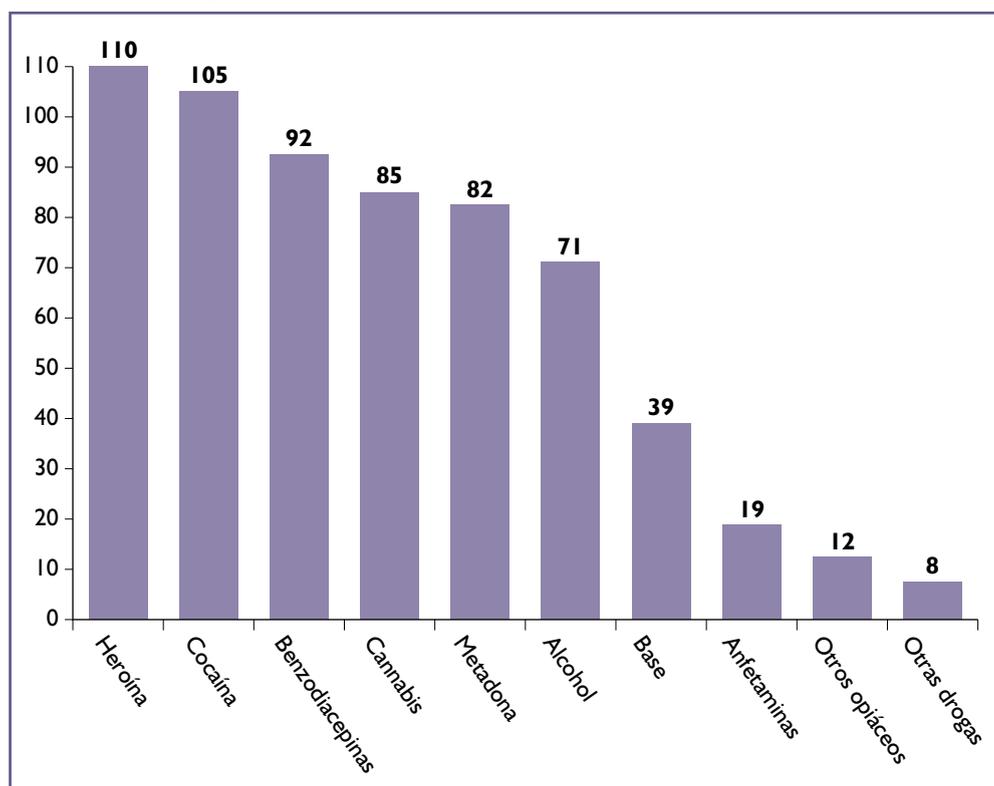
### 4.2. Uso de drogas y hábitos de consumo

Uno de los objetivos fijados en el estudio es conocer el perfil de uso de drogas y hábitos de consumo que hacen las personas participantes, y explorar si dicho perfil difiere entre los que actualmente reciben o no tratamiento por un problema de toxicomanía.

Como ha sido comentado previamente, el total de encuestados ha utilizado la heroína de forma frecuente en algún momento de su vida, si bien respecto al mes previo refieren no haberla consumido 31 personas: una perteneciente al grupo que nunca ha recibido tratamiento y el resto son personas que actualmente se hallan en tratamiento.

Se ofreció a los encuestados un listado de 9 sustancias específicas y un apartado referido a otras drogas no contempladas en el listado previo, y se les pidió que afirmasen o negasen si durante el último mes habían consumido cada una de las sustancias

**Figura 3. N.º de consumidores por cada sustancia**



reflejadas. En la figura 3 y tabla 4 se muestra la distribución de sujetos que han afirmado haber consumido. Se aprecian dos grandes bloques de sustancias. Unas que podríamos denominar de “amplio consumo” ya que más del 50% de los encuestados refieren haberlas consumido durante el último mes, y entre las cuales se hallan, por orden de número de consumidores, la heroína, la cocaína, las benzodiacepinas, el cannabis, la metadona y el alcohol. El segundo grupo, “sustancias de bajo consumo”, son la base, las anfetaminas, el consumo de otros opiáceos o la utilización de otras sustancias, que en la mayor parte de los casos hacen alusión a medicaciones prescritas para el tratamiento de una dolencia médica de tipo psiquiátrico (triptizol, etumina, zyprexa, etc.) o al uso del tabaco.

Entre las sustancias de amplio consumo, resaltan de forma especial el uso de heroína y cocaína, utilizadas por tres de cada cuatro encuestados. Tan solo 8 personas refieren no haber consumido durante el último mes ni heroína ni cocaína; todas ellas se encuentran en tratamiento con metadona. La proporción de personas que han

consumido heroína durante el último mes es mayor entre los que no están en tratamiento (98,6%) que entre los que sí lo están (56,5%); de hecho entre los que no están en tratamiento actual pero sí realizaron alguno previamente la totalidad de sujetos manifiesta haber consumido esta sustancia. En el caso de la cocaína, no se encuentran diferencias en la prevalencia de consumidores cuando atendemos a su situación respecto al tratamiento; es decir, la proporción de sujetos que han consumido cocaína durante el último mes es similar entre los que están o no en tratamiento (tabla 4). La alta prevalencia de consumo de estas sustancias era de esperar entre los sujetos no adscritos a tratamiento, pero resulta sorprendente la alta proporción de sujetos que estando en tratamiento refieren haber consumido heroína (56,5%) o cocaína (72,5%).

También con una prevalencia de uso considerable, aproximadamente seis de cada diez casos, refieren haber consumido benzodiazepinas y/o metadona. Estas sustancias son normalmente utilizadas como recursos terapéuticos dentro de los programas de asistencia médica en toxicomanías, por lo se espera que la prevalencia de usuarios de estas sustancias sea mayor en el grupo en tratamiento que en los otros. Efectivamente, esta hipótesis se confirma apreciándose diferencias estadísticamente significativas (tabla 4) en las proporciones observadas en cada grupo. La metadona y las benzodiazepinas son utilizadas por el 89,9% y 75,4%, respectivamente, de los

**Tabla 4. Consumo de sustancias durante el último mes**

	Total muestra (n = 141)		Comparación tres grupos				Comparación dos grupos							
			Nunca en Tto (n = 20)		Tto previo (n = 52)		Tto actual (n = 69)		Prueba de contraste		No Tto actual (n = 72)		Prueba de contraste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	$\rho$	n	%	$\chi^2$	$\rho$
Heroína	110	78,0	19	95,0	52	100,0	39	56,5	36,6	0,001	71	98,6	36,4	0,001
Cocaína	105	74,5	15	75,0	40	76,9	50	72,5	0,3	n.s.	55	76,4	0,2	n.s.
Base	39	27,7	9	45,0	16	30,8	14	20,3	5,1	0,067	25	34,7	3,6	0,055
Metadona	82	58,2	2	10,0	18	34,6	62	89,9	59,3	0,001	20	27,8	55,8	0,001
Otros opiáceos	12	8,5	1	5,0	8	15,4	3	4,3	5,0	n.s.	9	12,5	3,0	n.s.
Cannabis (Hachís)	85	60,3	11	55,0	34	65,4	40	58,0	0,9	n.s.	45	62,5	0,3	n.s.
Benzodiazepinas	92	65,2	9	45,0	31	59,6	52	75,4	7,4	0,024	40	55,6	6,1	0,014
Anfetaminas / Éxtasis	19	13,5	3	15,0	10	19,2	6	8,7	2,8	n.s.	13	18,1	2,6	n.s.
Alcohol	71	50,4	11	55,0	29	55,8	31	44,9	1,5	n.s.	40	55,6	1,6	n.s.
Otras	8	5,7	0	0,0	6	11,5	2	2,9	5,5	0,063	6	8,3	1,9	n.s.
	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>F</b> (2,138)	<b><math>\rho</math></b>	<b>M</b>	<b>DT</b>	<b>F</b> (1,139)	<b><math>\rho</math></b>
Policonsumo 9 (9 sust.)	4,36	1,8	4,0	1,8	4,6	2,0	4,3	1,6	0,8	n.s.	4,4	1,9	0,1	n.s.
Policonsumo 7 (7 sust.)	3,13	1,5	3,4 <sup>a</sup>	1,5	3,6 <sup>b</sup>	1,6	2,6 <sup>ab</sup>	1,4	6,9	0,001	3,6	1,5	30,5	0,001

sujetos en tratamiento, lo cual suponemos obedece a una prescripción terapéutica. Lo que no puede considerarse como prescripción terapéutica es el uso de estas sustancias entre las personas que no están en tratamiento, que es mayor entre los que han tenido experiencia previa de tratamiento que entre los que no han sido tratados nunca. De hecho, un 59,6% del grupo “Tto previo”, frente al 45% de los no tratados nunca refieren haber consumido benzodiazepinas, y las proporciones son del 34,6% y del 10%, respectivamente, cuando se refieren a la utilización de metadona. Estos datos son reflejo de la existencia de un mercado negro de fármacos terapéuticos entre las personas no adscritas a tratamiento. La existencia de una mayor proporción de casos que utilizan estas sustancias entre los que han realizado algún tratamiento previo respecto a los que no se han tratado nunca, podría apuntar hacia la hipótesis de un posible efecto yatrogénico: los sujetos abandonan el tratamiento pero no el consumo de las sustancias que les fueron prescritas, quizá en la idea de que con ellas podrían compensar en determinados momentos la falta de heroína y así evitar el síndrome de abstinencia, o quizá buscando los propios efectos psicoactivos que la sustancia les pueden ofrecer, sobre todo en el caso del uso de benzodiazepinas.

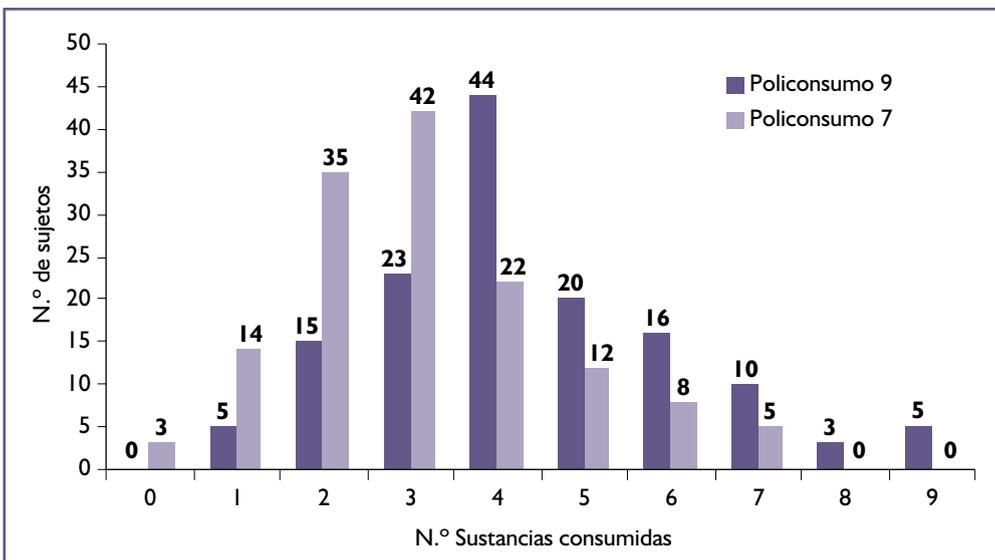
El uso de cannabis y alcohol también es declarado por una importante proporción de sujetos, 60,3% y 50,4% respectivamente, pero no se puede concluir que haya diferencias entre los diferentes grupos. No obstante, a nivel descriptivo, queremos hacer notar como el grupo con “Tto previo” es el que ofrece una mayor proporción de casos tanto respecto al consumo de cannabis (65,4%) como de alcohol (55,8%).

El uso de la cocaína base es declarado por tres de cada diez sujetos, y si bien no podemos rechazar la hipótesis nula de no diferencias por encontrarse el valor de  $p$  asociado a la prueba de contraste ( $p = 0,067$  – tabla 4) un poco por encima del nivel de significación estándar ( $p \leq 0,05$ ), ha de hacerse notar como esta sustancia es utilizada en mayor medida entre los sujetos que nunca han estado en tratamiento (45%), que entre los que han seguido un tratamiento previo (30,8%) o los que actualmente están en tratamiento (20,3%). Por otra parte, el uso de base está asociado al uso de cocaína ya que de los 39 sujetos que manifiestan haber usado la base, 35 también declaran haber consumido cocaína. Por otra parte, la utilización de anfetaminas, otros opiáceos u otras sustancias son declaradas por una baja proporción de casos (13,5%, 8,5% y 5,7% respectivamente), y si bien tan poco en estos casos puede aceptarse la diferencia de proporciones entre los grupos de comparación dado el resultado de las pruebas de contraste, se hace notar de nuevo como el grupo con tratamiento previo pero no actual es el que expresa una mayor proporción de casos con consumo de estas sustancias (19,2%, 15,4% y 11,5% respectivamente).

Todos estos resultados parecen indicar que a excepción de las sustancias de uso terapéutico (metadona y benzodicepinas) los sujetos no adscritos a tratamiento, y de forma más relevante los que han realizado algún tratamiento previo pero no en la actualidad, son los que presentan una mayor prevalencia de consumo de sustancias “ilegales”.

Nótese que hasta el momento hemos venido haciendo alusión a la existencia o no de una mayor prevalencia de consumidores de una determinada sustancia en un grupo u otro y se ha evitado la expresión “hacer un mayor consumo de sustancias” o “se consume más en este grupo que en el otro”. Para hacer afirmaciones de este último tipo hubiera sido necesario preguntar por la frecuencia de consumo y cantidad utilizada en un período de tiempo dado, lo cual por las características de la entrevista no fue posible. No obstante, con los datos que contamos, sí podemos hacer una estimación del número de sustancias consumidas por cada persona y si se producen diferencias en las medias de cada grupo. Para ello se han generado dos variables llamadas policonsumo (tabla 4) resultantes de sumar el número de respuestas positivas que daba cada sujeto para cada una de las sustancias por las que fue preguntado. De esta manera, obtendremos un indicador que oscilará entre un valor mínimo de cero (en el caso de que no consumiera ninguna de las sustancias) y un valor máximo de 9 (en el caso de que consumiera todas las sustancias). Dado que la metadona y las benzodicepinas pueden estar prescritas por un médico a los sujetos en tratamiento y ello

**Figura 4. N.º sustancias consumidas**



haría aumentar la media de policonsumo de este grupo, como ya se ha podido confirmar previamente, se han generado dos variables una que agrupa el total de sustancias (*policonsumo 9*) y otra que excluye del cálculo el uso de benzodiazepinas y de metadona (*policonsumo 7*).

El indicador policonsumo 9 asume valores entre 1 y 9, con una media de 4,3 (DT= 1,8), y el indicador policonsumo 7 muestra valores entre 0 y 7, con una media de 3,1 (DT= 1,5) (Figura 4). Cuando se considera la distribución de medias en los grupos (Tabla 3) atendiendo al indicador policonsumo 9 no se encuentran diferencias estadísticamente significativas; la media de sustancias consumidas en cada grupo es equivalente. Ahora bien, si prescindimos de considerar en el cálculo del indicador policonsumo el uso de metadona y benzodiazepinas, observamos como las medias difieren indicando que los sujetos no adscritos a tratamiento hacen un uso de mayor número de sustancias (M=3,6; DT= 1,5) que el grupo de sujetos en tratamiento (M= 2,6; DT= 1,4), y que, por otra parte, la cantidad de sustancias consumidas por los sujetos nunca tratados (M= 3,4) y con tratamiento previo (M=3,6) ha de considerarse equivalente.

Al ser preguntados por cuánto tiempo llevan consumiendo heroína se observan valores que van desde el mes previo a 298 meses (aproximadamente 25 años). Un 5% de los casos (n=7) han iniciado su consumo de heroína en los últimos seis meses, en los últimos doce meses lo ha hecho el 9,4%, y en los últimos cinco años el 20,1%. Por tanto, el 79,9% presenta una historia de consumo de heroína de más de cinco años, y más de 10 años lo llevan haciendo el 61,2% de los sujetos entrevistados. La media de años de consumo para la muestra total (tabla 5) se sitúa en torno a los 12 años, apreciándose diferencias significativas entre los distintos grupos. Los sujetos en tratamiento actual presentan una historia de consumo de heroína más dilatada que los sujetos no adscritos a tratamiento, una diferencia media de 4,3 años más de consumo. En concreto, los sujetos en tratamiento actual han tenido contacto con la heroína durante los 14,2 años previos, los sujetos con tratamientos anteriores pero no en la actualidad llevan en contacto con la heroína desde hace 10,9 años, y el grupo que nunca ha sido tratado presenta una historia de consumo de 7,2 años. El mismo perfil de diferencias, como ya ha sido comentado, es el hallado para la edad y es que, de hecho, ambas variables se muestran significativamente asociadas (correlación de pearson:  $r=0,40$ ;  $p<0,001$ ). Es decir, los sujetos en tratamiento actual presentan una mayor edad y se iniciaron antes en el consumo de heroína que los sujetos no adscritos a tratamiento.

**Tabla 5. Historia de consumo y práctica de inyección**

	Total muestra (n = 141) M DT		Comparación tres grupos				Comparación dos grupos							
			Nunca en Tto (n = 20) M DT		Tto previo (n = 52) M DT		Tto actual (n = 69) M DT		Prueba de contraste F <sub>(2,138)</sub> ρ		No Tto actual (n = 72) M DT		Prueba de contraste F <sub>(1,139)</sub> ρ	
Años de consumo	12,0	7,6	7,2 <sup>a</sup>	8,1	10,9 <sup>b</sup>	6,9	14,2 <sup>ab</sup>	7,2	7,8	0,001	9,9	7,4	11,7	0,001
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ <sup>2</sup>	ρ	n	%	χ <sup>2</sup>	ρ
Se ha inyectado en alguna ocasión	117	83,0	8	40,0	45	86,5	64	92,8	31,3	0,001	53	73,6	9,1	0,002

También se les preguntó si en el tiempo que llevan haciendo uso de drogas se han inyectado en alguna ocasión (Tabla 5), el 83% de los sujetos contestaron afirmativamente. Entre los que se encuentran en tratamiento, un 92,8% de los casos refieren haber utilizado la vía inyectada en algún momento, y un 73,4% entre los no adscritos a tratamiento actual. Más específicamente, la prevalencia de haberse inyectado entre los sujetos con tratamiento previo (86,5%) se acerca más a la reflejada por los sujetos en tratamiento (92,8%) que la mostrada por los que nunca han estado en tratamiento (40%), siendo estas diferencias de prevalencia estadísticamente significativas.

No obstante, el haberse inyectado en alguna ocasión no implica que lo hagan de continuo, y por ello interesaba conocer cual es la vía de consumo utilizada con mayor frecuencia (Tabla 6). Un 57,9% de los sujetos refería utilizar como forma habitual de consumo la vía inyectada, un 33,6% fumaba o esnifaba la sustancia, y 12 personas referían otras formas de consumo. Entre estos últimos, se encontraban los 8 sujetos que ni consumían heroína ni cocaína y como forma de consumo proponían la forma oral ya que la metadona ha de ser bebida. La vía de consumo se distribuye de forma

**Tabla 6. Vía de consumo más frecuente en la actualidad**

	Total muestra (n = 141) n %		Comparación tres grupos				Comparación dos grupos							
			Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste χ <sup>2</sup> ρ		No Tto actual (n = 72) n %		Prueba de contraste χ <sup>2</sup> ρ	
Inyectada	81	57,9	6	30,0	33	63,5	42	61,8	13,9	0,008	39	54,2	6,59	0,037
Fumada / esnifada	47	33,6	13	65,0	17	32,7	17	25,0			30	41,7		
Otras	12	8,3	1	5,0	2	3,8	9	13,2			3	4,2		

diferente según el grupo de pertenencia. La vía inyectada es el método más utilizado entre los sujetos en tratamiento actual (61,8%) y entre los que han tenido tratamiento previo (63,5%), mientras que los sujetos que nunca han sido tratados optan en mayor medida por la vía fumada o esnifada (65%).

A los que afirmaron utilizar la vía inyectada como forma usual de consumo (n= 81) se les preguntó dónde obtenían las jeringuillas ofreciéndoles cuatro opciones de respuesta entre las que podían elegir varias de ellas. Las opciones eran si compartían la jeringuilla con otros, o bien las adquirirían en farmacias, centros de salud o en los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). A partir de estas cuatro opciones se consideraron otras dos en el caso de haber más de una elección. La quinta opción analizada se configuraba si el sujeto utilizaba dos o tres de las opciones referidas a centros específicos donde se facilitan jeringuillas nuevas (opciones 2, 3 y 4); la sexta opción se constituía a partir de la elección de la primera propuesta (compartir jeringuillas) y otra u otras de las opciones 2, 3 ó 4. Consideraremos que las opciones de mayor riesgo para la salud, en tanto que no previenen la posible transmisión de infecciones, son la uno y la seis, es decir, aquellas que incluyen el hecho de compartir la jeringuilla. Ninguno de los sujetos manifestó compartir jeringuillas como forma exclusiva de obtener este material y tan solo 8 sujetos refirieron utilizar esta opción en combinación con otras formas de adquisición. La adquisición de jeringuillas en los centros de salud tampoco fue un recurso utilizado de forma específica. La opción más elegida, por el 43,3%, fue la utilización de varios de los servicios de dispensación estéril de jeringuillas (farmacias, centros de salud o PIJ). De forma única, un

**Tabla 7. Lugar de obtención de jeringuillas**

	Total muestra (n = 141) n %		Comparación tres grupos				Comparación dos grupos							
			Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste		No Tto actual (n = 72) n %		Prueba de contraste	
								$\chi^2$	$\rho$			$\chi^2$	$\rho$	
Comparte con otro (1)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5,55	n.s.	0	0,0	5,2	n.s.
Farmacias (2)	10	12,3	1	16,7	3	9,1	6	14,3			4	10,0		
Centros de Salud (3)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0			0	0,0		
Programa Intercambio de Jeringuillas (4)	28	34,6	2	33,3	14	42,4	12	28,6			16	41,0		
Combinación opciones 2, 3 y 4	35	43,2	2	33,3	11	33,3	22	52,4			13	33,3		
Combinación opción 1 con 2 y 4	8	9,9	1	16,7	5	15,2	2	4,8			6	15,4		
No procede	60	42,6												

34,6% de los sujetos obtienen sus jeringuillas en los PIJ, y un 12,3% en las farmacias. La prueba de contraste de proporciones para dos o tres grupos no mostró significación estadística, pero la distribución de frecuencias permite apuntar que la utilización de varios servicios de distribución es la opción preferente entre los sujetos que están en tratamiento, mientras que el recurso a los PIJ es la opción más utilizada entre los que han realizado tratamientos previos pero actualmente no están adscritos a uno (tabla 7).

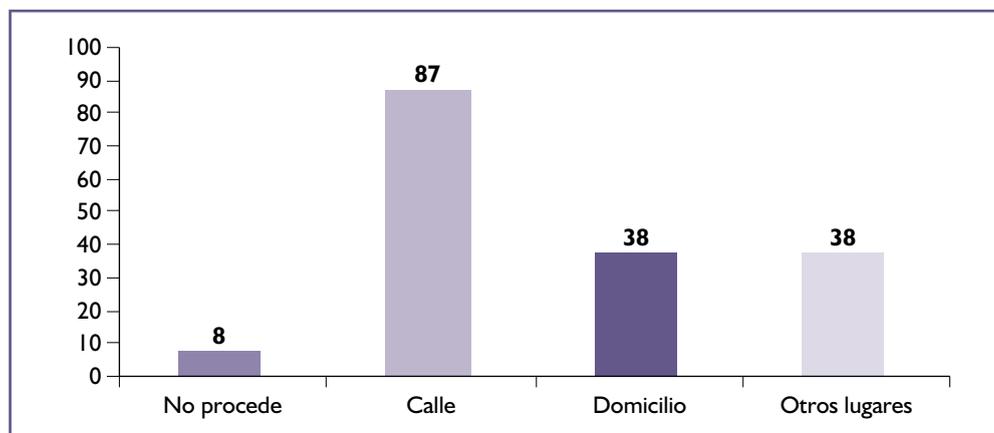
Por último, entre las variables referidas a los hábitos de consumo, se les preguntó por los lugares que utilizan para administrarse la droga utilizando un formato de respuesta abierta donde el sujeto podía proponer cuantas alternativas utilizase. Se recogieron 15 lugares diferentes (en casa, la pensión, casa de amistades, casa ocupada, fábrica ocupada, servicios de la estación o bares, duchas y aseos públicos, portales, cajeros, cabinas de teléfono, en la calle, en el monte, en el parque de las Cortes y en la ría bajo el puente) y una serie de observaciones que encuadraban el contexto de consumo pero sin especificar un lugar determinado; las expresiones que utilizaron eran del tipo: “en lugares discretos”, “a escondidas”, “nunca en la calle”, “nunca a la vista”, “donde no le vean los chavales”, “en cualquier lado”, “donde puede” o “donde no haya viento”. El conjunto de estas alusiones hacen referencia a la necesidad de buscar sitios discretos para consumir y es propuesta por la mayoría de los encuestados.

Los quince espacios específicos donde realizan consumos fueron agrupados en categorías en función de la frecuencia de utilización; en la figura 5 se presenta el resultado de dicha agrupación. Dado que algunos sujetos daban más de una alternativa, se obtuvieron 163 respuestas expresadas por 133 sujetos; 114 sujetos ofrecieron una única localización donde realizan el consumo, y 19 manifestaron hacerlo en más de un lugar. Ocho sujetos referían no consumir ningún tipo de sustancias, salvo las prescritas terapéuticamente, por lo que no respondieron a esta cuestión.

Entre las respuestas ofrecidas, la opción consumir en “la calle” es propuesta por 87 sujetos, consumir en el domicilio (en su casa o en la pensión donde residen) es planteada por 38 personas, e igual número refiere consumir en otros espacios, en 13 de los 15 propuestos más arriba.

Para simplificar el análisis del lugar de consumo en cada uno de los grupos de comparación, se procedió a generar una nueva variable (*espacio de consumo*) con tres categorías: “espacio público”, “espacio privado” o “indistintamente”, en función de si el consumo se realizaba de forma única en lugares de acceso público directo (la

**Figura 5. Lugar de consumo**



calle, servicios públicos, cajeros, portales, etc.), en lugares de acceso privado (en casa, la pensión, casa de amigos o espacios ocupados) o se utilizaba de forma indistinta uno u otro espacio. En la tabla 8 se recoge la frecuencia de utilización de estos espacios en función del grupo de los sujetos. Tan solo el 20,3% de los encuestados ( $n = 27$ ) manifiestan realizar sus consumos de forma única en un espacio privado, mientras que el resto lo hace en el espacio público (65,4%) o de forma indistinta en ambos espacios (14,3%). Si bien los resultados de las pruebas estadísticas no nos permiten aceptar la existencia de diferencias en la distribución de proporciones entre los grupos en tratamiento o no, queremos hacer notar como los sujetos que nunca han estado en tratamiento presentan una proporción mayor que los otros dos grupos respecto a la utilización de espacios privados como opción única: un 30% de los casos frente al 15,4% de los sujetos con tratamiento previo o el 21,3% de los sujetos actualmente en tratamiento.

**Tabla 8. Espacios de consumo**

	Total muestra ( $n = 141$ ) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos	
		Nunca en Tto ( $n = 20$ ) n %	Tto previo ( $n = 52$ ) n %	Tto actual ( $n = 69$ ) n %	Prueba de contraste $\chi^2$ $\rho$	No Tto actual ( $n = 72$ ) n %	Prueba de contraste $\chi^2$ $\rho$
Espacio público	87 65,4	11 55,0	34 65,4	42 68,9	3,7 n.s.	45 62,5	1,8 n.s.
Espacio privado	27 20,3	6 30,0	8 15,4	13 21,3		14 19,4	
Indistintamente	19 14,3	3 15,0	10 19,2	6 9,8		13 18,1	

## PERFIL DE USO DE DROGAS Y HÁBITOS DE CONSUMO DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- Entre los sujetos no adscritos a tratamiento el 98,6% (71 de 72) son consumidores activos de heroína durante el mes previo, frente a un 56,5% de los sujetos en tratamiento, que también refieren consumo actual de heroína.
- Tres de cada cuatro sujetos (el 74,5%), con independencia de hallarse en tratamiento o no, manifiestan haber consumido cocaína durante el mes previo. No obstante, el uso de “base” es declarado por una mayor proporción de sujetos no adscritos a tratamiento, sobre todo entre los que no han recibido nunca tratamiento.
- Las benzodiazepinas y metadona son sustancias utilizadas por siete y nueve de cada diez personas en tratamiento, respectivamente; pero también son sustancias de uso entre las personas no adscritas a tratamiento: un 55,6% refieren consumo de benzodiazepinas y un 27,8% haber tomado metadona. Tanto el consumo de benzodiazepinas como de metadona entre las personas no adscritas a tratamiento se da en mayor proporción en el grupo de sujetos con tratamiento previo que en los nunca tratados (59,6% vs 45% y 34,6% vs 10%, respectivamente).
- El uso de cannabis y alcohol es referido por un menor número de sujetos, pero en cualquier caso es declarado por más del 50% de los entrevistados no adscritos a tratamiento (un 62,5% y 55,6%, respectivamente).
- Excluyendo las benzodiazepinas y metadona, la media de sustancias consumidas durante el mes previo es mayor entre los no adscritos a tratamiento, quienes refieren haber hecho uso de 3,6 sustancias en promedio.
- Las personas no adscritas a tratamiento llevan menos tiempo consumiendo heroína que aquellas que reciben tratamiento (una media de 9,9 años frente a 14,2 años, respectivamente), siendo las que nunca han recibido tratamiento las que menor tiempo de consumo presentan (una medida de 7,2 años)
- Al menos un 40% de los sujetos que nunca han recibido tratamiento han utilizado la vía inyectada como forma de consumo. Entre los sujetos con tratamiento previo y los actualmente en tratamiento, la proporción de casos que ha utilizado alguna vez esta vía se eleva hasta un 86,5% y un 92,8%, respectivamente.

## PERFIL DE USO DE DROGAS Y HÁBITOS DE CONSUMO DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen (Continuación)

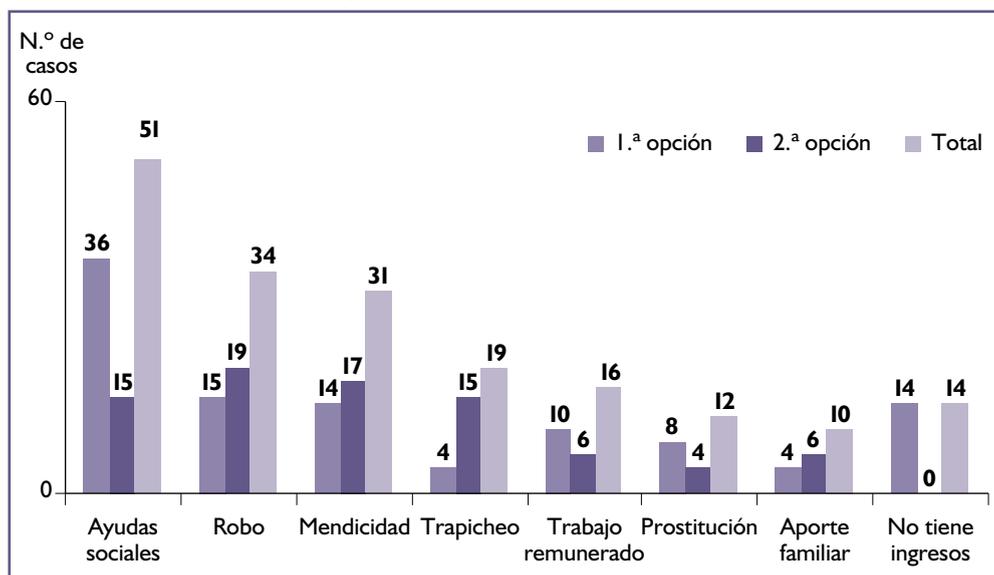
- La prevalencia de uso de la vía inyectada como forma actual de administración de la heroína es similar entre los sujetos que se hallan actualmente en tratamiento que entre los que han realizado alguno con anterioridad (61,8% y 63,5%, respectivamente), pero entre los nunca tratados es mayor la proporción de casos que utilizan la vía fumada (65%).
- En general, todos los sujetos utilizan prioritariamente servicios de salud pública (farmacias, centros de salud, P.I.J.) para obtener y cambiar las jeringuillas, pero en un 9,9% de los casos se observa la combinación de estas fuentes con el hecho de compartir con otros. Esta conducta de riesgo, es mayor entre los sujetos no adscritos a tratamiento (15,4%) que entre los que se hallan en tratamiento (4,8%).
- El lugar de consumo preferente es la calle o espacios públicos; lugar(es) que utiliza el 65,4% del total de entrevistados. No obstante, entre los sujetos que no han recibido nunca tratamiento la utilización de espacios más íntimos es realizada por un 30% de los casos.

### 4.3. Variables socio-económicas y necesidades de vida diaria

En este apartado trataremos de aproximarnos a las necesidades de vida diaria de las personas entrevistadas. Un primer aspecto a explorar radica en la valoración de las fuentes de ingresos económicos a partir de las cuales los sujetos hacen frente a sus gastos (Figura 6).

De los 141 entrevistados, uno no dio información al respecto, 105 refirieron utilizar una única fuente de ingresos y en 35 casos (24,8%) manifestaron utilizar más de una fuente. La fuente de ingresos económicos más utilizada por los encuestados es la que viene a través de las ayudas sociales (Pensiones, IMI, ayudas de emergencia social, etc.) a las que acceden un total de 51 sujetos (36,4%), de los cuales 36 (25,5%) tienen esta vía como única fuente de ingresos. Otras dos fuentes recurridas con una frecuencia considerable son el robo y la mendicidad, recursos utilizados por el 24,3% y el 22,1% de los sujetos, respectivamente. El trapicheo es una fuente de financiación

**Figura 6. Fuente de ingresos**



utilizada por el 13,6% de los sujetos ( $n=19$ ), aunque es una opción utilizada escasamente como única fuente de ingresos tratándose en mayor medida de una fuente secundaria de ingresos. Del total de casos, tan solo 16 sujetos tienen un trabajo remunerado, de los cuales en 10 casos se trata de una fuente primaria de ingresos y en 6 casos de una fuente secundaria o complementaria con otras fuentes. La prostitución es una vía de ingresos que refieren utilizar un total de 12 mujeres (8,6% del total). Ayuda económica por parte de la familia es referida por el 7,1% de los casos, siendo la única vía de financiación para el 2,8%. Por último, un total de 14 personas (10%) carecen de fuentes de ingresos.

De entre los que manifestaron utilizar más de una fuente de ingresos (24,8% del total), y con independencia de cual fuera la primera opción realizada, se observa que la(s) fuente(s) de ingresos mayormente utilizadas entre este grupo es el robo, seguido de la mendicidad, trapicheo y la percepción de ayudas sociales (Figura 6, 2.ª opción). La combinación de fuentes de ingresos utilizada por mayor número de casos de entre estos 35 que utilizan múltiples vías de financiación es la asociación de mendicidad y robo, realizada por 11 sujetos.

En la tabla 9 se detalla la distribución porcentual de casos que manifiestan disponer de cada una de las fuentes de ingresos aludidas en función de la situación respecto a la adscripción a tratamiento. Las pruebas de contraste muestran resultados

estadísticamente no significativos en los casos de obtención de ingresos a través de trabajo remunerado, ayudas familiares, trapicheo o el hecho de no tener ninguna fuente de ingresos. Es decir, hay una proporción similar de casos que utilizan estas fuentes de financiación entre los sujetos que están o no adscritos a tratamiento. Tampoco se encuentran diferencias relevantes en la proporción de casos que utilizan varias fuentes de financiación entre los que están y no en tratamiento. Dicho de otro modo, el recurso a varias fuentes de financiación es independiente de la adscripción o no a un tratamiento.

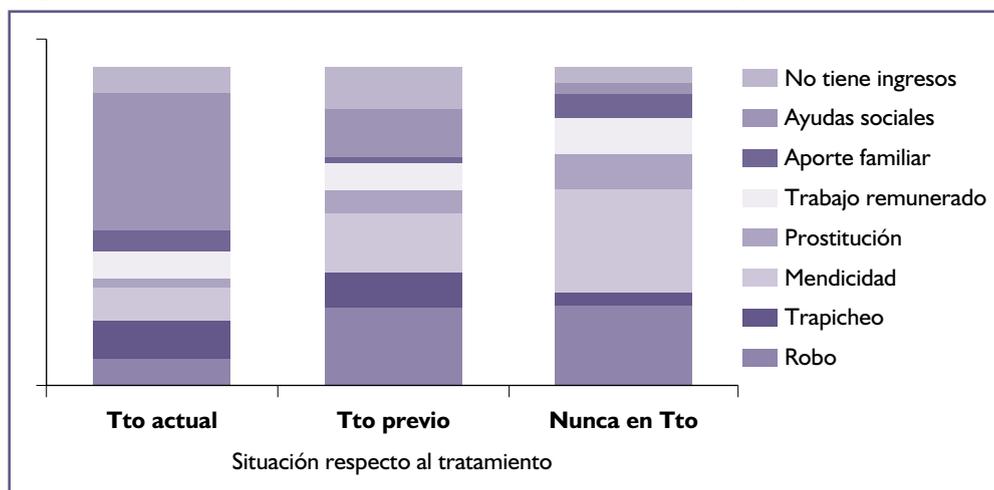
**Tabla 9. Fuente de ingresos económicos**

	Total muestra (n = 141) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos					
		Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste $\chi^2$ p		No Tto actual (n = 72) n %	
No tiene ingresos	14 10,0	1 5,0	7 13,5	6 8,8	1,3 n.s.	8 11,1	0,2 n.s.				
Trabajo remunerado	16 11,4	3 15,0	6 11,5	7 10,3	0,3 n.s.	9 12,5	0,1 n.s.				
Aportación familiar	10 7,1	2 10,0	1 1,9	7 10,3	3,4 n.s.	3 4,2	1,9 n.s.				
Mendicidad	31 22,1	9 45,0	12 23,1	10 14,7	8,2 0,016	21 29,2	4,3 0,039				
Prostitución	12 8,6	3 15,0	6 11,5	3 4,4	3,1 n.s.	9 12,5	2,9 0,055				
Ayudas sociales	51 36,4	1 5,0	11 21,2	39 57,4	26,6 0,001	12 16,7	24,9 0,001				
Trapicheo	19 13,6	1 5,0	8 15,4	10 14,7	1,5 n.s.	8 12,5	0,1 n.s.				
Robo	34 24,3	7 35,0	18 34,6	9 13,2	8,8 0,012	25 34,7	8,8 0,003				
Varias fuentes	35 24,8	5 25,0	10 19,2	20 29,4	2,1 n.s.	15 20,8	1,8 n.s.				

Sí se observan importantes diferencias en la utilización de las otras formas de ingresos económicos (robo, mendicidad, prostitución y ayudas sociales) cuando atendemos a la adscripción a tratamiento o no (tabla 9). En la figura 7, estas diferencias pueden constatarse de forma visual. Podemos observar como, mientras las ayudas sociales son un recurso más frecuente entre los sujetos en tratamiento, el robo, la mendicidad y la prostitución son recursos utilizados en mayor medida por sujetos no adscritos a tratamiento. Por otra parte, la mendicidad es un recurso más frecuente entre los que nunca han estado en tratamiento (45%) que entre los que cuentan con tratamientos previos (23,1%).

Una primera conclusión que podemos obtener de estos datos es que los sujetos no adscritos a tratamiento recurren en mayor medida que los sí adscritos a fuentes de financiación marginal o ilegal, pudiéndose hipotetizar una situación social y de vida

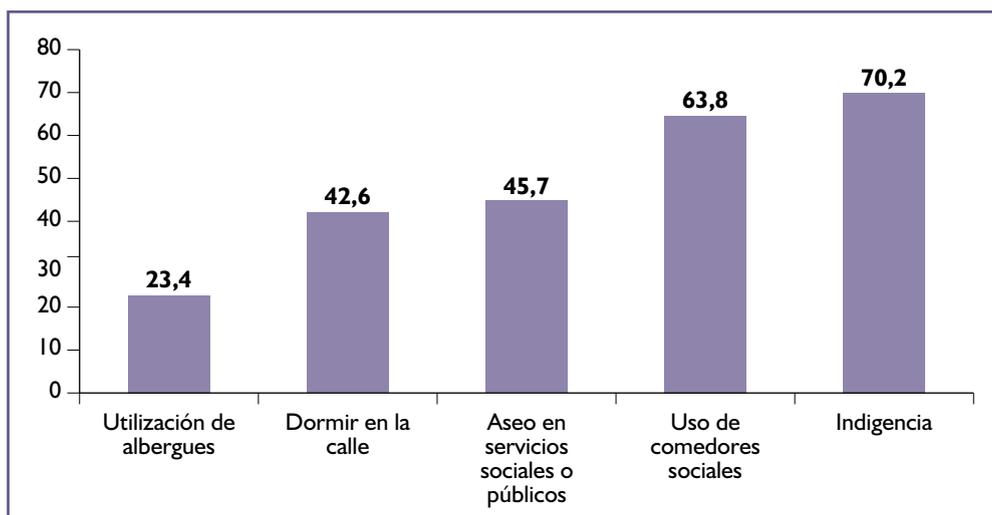
**Figura 7. Fuente de ingresos en función de la situación respecto al tratamiento**



diaria deficitaria. Para dar respuesta a esta cuestión, se preguntó a los sujetos participantes sobre tres cuestiones que aluden a otras tantas necesidades consideradas básicas en el día a día de una persona: el alojamiento, la alimentación y el aseo. Se les preguntó cuantos días durante el último mes habían dormido en una serie de alojamientos (en casa propia o ajena; en pensiones; en albergues o centros sociales; o en la calle), se habían aseado (en casa propia o ajena; en pensiones; en albergues o centros sociales; o en duchas, aseos o fuentes públicas), o habían comido en una serie de lugares (casa propia o ajena; bares, restaurantes o pensiones; comedores sociales; o bocadillos en la calle). Asimismo, se les preguntó cuantas comidas calientes hacían al día. El análisis de toda esta información implica un procedimiento complejo y arduo en su elaboración y descripción, por lo que se ha optado por generar una serie de indicadores que resuman y den cuenta de una posible situación de desarraigo o indigencia. A este respecto, a partir de las preguntas destinadas a conocer dónde se ha dormido durante último mes, se han diferenciado dos posibles indicadores: 1) número de sujetos que han “utilizado un albergue para dormir” o 2) han “dormido en la calle”. Respecto al aseo se ha elegido el indicador “utilización de servicios sociales o aseos públicos” para tal menester. Y respecto a la comida, se ha construido el indicador “uso de comedores sociales u ONGs” y el “número de comidas calientes que se realizan al día”. En todos los casos, una persona refleja cada una de estas condiciones si se ha visto en tales situaciones con una frecuencia superior a los 10 días/noches. Por último, se han cruzado los resultados de los indicadores “dormir en albergue”, “dormir en la calle”, “usar comedores sociales” y “no tener fuente de ingresos económi-

cos”, de forma que todos los casos que reunieran alguna de estas cuatro condiciones fueron clasificados como “indigente”, entendiendo como tal a aquella persona que carece de medios para hacer frente a gastos de alojamiento, alimentación, etc. La proporción de sujetos que se halla en estas condiciones se ha representado en la figura 8 y tabla 9.

**Figura 8. Indicadores de necesidades de vida diaria e indigencia**



Durante el mes previo a la entrevista, un 23,4% del total de casos ( $n=33 / 141$ ) ha hecho uso de albergues de cobertura municipal o gestionados por una organización de tipo social, y un 42,6% ( $n=60$ ) han dormido en la calle en más de 10 ocasiones. De estas 60 personas que han dormido en la calle, 29 (20,6%) han dormido todas las noches bajo esta condición, y en 14 casos, también han hecho uso por más de diez noches del cobijo que le ofrece un albergue. Doce de las catorce personas que refirieron no tener una fuente de ingresos económicos se hallaban bajo estas condiciones de pernocta. Por otra parte, los comedores sociales fueron utilizados en más de diez ocasiones durante el mes previo por el 63,8% de los entrevistados. De estos 90 sujetos que han hecho uso de los comedores sociales, 51 habían dormido en más de diez ocasiones en la calle, y once de las catorce personas que referían no tener ingresos también hacían uso de este recurso para poder comer. Un 27,9% de los casos refería no realizar en el día ninguna comida caliente, y en un 33,6% hacerlo una sola vez. La utilización de centros sociales o aseos públicos para lavarse fue un recurso utilizado por un 45,7% de los encuestados. En definitiva, un 70,2% de las personas entrevistadas ( $n=99$ ) estaría en alguna de las situaciones de necesidad

referidas y, por tanto, dentro de lo que hemos considerado como indigencia. Esta situación, sin duda, es realmente alarmante.

Llegados a este punto, la pregunta es si estas situaciones se producen con igual grado entre las personas adscritas o no adscritas a tratamiento (tabla 10). La utilización del albergue para dormir o los servicios sociales/públicos como lugares para asearse, son recursos utilizados de forma similar por unos y otros. Las diferencias entre las personas en tratamiento y los que no lo están se producen en los otros indicadores. Dormir en la calle (50%), la utilización de comedores sociales (70,8%), no comer caliente (32,4%) o hacerlo en una sola ocasión al día (40,8%), y estar en una situación de indigencia (79,2%) son situaciones con mayor prevalencia entre las personas no adscritas a tratamiento, y entre éstas las que nunca han realizado un tratamiento por su toxicomanía son las que muestran mayor proporción de casos en estas situaciones.

**Tabla 10. Necesidades básicas de vida (alojamiento, aseo y alimentación) e indigencia**

	Total muestra (n = 141) n %		Comparación tres grupos				Comparación dos grupos								
			Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste		No Tto actual (n = 72) n %		Prueba de contraste		
								$\chi^2$	$\rho$			$\chi^2$	$\rho$		
Dormir en albergue	33	23,4	3	15,0	13	25,0	17	24,6	0,9	n.s.	16	22,2	0,1	n.s.	
Dormir en la calle	60	42,6	13	65,0	23	44,2	24	34,8	5,9	0,052	36	50,0	3,3	0,067	
Uso de comedores sociales u O.N.G.	90	63,8	14	70,0	37	71,2	39	56,5	3,1	0,081	51	70,8	3,1	0,077	
N.º de comidas calientes al día	0	39	27,9	6	30,0	17	33,3	16	23,2	10,1	n.s.	23	32,4	8,6	0,034
	1	47	33,6	5	35,0	22	43,1	18	26,1			29	40,8		
	2	21	15,0	2	10,0	6	11,8	13	18,8			8	11,3		
	3	33	23,6	5	25,0	6	11,8	22	31,9			11	15,5		
Aseo en Servicios Sociales o públicos	64	45,7	10	50,0	24	47,1	30	43,5	0,3	n.s.	34	47,9	0,3	n.s.	
Indigencia	99	70,2	16	80,0	41	78,8	42	60,9	5,6	0,059	57	79,2	5,6	0,017	

## PERFIL SOCIO-ECONÓMICO Y SITUACIÓN DE INDIGENCIA ENTRE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- Teniendo en cuenta el total de sujetos entrevistados, solo un 11,4% tiene como fuente de ingresos un trabajo remunerado, siendo las principales fuentes de financiación las ayudas sociales (36,4%), el robo (24,3%) o la mendicidad (22,1%).
- En un 24,8% de los casos se utilizan varias fuentes de ingresos, donde la asociación de mendicidad y robo es la combinación más frecuente.
- Mientras las ayudas sociales son un recurso más frecuente entre los sujetos en tratamiento, el robo, la mendicidad y la prostitución son recursos utilizados en mayor medida por sujetos no adscritos a tratamiento. La mendicidad es un recurso más frecuente entre los que nunca han estado en tratamiento (45%) que entre los que cuentan con tratamientos previos (23,1%).
- Un 23,4% de los casos ha dormido más de 10 noches en un albergue y un 42,6% en la calle. La prevalencia de personas que duermen en la calle es apreciablemente elevada entre los que nunca han estado en tratamiento (65%), considerable entre los sujetos que han estado previamente en tratamiento (44,2%), y en menor medida, aunque no desdeñable, entre los que se encuentran en tratamiento (34,8%).
- El uso de comedores sociales, o alimentos recibidos en ONGs, está más extendido entre los sujetos no adscritos a tratamiento (70,8%). Del mismo modo, este grupo es el que mayor proporción de casos presenta de no realizar ninguna comida caliente al día (32,4%) o hacerlo en una única ocasión (40,8%).
- Siete de cada diez personas entrevistadas podrían considerarse como indigentes, y esta prevalencia se hace mayor entre los no adscritos a tratamiento (79,2%) que entre los acogidos a un programa terapéutico (60,9%).



#### 4.4. Historia delictiva y penal

Otra de las variables de relevancia analizada comúnmente para la caracterización de población consumidora de drogas es la historia delictiva y penal de los usuarios de estas sustancias. En la tabla I I se resume un conjunto de variables que tratan de dar respuesta a esta caracterización.

Casi nueve de cada diez entrevistados (88,7%) refieren haber sido detenidos alguna vez en su vida, situación que se manifiesta con similar proporción entre los sujetos adscritos a tratamiento y los que no. No obstante, cuando se les pregunta por el número de veces que han sido detenidos durante el último año (media total de 3,5 veces), los sujetos no adscritos a tratamiento ( $M=4,5$ ), sobre todo los que han realizado un tratamiento previo ( $M= 4,8$ ), son los que mayor número de detenciones refieren respecto a los sujetos que se hallan en tratamiento ( $M=2,1$  detenciones/año).

Este alto nivel de detenciones se asocia a una también considerable prevalencia de causas, juicios o condenas pendientes; un 55,7% de los casos refiere estar en esta situación. Si bien las pruebas estadísticas no nos permiten concluir la existencia de di-

**Tabla I I. Antecedentes penales**

	Total muestra (n = 141) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos			
		Nunca en Tto (n = 20) n %	Tto previo (n = 52) n %	Tto actual (n = 69) n %	Prueba de contraste $\chi^2$ $\rho$	No Tto actual (n = 72) n %	Prueba de contraste $\chi^2$ $\rho$		
Ser detenido alguna vez	125 88,7	18 94,7	45 86,5	62 89,9	1,0 n.s.	63 88,7	0,1 n.s.		
Causas, juicios o condenas pendientes	78 55,7	14 73,6	29 55,8	35 50,7	3,2 n.s.	43 60,6	1,4 n.s.		
Cumplimiento alternativo	35 24,8	2 10,0	12 23,1	21 30,4	3,6 n.s.	14 19,4	2,28 n.s.		
Haber estado en prisión	97 69,3	12 63,2	35 67,3	50 72,5	0,7 n.s.	47 66,2	0,6 n.s.		
	<b>M DT</b>	<b>M DT</b>	<b>M DT</b>	<b>M DT</b>	<b>F<sub>(2,138)</sub> <math>\rho</math></b>	<b>M DT</b>	<b>F<sub>(1,139)</sub> <math>\rho</math></b>		
N.º detenciones en el último año	3,5 3,4	3,9 4,2	4,8 <sup>a</sup> 4,1	2,1 <sup>a</sup> 1,2	4,9 0,010	4,5 4,1	9,4 0,003		
Tiempo en prisión en meses	29,7 48,9	26,8 41,5	24,6 33,6	34,2 59,4	0,59 n.s.	25,2 35,6	1,2 n.s.		

ferencias en la presentación de prevalencias de esta situación entre los grupos de comparación, queremos hacer notar como entre los sujetos que nunca han estado en tratamiento la proporción de personas con una causa judicial alcanza el 73,6% de los casos. Por otra parte, haber realizado algún cumplimiento alternativo de una condena por orden judicial en un servicio socio-sanitario es referido por un 24,8% de los casos, y si bien, como el caso anterior, las pruebas de contraste no resultan estadísticamente significativas, sí se hace notar como esta situación es más prevalente entre las personas que se hallan bajo tratamiento médico o han realizado algún tratamiento previo, como era de esperar.

Por último, refieren haber estado en prisión un 69,3% de los casos, que en promedio han estado internados aproximadamente dos años y medio ( $M= 29,7$  meses). No obstante, queremos hacer notar que este valor promedio puede resultar confuso ya que el rango de estancia en régimen penitenciario oscila entre 1 día y 21 años, pudiendo verse aumentada la magnitud de la media dada la presencia de altos valores. De hecho, el porcentaje de casos que ha estado más de dos años en prisión es del 28,8%, y más de 5 años han estado un 16,5%. En cualquier caso, hallarse o no en tratamiento no está asociado a haber estado en prisión o al tiempo de permanencia en la misma.

## PERFIL DELICTIVO/PENAL DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- *Nueve de cada diez personas (88,7%) han sido detenidas en algún momento de su vida*
- *Durante el último año han sido detenidas en más ocasiones que los sujetos adscritos a tratamiento, siendo esta situación más agudizada entre aquellos que han realizado algún tratamiento previo pero no sigue ninguno en la actualidad.*
- *En un 66,2% de los casos se refiere haber estado internado en prisión, y*
- *Un 19,4% de los sujetos no adscritos a tratamiento refiere haber realizado en alguna ocasión cumplimiento alternativo de una condena en un centro socio-sanitario, situación que se da con mayor frecuencia entre los sujetos que han realizado algún tratamiento previo que entre los que nunca han estado en tratamiento.*

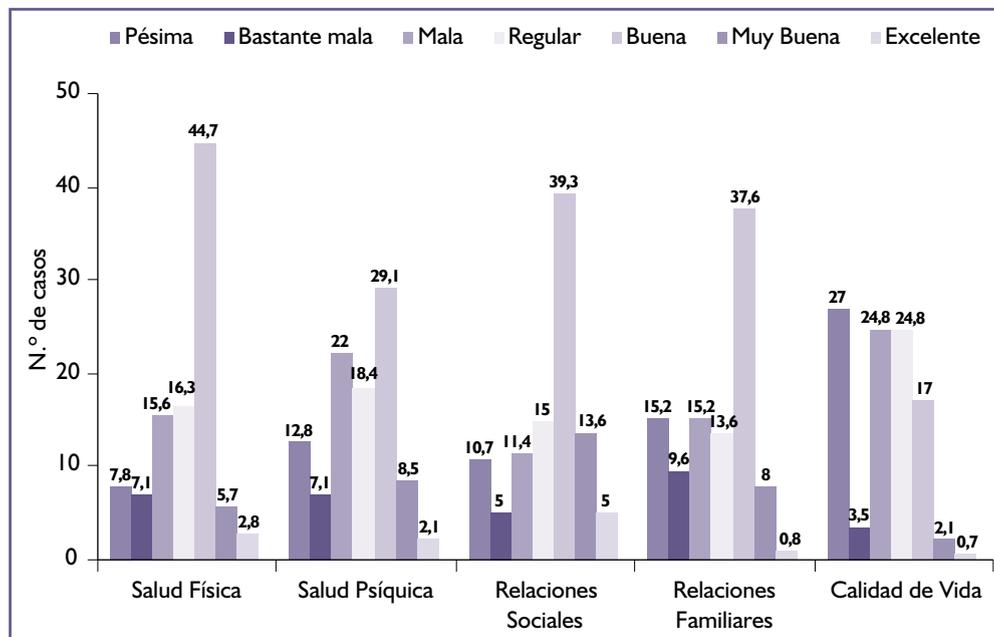
#### 4.5. Estado de salud percibida y calidad de vida

Otra de las áreas de interés para conocer el perfil de las personas consumidoras de drogas no adscritas a tratamiento es el referido a su estado de salud y calidad de vida. Esta aproximación la realizaremos a partir de la percepción que los sujetos tienen a este respecto, y en este sentido buscaremos un(os) indicador(es) que recoja(n) su valoración subjetiva. Para ello, se recurrió a dos tipos de estrategias. Por una parte, se les pidió que valoraran su situación actual respecto a su estado de salud físico y psíquico (emocional), sus relaciones sociales y familiares, y su calidad de vida a través de una escala de siete puntos (excelente, muy buena, buena, regular, mala, muy mala, pésima). La segunda estrategia consistió en aplicar un cuestionario estandarizado, el Perfil de Salud de Nottingham, que permite la valoración de diferentes dimensiones relacionadas con la salud.

Atendiendo a la primera estrategia, la valoración que ofrecen los entrevistados en cada una de las áreas de salud y relaciones socio-familiares queda recogida en la figura 9. Entre los sujetos que manifiestan puntuaciones extremas, tanto positivas como negativas, existe una mayor proporción de casos que juzgan su estado de salud, situación relacional o calidad de vida de forma negativa, es decir, hay más sujetos que valoran su situación como pésima que como excelente. Por ejemplo, en el caso de la calidad de vida un solo sujeto (0,7%) valora su situación como excelente frente a 38 sujetos (27%) que la perciben como pésima. El examen de los valores extremos de cada área examinada en la figura 9 muestra una distribución similar, aunque con proporciones más atenuadas que la comentada respecto a la percepción de calidad de vida.

Para simplificar la descripción de estos datos se han agrupado las categorías que dan cuenta de una valoración negativa (pésima, bastante mala o mala) y las que expresan una percepción positiva (buena, muy buena y excelente). Tan solo dos áreas son valoradas de forma positiva por más de la mitad de los entrevistados: la salud física (53,2%) y las relaciones sociales (57,9%); si bien también se aprecia como un 30,5% y un 27,1% consideran que su salud física o relaciones sociales, respectivamente, son malas, muy malas o pésimas. Aproximadamente cuatro de cada diez entrevistados valoran de forma negativa su salud psíquica o emocional (41,8%) y sus relaciones familiares (40%); y más de la mitad (55,3%) perciben su calidad de vida como negativa. En general, podría decirse que las personas entrevistadas tienden a percibir de forma positiva su estado físico y relaciones sociales, mientras que la valoración de su situación emocional, relaciones familiares y calidad de vida tiende a ser preferentemente negativa.

**Figura 9. Estado de salud, relaciones socio-familiares y calidad de vida percibidas**



Todas estas valoraciones están asociadas positivamente entre sí (correlaciones de Pearson entre 0,24 y 0,48;  $p < 0,01$  – tabla 12) de forma que, por ejemplo, una persona que valora positivamente su calidad de vida también lo hará respecto a su salud física ( $r=0,38$ ), su salud psíquica ( $r=0,44$ ), sus relaciones sociales ( $r=0,24$ ) o sus relaciones familiares ( $r=0,31$ ); y viceversa, si su valoración se hace en sentido negativo en un área también lo hará en el resto de áreas.

**Tabla 12. Asociación entre las valoraciones sobre el estado de salud, relaciones socio-familiares y calidad de vida**  
(Correlaciones de Pearson y Coeficientes estandarizados)

	Calidad de vida			Salud física		Salud psíquica		Relaciones sociales	
	r	$\beta$	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$	r	$\rho$
Salud Física	0,38	0,24	0,000						
Salud Psíquica	0,44	0,22	0,000	0,48	0,000				
Relaciones sociales	0,24	0,01	0,005	0,25	0,003	0,45	0,000		
Relaciones familiares	0,31	0,19	0,001	0,23	0,010	0,27	0,003	0,33	0,000

Asimismo, respecto a la variable calidad de vida, en la tabla 12 se presentan los coeficientes estandarizados ( $\beta$ ) resultantes de un análisis de regresión realizado con el objetivo de explorar la contribución de la percepción del estado de salud y variables de relación socio-familiar sobre aquella. Observamos que la calidad de vida depende fundamentalmente de la percepción que el sujeto tiene sobre su estado de salud física ( $\beta=0,24$ ) y psíquica ( $\beta=0,22$ ), y respecto a sus relaciones familiares ( $\beta=0,19$ ).

Para la comparación de las diferencias en la percepción del estado de salud, la calidad de las relaciones socio-familiares y la calidad de vida entre los diferentes grupos hemos tenido que ajustar la estrategia de análisis. Los datos han sido recodificados entre los valores -3 y +3, de forma que los valores negativos corresponderían a una percepción negativa (-1 mala, -2 bastante mala, y -3 pésima), el valor 0 indicaría una situación neutra (ni bien ni mal) y los valores positivos harían referencia a una percepción positiva (+1 bien, +2 muy bien, y +3 excelente). Para la comparación entre los grupos, a nivel descriptivo, se utilizarán los valores promedios, si bien la(s) prueba(s) de contraste en este caso, dado que se trata de variables ordinales, serán la prueba de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) para la comparación de tres grupos y la prueba de U de Mann-Whitney para el contraste de dos grupos (tabla 13).

Como era de esperar, los resultados obtenidos mediante esta estrategia de análisis son coincidentes con los obtenidos previamente. Las personas entrevistadas, en

**Tabla 13. Valoración percibida del estado de salud, relaciones socio-familiares y calidad de vida**

	Total muestra (n = 141) M DT	Comparación tres grupos						Comparación dos grupos						
		Nunca en Tto (n = 20)		Tto previo (n = 52)		Tto actual (n = 69)		Prueba de contraste		No Tto actual (n = 72)		Prueba de contraste		
		M	DT	M	DT	M	DT	$\chi^2$	$\rho$	M	DT	U	$\rho$	
Salud física	0,11	1,4	0,15	1,6	0,21	1,4	0,03	1,4	0,49	n.s.	0,19	1,5	2337	n.s.
Salud psíquica	-0,22	1,5	0,15	1,3	-0,40	1,7	-0,19	1,5	1,88	n.s.	-0,25	1,6	2447	n.s.
Relaciones sociales	0,28	1,6	0,21	2,1	0,35	1,6	0,25	1,5	0,72	n.s.	0,31	1,7	2259	n.s.
Relaciones familiares [n= 125; 16 sujetos (11,3%) no contestan]	-0,24	1,6	0,12	1,8	0,06	1,3	-0,56	1,7	4,82	0,089	0,07	1,4	1532	0,031
Calidad de vida	-0,89	1,5	-1,05	1,7	-1,13	1,6	-0,67	1,4	2,87	n.s.	-1,11	1,6	2087	0,092

valores promedio, muestran una valoración positiva respecto a su estado de salud físico ( $M= 0,11$ ) y relaciones sociales ( $M= 0,28$ ), y una valoración negativa en las áreas de salud psíquica ( $M= -0,22$ ), relaciones familiares ( $M= -0,24$ ) y calidad de vida ( $M= -0,89$ ). Respecto a la comparación entre grupos, sólo en el área de percepción de las relaciones familiares se obtienen diferencias estadísticamente significativas, y de forma tendencial en la valoración que hacen los grupos de su calidad de vida. Es decir, la valoración positiva respecto a la salud física y relaciones sociales es realizada de igual modo tanto por los sujetos en tratamiento como por los que no están en tratamiento. La percepción de las relaciones familiares, en cambio, es valorada de forma positiva por los sujetos no adscritos a tratamiento ( $M= 0,07$ ), mientras que las personas en tratamiento reflejan una valoración negativa ( $M= -0,56$ ). En el caso de la calidad de vida, si bien ambos grupos presentan una valoración negativa, la presentada por los sujetos no adscritos a tratamiento respecto a los que sí es de mayor magnitud ( $M= -0,67$  vs  $M= -1,11$ ); es decir, las personas que no están en tratamiento son los que perciben una peor calidad de vida. En el caso de la valoración de la salud psíquica, si bien no se hallan diferencias estadísticamente significativas, sí se observa un resultado que queremos hacer notar, y es que los sujetos nunca tratados presentan una valoración positiva ( $M=0,15$ ) respecto a los otros dos grupos, que manifiestan una valoración negativa ( $M= -0,40$  y  $-0,19$ ).

Por otra parte, y como comentábamos al inicio de este apartado, se ha recurrido a una segunda estrategia para valorar el estado de salud de las personas entrevistadas, y es la utilización del Perfil de Salud de Nottingham (SPN). Éste es un instrumento ampliamente utilizado en el medio sanitario para medir la percepción subjetiva del sufrimiento (“distress”) físico, psíquico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales. Consta de 38 ítems que se agrupan en seis dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100, que en nuestro caso ha sido reducido a un recorrido entre 0 y 10, de forma que una mayor puntuación informaría de un mayor sufrimiento. Los resultados del indicador total y de cada una de las dimensiones aludidas se presentan en la tabla 14.

Ha de hacerse notar que este cuestionario no fue contestado por el total de usuarios. Fue aplicado al final de la entrevista y de forma totalmente voluntaria. En la mayoría de los casos, la negación a responder a las preguntas que componen el PSN fue motivada por el cansancio o por cuestiones de tiempo al hacerseles la entrevista demasiado larga. En total, respondieron 52 sujetos, lo que representa el 36,8% del total de la muestra, por lo que los resultados que se describan a continuación han de

**Tabla 14. Estado de salud valorado a través del Perfil de Salud de Nottingham**

	Total muestra (n = 52) M DT		Comparación tres grupos						Comparación dos grupos					
			Nunca en Tto (n = 8) M DT		Tto previo (n = 17) M DT		Tto actual (n = 27) M DT		Prueba de contraste F <sub>(2,49)</sub> ρ		No Tto actual (n = 25) M DT		Prueba de contraste F <sub>(1,50)</sub> ρ	
Perfil de salud (PSN)	5,7	2,1	5,2	1,4	5,1	1,7	6,2	2,3	2,0	n.s.	5,1	1,6	4,1	0,048
Energía vital	8,4	4,1	8,3	3,6	7,3	4,1	9,0	4,3	1,2	n.s.	7,6	3,9	1,9	n.s.
Sueño	7,2	3,8	6,0	3,3	6,2	3,4	8,2	3,9	2,3	n.s.	6,1	3,3	4,6	0,035
Reacciones emocionales	6,4	2,7	6,5	2,6	5,9	2,5	6,7	2,9	0,4	n.s.	6,1	2,5	0,6	n.s.
Aislamiento social	5,7	2,7	6,7	3,0	5,7	2,9	5,7	2,6	0,0	n.s.	5,7	2,9	0,0	n.s.
Movilidad física	4,8	2,2	3,9	1,3	3,9	1,6	5,5	2,5	4,1	0,022	3,9	1,5	8,2	0,006
Dolor	4,4	2,6	3,5	1,2	3,5	1,1	5,3	3,3	4,6	0,014	3,4	1,1	9,3	0,003

considerarse con la debida cautela ya que en ningún caso son representativos de la muestra estudiada.

Una puntuación de 5,7 en el índice total del PSN sería indicativa de una percepción de salud o calidad de vida moderadamente negativa, siendo esta valoración expresada de forma más negativa por los sujetos en tratamiento (M= 6,2) que por los que no lo están (M= 5,1). Las dimensiones de salud con mayor grado de malestar serían las de energía vital (M= 8,4), sueño (M= 7,2), reacciones emocionales (M= 6,4) y aislamiento social (M= 5,7); y de entre éstas sólo la referida a problemas de sueño mostraría diferencias entre los que están en tratamiento, con mayor grado de afectación (M= 8,2), y los que no lo están (M= 6,1). Las áreas de movilidad física y dolor muestran valores promedio por debajo de la puntuación de 5, indicando ser áreas menos afectadas. En ambos casos, se producen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, de forma que los sujetos en tratamientos manifestarían un mayor grado de problemas de movilidad física y de intensidad de dolor.

## PERFIL DEL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- *Las personas entrevistadas tienden a percibir de forma positiva su estado físico y relaciones sociales, mientras que la valoración de su situación emocional, relaciones familiares y calidad de vida tienden a ser preferentemente negativa.*
- *La valoración de la calidad de vida está fundamentalmente mediada por la percepción del estado de salud físico y emocional y por la valoración de las relaciones familiares.*
- *La valoración del estado de salud físico y/o emocional (psíquico) y de las relaciones sociales es equivalente entre los sujetos adscritos o no a tratamiento, pero difieren en la apreciación de las relaciones familiares y de la calidad de vida. Las personas no adscritas a tratamiento ofrecen una valoración positiva, aunque no de gran magnitud, respecto a sus relaciones familiares, mientras que los sujetos en tratamiento realizan una valoración negativa. Respecto a la calidad de vida, si bien todos los entrevistados la valoran de forma negativa, esta apreciación es de mayor magnitud entre los no adscritos a tratamiento, y de entre éstos, los que han recibido tratamiento previo.*
- *Atendiendo a los valores alcanzados en el perfil de salud de Nottingham, el estado de salud de los entrevistados estaría moderadamente comprometido en las áreas de dolor, movilidad física, aislamiento social, y reacciones emocionales. Aspectos como la energía vital y el sueño mostrarían un mayor nivel de afectación*
- *Los sujetos no adscritos a tratamiento mostrarían, respecto a los que sí lo están, un menor nivel de gravedad en la percepción general de la salud y en las áreas de dolor y movilidad física.*

#### 4.6. Utilización de servicios socio-sanitarios

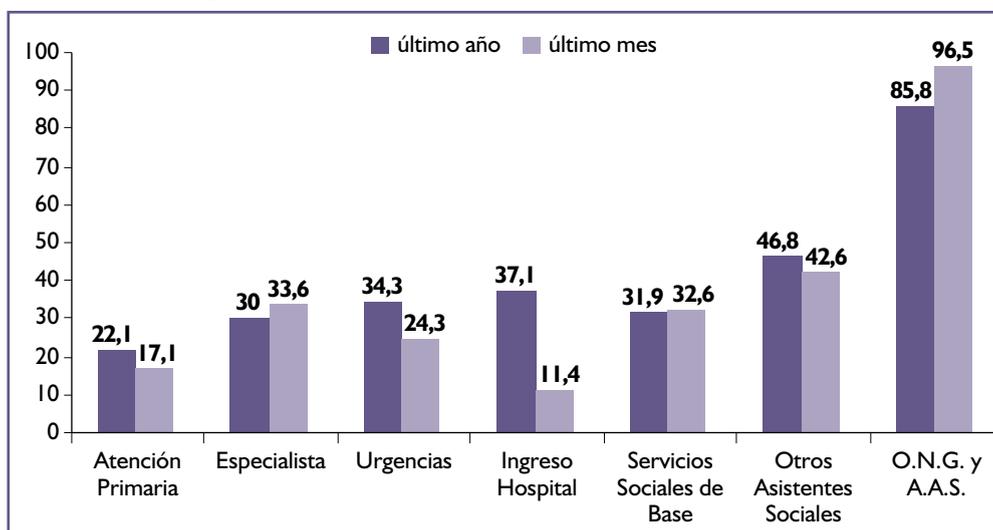
Otra forma indirecta de valorar el estado de salud y necesidades sociales de las personas entrevistadas consiste en explorar la utilización de los recursos socio-sanitarios que han realizado durante un determinado periodo de tiempo. Dado que muchas de las cuestiones que se planteaban en la entrevista hacían referencia a sus

actuaciones y percepciones durante el último mes, se tomó este mismo periodo de tiempo en consideración. No obstante, para tener una perspectiva más amplia, también se optó por explorar el uso de estos recursos durante el último año, pero sin contabilizar el uso que se hubiera podido realizar durante el último mes.

Respecto a los recursos de asistencia sanitaria que hubieran podido utilizar durante los periodos mencionados, además de los específicos de toxicomanías, a los cuales ya hemos aludido en el apartado de introducción de este capítulo de resultados, se les preguntó por su asistencia a 1) servicios de atención primaria (médico de cabecera), 2) servicios que requieren especialidad médica, 3) si habían acudido al servicio de urgencias de un hospital, y 4) si habían sido ingresados en un hospital. Respecto a los recursos sociales, se les preguntó si en los periodos referidos habían acudido a 1) los servicios sociales de base, bien fueran municipales o dependientes de la(s) Diputación(es), 2) si habían utilizado los servicios de algún(a) asistente/trabajador(a) social con ejercicio asistencial en un dispositivo comunitario, por ejemplo, en el albergue, en módulos psicosociales, etc., y 3) si habían asistido a ONGs y Asociaciones de Ayuda Social (AAS). La proporción de casos que asistieron a cada uno de estos servicios queda recogida en la figura 10.

Un primer análisis de esta figura nos muestra que salvo en el caso de ingreso en el hospital, y en menor medida respecto al uso de las urgencias hospitalarias y el acceso a ONG/AAS, el resto de recursos tienden a ser utilizados por igual proporción de casos en el último mes que durante el año previo. Por otra parte, se hace

**Figura 10. Utilización de servicios socio-sanitarios**



notoria la frecuencia de utilización de los recursos ofrecidos por ONG y AAS respecto al resto de servicios socio-sanitarios. La razón de tal efecto es debido a las características del estudio ya que, como se ha comentado en el apartado de metodología, la vía de acceso y localización de la muestra fue a través de la utilización de estos dispositivos.

Pero vayamos por partes. Veamos de forma separada la utilización de los servicios aludidos en función de su carácter asistencial: sanitario vs social.

#### **4.6.1. Utilización de servicios sanitarios**

Tanto la figura 10 como la tabla 15 dan cuenta de los resultados obtenidos respecto a la frecuencia de utilización de los recursos sanitarios. En general, podemos decir que durante el último año, independientemente de que los sujetos se hallen en tratamiento de toxicomanías o no, el recurso sanitario utilizado por más personas ha sido el ingreso en un hospital (37,1%), seguido de cerca por la asistencia a los servicios de urgencias (34,3%) o a un especialista médico (30%); el médico de cabecera fue el recurso utilizado por un menor contingente de usuarios (22,1%). Por otra parte, durante el último mes, el recurso médico que muestra mayor número de asistentes es “las especialidades médicas” (33,6%), seguidas de la utilización del servicio de urgencias del hospital (24,3%) y de atención primaria (17,1%). El número de personas ingresadas durante el mes previo a la entrevista fue de 16 (11,4%).

La tabla 15 presenta los datos desglosados en función de los grupos generados a partir de su participación o no en programas de tratamiento por su toxicomanía. En ningún caso se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la prevalencia de utilización de los distintos recursos sanitarios, ya sea en su acceso durante el último mes o durante el último año. Es decir, tanto los sujetos en tratamiento actual como los que no lo están, incluso en el caso que consideremos este último grupo en sus dos posibles particiones –los que nunca han estado en tratamiento y los que han realizado algún tratamiento previo–, presentan una proporción de casos equivalente respecto a la utilización de los diversos servicios sanitarios. No obstante, se aprecian algunas diferencias que por su magnitud, aunque no sean estadísticamente significativas, si merecen ser comentadas.

El grupo de personas que nunca han estado en tratamiento es el que en menor proporción ha utilizado los servicios de atención primaria y especializada durante el último año (un 15% en cada caso), pero el que mayor proporción de casos presenta en el uso de los servicios de urgencia e ingreso en el hospital durante el último mes

**Tabla 15. Utilización de servicios sanitarios durante el último año y el último mes**

	Total muestra (n = 140) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos	
		Nunca en Tto (n = 20) n %	Tto previo (n = 52) n %	Tto actual (n = 68) n %	Prueba de contraste $\chi^2_{(2)}$ p	No Tto actual (n = 72) n %	Prueba de contraste $\chi^2_{(1)}$ p
Atención Primaria último año	31 22,1	3 15,0	12 23,1	16 23,5	0,7 n.s.	15 20,8	0,1 n.s.
Atención Primaria último mes	24 17,1	4 20,0	6 11,5	14 20,6	1,8 n.s.	10 13,9	1,1 n.s.
Especialista médico último año	42 30,0	3 15,0	19 36,5	20 29,4	3,2 n.s.	22 30,6	0,0 n.s.
Especialista médico último mes	47 33,6	4 20,0	18 34,6	25 36,8	2,0 n.s.	22 30,6	0,6 n.s.
Urgencias Hospital último año	48 34,3	6 30,0	16 30,8	26 38,2	0,9 n.s.	22 30,6	0,9 n.s.
Urgencias Hospital último mes	34 24,3	7 35,0	10 19,2	17 25,0	2,0 n.s.	17 23,6	0,0 n.s.
Ingreso Hospital último año	52 37,1	7 35,0	17 32,7	28 41,2	0,9 n.s.	24 33,3	0,9 n.s.
Ingreso Hospital último mes	16 11,4	4 20,0	3 5,8	9 13,2	3,3 n.s.	7 9,7	0,4 n.s.
Personas que no utilizan ningún recurso sanitario en el último año	44 31,2	9 45,0	14 26,9	21 30,4	2,2 n.s.	23 31,9	0,1 n.s.
Personas que no utilizan ningún recurso sanitario en el último mes	62 44,0	9 45,0	26 50,0	27 39,1	1,4 n.s.	35 48,6	1,3 n.s.

(35% y 20%, respectivamente). Las personas que no están en tratamiento pero lo han estado con anterioridad, es el grupo que con menor proporción de casos han consultado al médico de cabecera durante el último mes (11,5%), pero los que en mayor proporción visitan al especialista, tanto durante el último mes (34,6%) como en el último año (36,5%). Por su parte, las personas que están en tratamiento son las que en mayor proporción han accedido al especialista médico durante el último mes (36,8%), y han acudido a urgencias del hospital o han ingresado en el mismo durante el último año (38,2% y 41,2%, respectivamente).

De forma complementaria al interés por conocer el volumen de casos que hacen uso de los servicios sanitarios podemos plantearnos cuál es el monto de personas que no han utilizado estos servicios durante los periodos de tiempo examinados (tabla 15). Durante el último mes un 44% de los entrevistados no acudieron a ninguno de los servicios sanitarios explorados, y si bien no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, sí se observa una ligera mayor proporción de casos que no utilizan estos recursos entre los sujetos no adscritos a tratamiento (48,6%) que entre los que se hallan en tratamiento (39,1%). Estas diferencias, si bien tampoco resultan estadísticamente significativas, se hacen más evidentes si consideramos la proporción de casos que no han utilizado ningún servicio sanitario durante el último año. El grupo de personas que nunca han estado en tratamiento es el que presenta una mayor proporción de casos que no han recurrido a otros servicios sanitarios (45%), situándose a una distancia de 15 o más puntos porcentuales el grupo en tratamiento (30,4%) o el que previamente ha estado en tratamiento (26,9%).

Por otra parte, dentro del apartado de utilización de recursos sanitarios, se preguntó por el tipo de especialidades médicas a las que habían acudido en aras a concretar el tipo de dolencia que les aqueja con más frecuencia (Tabla 16). Se les ofreció un listado de posibles especialidades, las más comúnmente utilizadas por este tipo de personas, entre las que se encuentran los servicios de infecciosas, medicina interna, cardiología, neumología, psiquiatría y ginecología. El entrevistado debía responder sí había utilizado o no cada una de estas especialidades. Asimismo, se recogió también la posibilidad de haber acudido a otras especialidades médicas, en cuyo caso se anotó el motivo de la consulta a través de un formato abierto. En la tabla 16 se recoge la frecuencia y proporción de casos que ha utilizado cada una de las especialidades médicas aludidas.

Del listado cerrado que se les había ofrecido (tabla 16), la especialidad más utilizada fue el servicio de enfermedades infecciosas, a la que han acudido un total de 39 personas (27,7%), seguido del de neumología (19,1%), psiquiatría (14,2%), medicina interna (12,1%); y en menor proporción las especialidades de ginecología (6,4%) y cardiología (2,8%).

Sólo en el caso del acceso a los servicios de psiquiatría se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las personas en tratamiento por su toxicomanía y las no adscritas a tratamiento por este motivo, si bien en especialidades como infecciosas, neumología y medicina interna se hallan diferencias tendenciales. Los servicios de psiquiatría son claramente utilizados en mayor medida por los

**Tabla 16. Especialidades médicas por las que han sido asistidos**

	Total muestra (n = 140) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos			
		Nunca en Tto (n = 20) n %	Tto previo (n = 52) n %	Tto actual (n = 68) n %	Prueba de contraste $\chi^2_{(2)}$ $\rho$	No Tto actual (n = 72) n %	Prueba de contraste $\chi^2_{(1)}$ $\rho$		
Infecciosas	39 27,7	2 10,0	18 35,5	19 27,9	4,5 0,103	20 28,2	0,0 n.s.		
Neumología / Respiratorio	27 19,1	3 15,0	7 13,7	17 25,0	2,6 n.s.	10 14,1	2,6 0,104		
Psiquiatría	20 14,2	1 5,0	2 3,9	17 25,5	12,2 0,002	3 4,2	12,2 0,001		
Medicina Interna	17 12,1	0 0,0	6 11,8	11 16,2	3,8 0,121	6 8,5	1,9 n.s.		
Ginecología	9 6,4	2 10,0	3 5,9	4 5,9	0,5 n.s.	5 7,0	0,1 n.s.		
Cardiología	4 2,8	0 0,0	0 0,0	4 5,9	— —	0 0,0	— —		
Otras especialidades	52 36,9	9 45,0	16 31,4	27 39,7	1,4 n.s.	25 35,2	0,3 n.s.		
	<b>M DT</b>	<b>M DT</b>	<b>M DT</b>	<b>M DT</b>	<b>F<sub>(2,138)</sub> <math>\rho</math></b>	<b>M DT</b>	<b>F<sub>(1,139)</sub> <math>\rho</math></b>		
N.º especialidades médicas consultas	1,2 0,9	0,8 <sup>a</sup> 0,6	1,0 <sup>b</sup> 0,7	1,4 <sup>ab</sup> 0,9	4,8 0,010	0,9 0,6	9,3 0,003		

sujetos que se hallan en tratamiento (25,5%) que por los que lo hicieron previamente (3,9%) o los que nunca han sido tratados por problemas de drogas (5%). Este resultado es comprensible si consideramos que los servicios de tratamiento de toxicomanías están incluidos dentro de los programas de salud mental, y si bien los usuarios pueden ser tratados en centros específicos de drogodependencias son asistidos generalmente por equipos de salud mental (psiquiatras, psicólogos, etc.). Respecto a las otras especialidades, los servicios de infecciosas y medicina interna son más utilizados por sujetos que han estado en tratamiento, sea en la actualidad o en un momento previo, que por los sujetos que nunca han recibido tratamiento por su toxicomanía; mientras que el servicio de neumología es visitado en mayor proporción por los sujetos que actualmente se encuentran en tratamiento. Un caso especial también lo presenta el servicio de cardiología, donde todas las personas que lo han visitado pertenecen al grupo en tratamiento actual de toxicomanías.

No obstante, 52 personas (36,9%) refieren haber utilizado otras especialidades médicas. El análisis cualitativo refleja que los motivos por los que asistieron fueron del tipo: lesiones debidas a accidentes laborales o traumatismos (3 casos) o lesiones debidas a agresiones (9 casos), intoxicaciones y sobredosis (3 casos), por ataques epilépticos o similares (3 casos), piedras en el riñón y otros problemas renales (2 casos),

hernias (2 casos), quemaduras (2 casos), problemas bucodentales (2 casos), problemas gástricos (1 caso), lavado de estómago (1 caso), y enfermedad hereditaria (1 caso). Veintitrés de los entrevistados que refirieron haber consultado otro especialista, no especificaron cuál o el motivo de la consulta. Entre las razones por las que se consulta destaca de forma notoria las lesiones debidas a agresiones, y en menor grado los ataques epilépticos o similares, las intoxicaciones o sobredosis y los problemas bucodentales, todos ellos frecuentemente observados en las exploraciones físicas de este grupo de personas.

Si bien no se han apreciado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación en función del acceso que han realizado a este grupo de otras especialidades, se hace notar que la proporción de casos que acceden a este tipo de servicios es mayor entre los sujetos que nunca han estado en tratamiento (45%) y los que actualmente están en tratamiento (39,7%), que los que realizaron un tratamiento previo pero ahora no se hallan adscritos a ninguno (31,4%).

Por último, respecto al número de especialidades médicas a las que ha accedido cada usuario, se observa una media general de 1,2 (mínimo de 0 -19,1%- y un máximo de 4 especialidades -3,5%- Mediana= 1), observándose diferencias significativas entre los grupos que indican que los sujetos actualmente en tratamiento acceden a un mayor número de especialidades médicas (M= 1,4) que los sujetos no adscritos a tratamiento (M= 0,9).

#### **4.6.2. Utilización de servicios sociales**

Análogamente al análisis efectuado sobre la utilización de los servicios sanitarios, se halla el referido al uso de recursos sociales (tabla 17).

En general, la utilización de los Servicios Sociales de Base (SSB) es realizada, tanto durante el último año como en el último mes, por un 32% de los entrevistados, pero es claramente utilizado en mayor medida por los sujetos adscritos a tratamiento que por los que no lo están. En concreto, los SSB han sido utilizados durante el último año por un 31,9% de los sujetos en tratamiento frente a un 16,7% de los no adscritos a tratamiento; y, durante el último mes, la proporción de sujetos en tratamiento que ha hecho uso de este servicio ha sido del 47,1%, frente a un 19,4% de los sujetos sin tratamiento. De los no adscritos a tratamiento, tanto en el grupo que nunca ha recibido tratamiento como en el que ha realizado alguno previamente, las proporciones de usuarios de SSB durante el último año o durante el último mes no presentan diferencias porcentuales de consideración.

**Tabla 17. Utilización de servicios sociales durante el último año y el último mes**

	Total muestra (n = 141) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos	
		Nunca en Tto (n = 20) n %	Tto previo (n = 52) n %	Tto actual (n = 69) n %	Prueba de contraste $\chi^2_{(2)}$ p	No Tto actual (n = 72) n %	Prueba de contraste $\chi^2_{(1)}$ p
Serv. Sociales de Base último año	45 31,9	3 15,0	9 17,3	33 31,9	16,3 0,001	12 16,7	16,3 0,001
Serv. Sociales de Base último mes	46 32,6	3 15,0	11 21,2	32 47,1	12,3 0,002	14 19,4	12,1 0,001
Otros A. Sociales último año	66 46,8	9 45,0	20 38,5	37 54,4	3,0 n.s.	29 40,3	2,8 0,094
Otros A. Sociales último mes	60 42,6	9 45,0	20 38,5	31 45,6	0,7 n.s.	29 40,3	0,4 n.s.
O.N.G.s y A.A.S. último año	121 85,8	16 80,0	44 84,6	61 89,7	1,5 n.s.	60 83,3	1,2 n.s.
O.N.G.s y A.A.S. último mes	136 96,5	20 100,0	51 98,1	65 95,6	1,3 n.s.	71 98,6	1,1 n.s.
N.º personas que no utilizan ningún recurso sanitario en el último año	62 44,0	10 50,0	27 51,9	25 36,2	3,3 n.s.	37 51,4	3,3 0,050
N.º personas que no utilizan ningún recurso sanitario en el último mes	65 46,1	10 50,0	27 51,9	28 40,6	1,7 n.s.	37 51,4	1,6 n.s.

El recurso a otros asistentes sociales pertenecientes a organismos comunitarios o asociaciones de ayuda, tanto durante el último año como durante el último mes, es mayor que el realizado a los servicios sociales de base. Durante el último año, un 46,8% de los entrevistados refieren haber estado en alguna ocasión con un/a asistente social, siendo mayor esta proporción entre los sujetos en tratamiento por su toxicomanía (54,4%) que entre los no adscritos a tratamiento (40,3%) –esta diferencia porcentual entre ambos grupos resulta estadísticamente tendencial, pero no significativa–. Durante el último mes, las diferencias entre estos grupos tienden a igualarse –tan solo se aprecia una diferencia de 5,3 puntos–, de forma que en promedio han recurrido a un/a asistente social en torno a un 42,6% de los entrevistados.

El caso más significativo de utilización de recursos socio-sanitarios lo constituye las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y/o las Asociaciones de Ayuda Social (AAS). Éstas han sido un recurso utilizado por el 85,8% de los entrevistados durante

el último año y por casi la totalidad (96,5%) durante el último mes. Este índice de acceso es equivalente entre los sujetos en tratamiento como entre los que no lo están.

Con anterioridad se ha comentado que este puede ser un efecto asociado a la forma de acceso a la muestra de estudio, ya que se recurrió a este tipo de servicios para establecer el contacto. Por ello, es comprensible que casi la totalidad de entrevistados (136 de los 141 que componen la muestra total) refieran utilizar las ONG/AAS durante el mes previo a la entrevista. No obstante, queremos hacer notar que la proporción de casos que han hecho uso de este recurso durante el último año es también considerable (85,8%), lo que indica, al compararlo con la utilización de los otros servicios sociales durante el mismo periodo, que este es un recurso de elección y acceso entre este colectivo.

Al igual que se ha realizado en el apartado anterior, aquí también nos interesa conocer cuál es la proporción de casos que no han accedido a un recurso de tipo social en los periodos de tiempo considerados. Dado el efecto aglutinante de las ONG/AAS, se ha prescindido de ellas a la hora de calcular este índice y, por tanto, analizaremos el número de casos que no han utilizado los servicios sociales de base o el contacto con un/a asistente social durante el último año o el mes previo (tabla 17). Los resultados muestran que en torno a cuatro de cada diez entrevistados refieren no haber utilizado estos recursos sociales durante el último año y/o durante el último mes, siendo la proporción de sujetos que no acceden a dichos servicios sociales mayor entre los sujetos no adscritos a tratamiento (51,4%).

## PERFIL DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- *Un 68,2% del total de entrevistados ha acudido durante el último año a, al menos, un servicio sanitario no específico de toxicomanías, y un 56% durante el último mes.*
- *Los recursos sanitarios más utilizados durante el último año están localizados en el hospital, bien a través de un ingreso en una de sus unidades (37,1%) o mediante la utilización del servicio de urgencias (34,3%). El acceso a un médico especialista fue realizado por tres de cada diez personas y al médico de cabecera por aproximadamente dos de cada diez (22,1%).*

## PERFIL DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen (Continuación)

- Durante el mes previo, el recurso al que ha accedido mayor número de personas es al especialista médico (33,6%), seguido de las urgencias (24,3%) y el médico de atención primaria (17,1%), habiendo estado ingresado en el hospital uno de cada diez (11,4%).
- Si bien no se observan diferencias estadísticamente significativas en el acceso a los diferentes servicios, en cada uno de los periodos de tiempo referidos, entre los sujetos adscritos o no a tratamiento, sí se perfilan ciertos patrones de uso en cada grupo:
  - El grupo de personas que nunca han estado en tratamiento es el que en menor proporción ha utilizado los servicios de atención primaria y especializada durante el último año (15% en cada caso), pero el que mayor proporción de casos presenta en el uso de los servicios de urgencia e ingreso en el hospital durante el último mes (35% y 20%, respectivamente).
  - Las personas que no están en tratamiento pero lo han estado con anterioridad, es el grupo que con menor proporción de casos han consultado al médico de cabecera durante el último mes (11,5%), pero los que en mayor proporción visitan al especialista, tanto durante el último mes (34,6%) como en el último año (36,5%).
  - Las personas que están en tratamiento son las que en mayor proporción han accedido al especialista médico durante el último mes (36,8%), y han acudido a urgencias del hospital o han ingresado en el mismo durante el último año (38,2% y 41,2%, respectivamente).
- Respecto a la especialidad médica que se ha visitado, la más utilizada fue el servicio de enfermedades infecciosas (27,7%), seguido del de neumología (19,1%), psiquiatría (14,2%), medicina interna (12,1%); y en menor proporción las especialidades de ginecología (6,4%) y cardiología (2,8%).
- Un 36,9% refirió haber consultado otras especialidades médicas, en general debido a lesiones por accidente o agresión, episodios epilépticos, intoxicaciones o sobredosis o problemas bucodentales, entre otras afecciones de menor frecuencia.

## PERFIL DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen (Continuación)

- *Los sujetos no adscritos a tratamiento acceden a un menor número de especialidades médicas que los sujetos en tratamiento.*
- *De manera genérica, las especialidades de psiquiatría, infecciosas, neumología y medicina interna son utilizadas por una mayor proporción de personas que están o han estado en tratamiento, mientras que el recurso a otras especialidades (por lesiones, sobredosis, etc.) es más prevalente entre los entrevistados que nunca han recibido tratamiento por su toxicomanía.*
- *En torno a un 55% del total de entrevistados ha acudido durante el último año o durante el mes previo a un servicio de asistencia social de base ( $\approx 32\%$ ) o a un asistente social ( $\approx 44\%$ ), siendo el contacto con estos recursos mayor entre las personas adscritas a tratamiento.*
- *Prácticamente la totalidad de los entrevistados han accedido a servicios sociales ofrecidos por ONG y Asociaciones de Ayuda Social (AAS) tanto durante el último año (85,8%) como durante el último mes (96,5%). Estos servicios son utilizados de forma equivalente por personas adscritas y no adscritas a tratamiento.*

#### 4.7. Intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para toxicomanías

Además de la utilización que las personas consumidoras de heroína hacen de los recursos sociosanitarios disponibles en la comunidad, también interesa conocer cuál sería su intención de uso si se les ofreciera la posibilidad de crear nuevos dispositivos sociosanitarios con mayor especificidad en sus hábitos de consumo. Se plantearon seis posibles recursos, dos de ellos ya en funcionamiento desde hace un tiempo en la CAPV como son los *Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)* o los *Centros de Acogida Nocturna (CAN)*, como es el caso de “Hontza” en Bizkaia o “el Refugio” en Vitoria-Gasteiz. Otros tres recursos planteados serían de creación nueva en nuestro entorno, aunque ya experimentados en otras comunidades o países; nos referimos a las *Salas de Venopunción (SV)*, donde los usuarios de drogas inyectables podrían hacer uso de esta vía de una forma íntima y garantizando condiciones de salubridad en el proceso, además de otras posibles coberturas sociosanitarias, y los *Programas de*

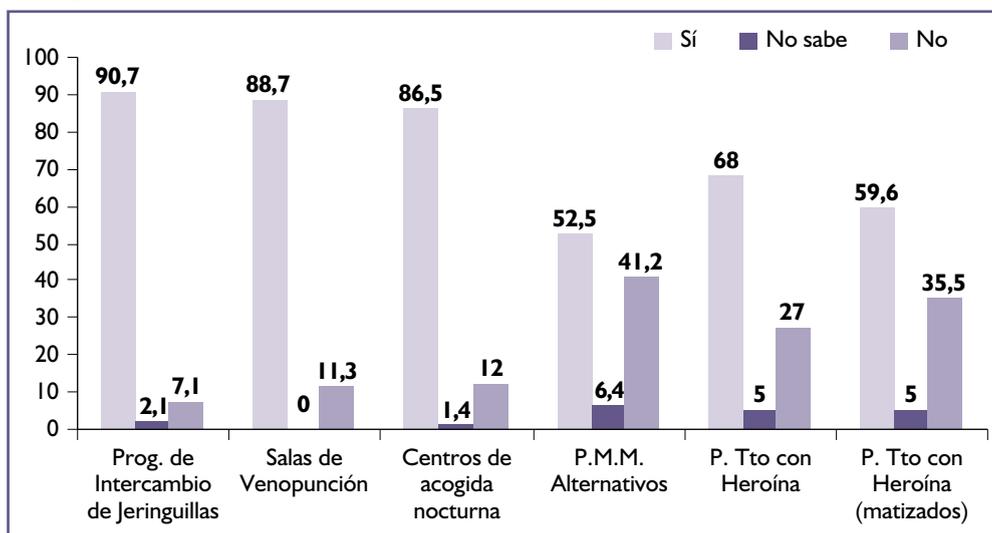
*Dispensación Controlada de Heroína o Programas de Tratamiento con Heroína (PTH).* La intención de uso de este último recurso se planteó a los entrevistados de dos formas: en primer lugar se les enunció el nombre del dispositivo sin mayor aclaración. Una vez se definieron a favor o en contra, se les matizó una serie de requisitos a realizar en el caso de acceder a este tipo de servicio, tales como: el servicio se localizaría en un hospital, habría que acudir tres veces al día para tomar la dosis correspondiente, la dosis sería administrada por un equipo médico y habría que acudir todos los días de la semana. Ante esta opción “con matices”, los sujetos debían expresar de nuevo su intención de utilización teniendo en cuenta estas nuevas condiciones. Por último, se planteó la utilización de un sexto recurso sanitario ya existente, los Programas de Mantenimiento con Metadona (*PMM*), con la coetilla “pero con otro funcionamiento al de los actuales”, sin darles mayores detalles.

**Tabla 18. Intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para personas con adicción a heroína**

	Seguro que sí		Creo que sí		No lo sé		Creo que no		Seguro que no	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prog. de Intercambio de Jeringuillas	123	87,2	5	3,5	3	2,1	2	1,4	8	5,7
Salas de venopunción	118	83,7	7	5,0	0	0,0	1	0,7	15	10,6
Centros de Acogida Nocturna	113	80,1	9	6,4	2	1,4	3	2,1	14	9,9
Prog. de Metadona con funcionamiento diferente a los actuales	60	42,6	14	9,9	9	6,4	29	20,6	29	20,6
Prog. de Tratamiento con Heroína	80	56,7	16	11,3	7	5,0	11	7,8	27	19,1
Prog. de Tratamiento con Heroína con matices	60	51,8	11	7,8	7	5,0	10	7,1	40	28,4

La intención declarada de utilización de dichos recursos queda detallada en la tabla 18 y figura 11. La tabla 18 presenta la frecuencia y porcentaje observado para cada categoría de respuesta utilizada (seguro que sí, creo que sí, no lo se, creo que no y seguro que no). Dado que las respuestas en las categorías “creo que sí” y “creo que no” tendían en general a ser minoritarias y dificultaban ciertos análisis estadísticos se optó por agrupar las categorías “seguro que sí” y “creo que sí” bajo la denominación “Sí” (posicionamiento a favor del recurso), y las categorías “creo que no” y “seguro que no” bajo la denominación “No” (posicionamiento en contra del recurso). Los porcentajes resultantes de tal agrupación son los que aparecen reflejados en la figura 11.

**Figura 11. Intención de uso de recursos específicos para toxicomanías**



Tres de los recursos planteados alcanzan una intención a favor de su utilización casi total. Los programas de intercambio de jeringuillas serían utilizados por el 90,7% de los entrevistados, las salas de venopunción por un 88,7% y los centros de acogida nocturna por un 86,5%. Es notorio observar que en estos tres casos las respuestas de indecisión (“no lo se”) son muy bajas, menores del 2,1%.

Respecto a la utilización de programas de mantenimiento con metadona pero con un funcionamiento distinto al de los actuales, se mostrarían a favor de su utilización un 52,5% y en contra un 41,2%. En este caso, sigue existiendo una mayoría a favor de la utilización del recurso, pero los detractores se manifiestan como una minoría considerable.

Si atendemos a la intención de uso de los programas de tratamiento con heroína (PTH), se observa una clara mayoría a favor, casi siete de cada diez (68%) estarían de acuerdo con utilizar este recurso, mientras un 27% mostraría una intención de no uso. Cuando se les plantean las condiciones bajo las cuales podría ponerse en marcha los PTH<sup>3</sup>, la intención de uso se reduce a un 59,6% y la intención de no utilización

<sup>3</sup> Las matizaciones a las que se hace alusión en el texto (pg. 76), y se utilizaron en el cuestionario durante la entrevista, no son reflejo de las condiciones reales bajo las cuales ha de llevarse este tipo de programas. Al presentar este tipo de requisitos para poder recibir un PTH, pretendíamos forzar la valoración de los entrevistados para estimar, siquiera someramente, la verdadera intencionalidad de uso respecto a este tipo de dispositivo.

aumenta hasta un 35,5%. Se observa, por tanto, un cambio en la intención de uso de los PTH cuando son matizados ( $\chi^2 = 116,5$ ;  $p < 0,001$ ), y la dirección de los cambios puede examinarse a través de los datos de la tabla 19.

En las filas se localiza la intención de utilización de los PTH cuando se enuncia sin matices, y en las columnas cuando se propone con matices. Las respuestas que describe la diagonal central (con fondo negro) representan los sujetos que no han cambiado su opinión, que en total suponen el 85,2% del total. Del 68% que habían manifestado su intención de uso en la primera opción, persisten en dar una respuesta favorable de utilización el 56,7%; no se definen a favor ni en contra en las dos valoraciones el 2,8%; y de un 27% que manifestaba en la primera opción no tener intención de utilizar los PTH mantiene tal opinión un 24,8%. Se observa, entonces, que los cambios se producen en las dos direcciones: sujetos que inicialmente daban una respuesta positiva modifican su intención hacia una respuesta negativa, y sujetos que en principio se mostraban en contra de utilizar tal recurso luego se muestran a favor. Las valoraciones de cambio más relevantes son las que se modifican hacia el sí o hacia el no cuando se manifiesta la intención de uso en la opción con matices. A este respecto, sujetos que inicialmente se manifestaban indecisos o contrarios a la utilización del PTH (sombreado gris claro) y ahora se muestran a favor suponen un 2,8%; mientras que los sujetos que cambian su intención hacia una respuesta de no utilización del recurso (sombreado en gris oscuro) representan un 10,6%. Estos resultados pueden interpretarse de la forma siguiente: la introducción de matices respecto a la forma de funcionamiento de los PTH hace retractarse a un 10,6% de los sujetos hacia un rechazo de tal medida y a un 2,8% hacia una aceptación de la misma, mientras que un 56,7% no se deja influenciar en su intención de uso por la presencia de límites y condiciones de acceso al programa.

**Tabla 19. Cambio en la intención de utilización de los Programas de Tratamiento con Heroína al introducir matices sobre su modo de aplicación**

		Intención de utilización del Programa de Heroína con matices						Total Filas	
		Sí		No lo sé		No			
Intención de utilización del Programa de Heroína sin matices	Sí	80	56,7%	2	1,4%	14	9,9%	96	68,0%
	No lo sé	2	1,4%	4	2,8%	1	0,7%	7	5,0%
	No	2	1,4%	1	0,7%	35	24,8%	38	27,0%
<b>Total Columnas</b>		<b>84</b>	<b>59,6%</b>	<b>7</b>	<b>5,0%</b>	<b>50</b>	<b>35,5%</b>	<b>141</b>	

$\chi^2_{(4)} = 116,5$ ;  $p = 0,001$  / Prueba de McNemar (prueba exacta, distribución binomial):  $p = 0,017$

La tabla 20 presenta la intención de uso de estos recursos sociosanitarios en cada uno de los grupos de comparación. Respecto a los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), si bien como se ha reflejado previamente se expresa una amplia intención de uso de este recurso, en torno al 90,8%, se manifiesta de forma

**Tabla 20. Intención de uso de recursos sociosanitarios específicos para personas con adicción a heroína**

	Total muestra (n = 141) n %	Comparación tres grupos				Comparación dos grupos									
		Nunca en Tto (n = 20) n %		Tto previo (n = 52) n %		Tto actual (n = 69) n %		Prueba de contraste		No Tto actual (n = 72) n %		Prueba de contraste			
Prog. de Intercambio de Jeringuillas	Sí	128	90,8	17	85,0	48	92,3	63	91,3	7,9	0,090	65	90,3	3,4	n.s.
	No sabe	3	2,1	2	10,0	1	1,9	0	0,0			3	4,2		
	No	10	7,1	1	5,0	3	5,8	6	8,7			4	5,6		
Salas de venopunción	Sí	125	88,7	16	80,0	46	88,5	63	91,3	1,9	n.s.	62	86,1	0,9	n.s.
	No sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0			0	0,0		
	No	16	11,3	4	20,0	6	11,5	6	8,7			10	13,9		
Centros de Acogida Nocturna	Sí	122	86,5	17	85,0	43	82,7	62	89,9	4,0	n.s.	60	83,3	2,5	n.s.
	No sabe	2	1,4	0	0,0	2	3,8	0	0,0			2	2,8		
	No	17	12,1	3	15,0	7	13,5	7	10,1			10	13,9		
Prog. de Metadona con funcionamiento diferente a los actuales	Sí	7	52,5	7	35,0	21	40,4	46	66,7	23,6	0,000	28	38,9	23,3	0,000
	No sabe	9	6,4	0	0,0	1	1,9	8	11,6			1	1,4		
	No	58	41,1	13	65,0	30	57,7	15	21,7			43	59,7		
Prog. de tratamiento con heroína	Sí	96	68,0	12	60,0	44	84,6	40	58,0	10,6	0,031	56	77,8	6,5	0,038
	No sabe	7	5,0	1	5,0	1	1,9	5	7,2			2	2,8		
	No	38	27,0	7	35,0	7	13,5	24	34,8			14	19,4		
Prog. de tratamiento con heroína con matices	Sí	84	59,5	11	55,0	37	71,2	36	52,2	5,3	n.s.	48	66,7	3,6	n.s.
	No sabe	7	5,0	1	5,0	1	1,9	5	7,2			2	2,8		
	No	50	35,5	8	40,0	14	26,9	28	40,6			22	30,5		

tendencial una pequeña mayor proporción de casos indecisos entre los que no han estado nunca en tratamiento (10%) respecto a los otros dos grupos (1,9% y 0%). Algo similar ocurre con las salas de venopunción. Se observa una alta proporción de casos con intención de uso en los tres grupos, entre el 80% y 91,3%, pero entre los sujetos que nunca han estado en tratamiento se manifiesta una mayor proporción de casos con intención de no hacer uso de este recurso (20%) que en los otros dos grupos (11,5% y 8,7%). Respecto a los centros de acogida nocturna, los tres grupos manifiestan un perfil de intención de uso muy similar, es decir, las diferencias son menos apreciables que las observadas respecto a los recursos valorados previamente.

El caso de la intención de uso respecto a los programas de mantenimiento con metadona pero con un funcionamiento diferente a los actuales (PMM alternativos) sí se aprecian claras diferencias entre los sujetos que están en tratamiento y los no adscritos a tratamiento. Por una parte, los sujetos indecisos ante la utilización o no de los PMM alternativos se encuentran casi en su totalidad entre los que se hallan en tratamiento. Por otra parte, y aquí se encuentra la diferencia fundamental, los sujetos en tratamiento muestran una proporción mayor de casos que aceptarían esta alternativa (un 66,7% frente a un 38,9%), mientras que entre los no adscritos a tratamiento, y en mayor medida entre los que nunca han estado en tratamiento (65%), se manifiesta una mayor falta de intención en el uso de los PMM alternativos.

Cuando se aborda la intención de uso de los programas de tratamiento con heroína (PTH) las diferencias entre los grupos también se hacen notables y estadísticamente significativas: el grupo de personas no adscritas a tratamiento, y en concreto los sujetos que previamente han estado en tratamiento, son los que manifiestan una mayor proporción de casos con intención de utilizar este programa (84,6%) frente a los que nunca han estado en tratamiento (60%) o los que actualmente se hallan inscritos en uno (58%).

Cuando se propone este recurso pero utilizando los matices ya aludidos, el perfil es similar al comentado en el primer caso: los sujetos no adscritos a tratamiento pero con experiencia previa son los que se muestran más dispuestos para su uso. Por otra parte, en los tres grupos se aprecia una reducción en la intención de uso respecto a la valoración que hicieron inicialmente, pero el grupo en el que más aceleradamente crecen las respuestas negativas es precisamente el grupo que manifiesta una mayor intención de uso. En concreto, respecto a su posicionamiento previo, los sujetos que nunca han estado en tratamiento y los que actualmente están en tratamiento manifiestan un incremento, en torno a un 5%, de respuestas negativas, en ambos casos, mientras que los sujetos con tratamientos previos el cambio de opinión hacia

una postura de no aceptación de los PTH es de un 13,4%. En definitiva, los sujetos que han realizado tratamiento previo por su toxicomanía pero que en la actualidad no se hallan realizando ninguno, son los más proclives a utilizar los PTH, pero también los más reticentes cuando se ponen límites al procedimiento de actuación o control sanitario.

## INTENCIÓN DE USO DE RECURSOS ESPECÍFICOS PARA TOXICÓMANOS ENTRE LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- Se aprecia un claro posicionamiento a favor de la utilización de los programas de intercambio de jeringuillas (90,7%), de las salas de venopunción (88,7%) y de los centros de acogida nocturna (86,5%), tanto entre los sujetos no adscritos a tratamiento como entre los acogidos a un programa terapéutico.
- La oferta de un programa de metadona con funcionamiento diferente a los actuales es valorada a favor por un 52,5%, frente a un 41,2% que se manifiesta en contra de su utilización. Los sujetos actualmente en tratamiento son los que en mayor proporción estarían a favor de la utilización de estos PMM alternativos, mientras que los sujetos no adscritos a tratamiento se posicionarían en contra.
- Respecto a la intención de uso de programas de tratamiento con heroína (PTH), espontáneamente un 68% de los entrevistados se manifiesta a favor, y un 27% refiere no tener intención de utilizarlos. Cuando se añaden matices restrictivos respecto a la forma de aplicarse los PTH, la intención de uso se ve alterada de forma que un 10,6% cambian su valoración hacia un posicionamiento en contra, un 2,8% modifican su intención de uso de una posición negativa a otra positiva, y un 56,7% mantiene su intención de utilizar tal recurso.
- Las personas no adscritas a tratamiento, y en concreto los sujetos que previamente han estado en tratamiento, son los que manifiestan una mayor proporción de casos con intención de utilizar este programa (84,6%) frente a los que nunca han estado en tratamiento (60%) o los que actualmente se hallan inscritos en uno (58%). Cuando se introducen matices sobre la forma de funcionamiento de los PTHs, se produce un cambio en la intención de uso en los tres grupos, pero este cambio es de mayor magnitud y hacia una posición en contra, entre los sujetos con tratamiento previo, quienes, no obstante, son los que en mayor proporción mantendrían una clara intención de utilización de los PTH (71,2%) a pesar de dichos requisitos.

#### 4.8. Razones por las que no están en tratamiento

Ya comentábamos al inicio de este apartado de resultados la situación de los entrevistados respecto a su vinculación o no a programas terapéuticos relacionados con las toxicomanías (pag. 34). Como ya hemos venido observando, 69 casos de los 141 encuestados (48,9%) se hallan en el momento de la entrevista en tratamiento en un servicio sanitario. La otra mitad de las personas consultadas (51,1%) no muestran vinculación actual a este tipo de servicios sanitarios, y en tal caso nos interesaba conocer cuáles son las razones de ello.

Para explorar estas razones, en primer lugar se pidió a los participantes que expresasen libremente sus opiniones, las cuales eran recogidas literalmente, para luego ser agrupadas y analizadas. En la tabla 21 figura un listado de las razones aludidas, habiéndose eliminado las que eran reiterativas. Un primer dato a destacar es que entre las 72 personas no adscritas a tratamiento, 46 han expresado al menos una razón de porqué no están en tratamiento, y por tanto, en un 35,2% de los casos se ha producido una falta de respuesta (“no sabe / no contesta”).

Se han recogido 73 razones, las cuales han sido agrupadas en 10 apartados según el contenido al que hacen referencia. No entraremos en detalle en las razones específicas expresadas (pueden encontrarse en la tabla 21), y a continuación sólo haremos referencia a las razones genéricas que explican por qué no acuden a tratamiento. Una de las razones más aludidas es la falta de interés por el tratamiento y la preferencia por seguir consumiendo, apareciendo también la idea de “no” percibir un problema en el consumo de drogas que realizan. En otros casos, los entrevistados manifiestan una mayor preferencia por ser ellos mismos quienes llevan la iniciativa de dejar el consumo si fuera necesario y la no necesidad de acudir a un centro de tratamiento. Por otro lado, también es expresada por otro sector de entrevistados que la razón de no acudir a tratamiento es debida a su falta de voluntad y/o motivación para afrontar este proceso.

El hecho de haber recaído es una de las razones mayormente aludidas por los entrevistados para explicar por qué actualmente no se encuentran en tratamiento. También las dificultades de acceso, centradas de manera frecuente en la necesidad de estar empadronado para poder ser atendido en un centro de la red, o la demora en la entrada a estos programas, son razones aludidas para no estar en tratamiento. Asimismo, relacionado con las características de los centros, se exponen como razones de autoexclusión el hecho de que a algunos entrevistados no les gusta que les controlen y no están de acuerdo o no les gustan las normas que imponen los centros

de asistencia a toxicómanos. También se describen un considerable número de razones que manifiestan una sensación de desconfianza hacia lo que les ofrecen los programas de tratamiento, indicando que lo que hay no les resulta una opción atractiva o no los ven eficaces. Algunos otros manifiestan que no se encuentran en tratamiento por indicación o presión de terceros, quienes les han dado malas referencias de los programas de asistencia. Por otra parte, también se detallan observaciones que muestran no hallarse en tratamiento actualmente pero estar interesados en iniciarlo y encontrarse a la espera de acceder a uno. Por último, también se detallan un conjunto de razones diversas, encuadradas en la tabla 21 como “razones varias”, que hacen alusión a la capacidad adictiva de la metadona, y que para estar enganchado a algo prefiere que sea la heroína, o al hecho de haber sido expulsado del programa, o a problemas con otros usuarios en tratamiento, o a la disparidad entre los intereses propios y los que tiene el equipo médico. En definitiva, se manifiestan libremente un surtido y variopinto cúmulo de razones para no hallarse en tratamiento.

Con independencia de la búsqueda de las razones que espontáneamente los sujetos no adscritos a tratamiento manifestaban durante la entrevista, previamente se habían definido una serie de situaciones que a juicio de expertos suelen ser las más

**Tabla 21. Razones por las que no están en tratamiento aludidas de forma espontánea**

Razones que reflejan “falta de interés”:	Razones que reflejan “capacidad personal para dejar de consumir”:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No le interesa (4)</li> <li>- No lo necesita</li> <li>- No quiere, nunca ha pensado en dejarlo</li> <li>- No ha querido, no se considera enganchado</li> <li>- No ve la droga como problema, puede salir cuando quiera</li> <li>- Prefiere consumir (3)</li> <li>- Prefiere seguir como está</li> <li>- Mejor consumir que el tratamiento</li> <li>- Nunca ha tomado la decisión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lo ha dejado él solo a veces sin ir a ningún sitio (3)</li> <li>- Cuando ha querido dejarlo se ha ido a trabajar en un barco y lo ha hecho él solo</li> <li>- Cuando lo ha dejado ha sido “a pelo” yéndose a trabajar, prefiere eso que programas</li> <li>- Si se quiere desenganchar se queda en casa y “se come” el mono “a pelo”</li> <li>- Quiere dejarlo sin pastillas ni tratamiento</li> </ul>
Razones que reflejan “falta de voluntad personal para afrontar el tratamiento”:	Recaída:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muy dejado</li> <li>- Pereza (3)</li> <li>- Falta de voluntad (2)</li> <li>- No está segura de poder dejarlo, no acabar el proceso</li> <li>- Porque ahora no está mentalizado</li> <li>- Desmotivado tras separación de la mujer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porque ha recaído (12)</li> <li>- Estuvo con metadona y consiguió dejarlo 2 años y luego volvió</li> <li>- Estuvo 5 años desenganchada pero volvió al juntarse con el marido</li> <li>- Fue a un tratamiento de una semana en una clínica y cuando salió estuvo 5 meses sin consumir, pero luego recayó</li> </ul>

Razones que reflejan “dificultades de acceso”:	Razones que reflejan “voluntariedad o estar a la espera de acceder a un tratamiento”:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sí quisiera dejar de consumir y ponerse en tratamiento pero no tiene papeles y no puede acceder</li> <li>– Necesita empadronamiento (5)</li> <li>– Quisiera empezar con metadona pero se ve vaga para ir. Además tiene el problema del empadronamiento</li> <li>– No ha tenido posibilidad (de 6 meses a 1 año de espera para metadona)</li> <li>– Esperas muy largas para entrar en tratamiento (2)</li> <li>– Lo ha intentado dejar por su cuenta pero estando en la calle no ha podido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Quisiera ir a un centro</li> <li>– Esperando para ingresar en un centro (4)</li> <li>– Esperando a metadona</li> <li>– Voluntad de hacer tratamiento en (... centro de tratamiento), en espera de entrar, ahora está en (... centro de apoyo al toxicómano)</li> <li>– Quiere metadona pero no ha ido a por ello</li> <li>– Porque no ha ido a por ella, aunque quiere hacer tratamiento con metadona</li> <li>– Intentando entrar a programa de Osakidetza. Terminó el programa de (... Centro de tratamiento), pero volvió a consumir</li> </ul>
Razones que reflejan “desacuerdo con las normas y/o con el control”:	Razones que reflejan “influencia de terceros”:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– No le gusta que le controlen (5)</li> <li>– No le gustan las normas (4)</li> <li>– Normas/Reglas rígidas (no fumar, trabajar para el centro,...)</li> <li>– Le agobian las normas previas a la entrada al programa</li> <li>– No quiere las normas de los programas tipo (...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comentarios de amigos (2)</li> <li>– Tiene malas referencias</li> <li>– Por el novio, que ha estado y no le ha gustado</li> </ul>
Razones que reflejan “desconfianza hacia los programas de tratamiento”:	Razones varias:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– No conoce los centros y tampoco muestra interés por ello</li> <li>– Lo que hay no le gusta (3)</li> <li>– Lo que hay no le resulta una opción atractiva</li> <li>– No le gusta ninguno, no le gusta que les controlen. Prefiere seguir consumiendo.</li> <li>– No los ve eficaces (2)</li> <li>– Porque no lo lleva bien</li> <li>– Nunca ha querido ir a programas de desintoxicación</li> <li>– No le parecen adecuados los programas de desintoxicación</li> <li>– No cree en los centros, se aprovechan de la gente, experimentan con ella</li> <li>– No aguanta los tratamientos</li> <li>– No cree en los centros porque tiene que pasar el mono en su casa y luego ir a trabajar a un centro</li> <li>– Le da asco la rutina de los centros</li> <li>– Se desmotivó con la naltrexona y lo dejó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– No le gusta la metadona, también engancha y para eso prefiere la heroína</li> <li>– La metadona también engancha</li> <li>– Con la metadona te estás drogando gratis y legalmente</li> <li>– Le han echado por consumir coca</li> <li>– Le quitaron la metadona por problemas con el programa</li> <li>– Venganzas hacia él</li> <li>– Coge las dosis de metadona y las vende o las tira porque no quiere engancharse por miedo al mono de la metadona (el de los 100 días)</li> <li>– Dejó un piso de desintoxicación porque había una compañera con la que tenía problemas</li> <li>– Dos posibilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>metadona – no conviene según médico;</li> <li>naltrexona – no la quiere él</li> </ul> </li> </ul>

\* Entre paréntesis se especifica el número de personas que expresan esa razón

comunes y que, como podremos comprobar, han quedado recogidas entre las expresadas en la tabla 21. Dado que a priori se suponía que las razones para no acudir a tratamiento pueden ser distintas entre los que nunca han realizado un tratamiento específico de toxicomanías y los que ya cuentan con esa experiencia, se procedió a generar dos listados de posibles razones para cada una de estas situaciones. La posición que muestran los componentes de ambos grupos respecto a las alternativas que se les ofrecen es comentada para cada grupo de forma separada en los siguientes apartados.

#### ***4.8.1. Razones por las que no están en tratamiento aludidas por las personas que no han estado nunca en tratamiento***

A las personas que no han acudido nunca a tratamiento se les planteó seis posibles razones para no hallarse en tratamiento y una séptima alternativa donde el sujeto podría expresar otras razones si ninguna de las anteriores podían dar respuesta a su situación; estas alternativas son las recogidas en la tabla 22. Cada entrevistado podía elegir más de una alternativa, pero debía indicar el orden de preferencia.

Todos los sujetos dieron algún tipo de razón, en cuatro casos ofrecieron hasta dos razones y dos personas manifestaron hasta tres razones por las que no acudían a tratamiento. En la primera opción de respuesta, la razón aludida por mayor número de personas, un total de 6, fue que “no les interesa seguir un tratamiento, que prefieren seguir consumiendo”; lo que puede interpretarse como que un 30% de los sujetos que nunca han estado en tratamiento ni siquiera se lo han propuesto. La segunda y tercera razones por las que no acuden a tratamiento, expresadas por 5 y 3 personas respectivamente, hacen alusión a “las dificultades de acceso a este tipo de servicios” o a que “las ofertas terapéuticas existentes no les resultan atractivas”. En un caso, la persona propone como razón de no hallarse en tratamiento el “desconocimiento de los recursos existentes o de la forma de acceder a ellos”. En estas tres últimas razones aludidas, podría intuirse cierta voluntariedad para el tratamiento, pero los sujetos por razones personales o por las características que ellos perciben en los centros de tratamiento no acceden a los mismos. Por otra parte, un sujeto está de acuerdo con la expresión “la metadona también engancha y para eso prefiero la heroína”, como razón para no hallarse en tratamiento. Por último, En cuatro casos, se expresan razones distintas a las propuestas por el entrevistador. Entre ellas se expresan las siguientes: en dos casos aluden el “no tener papeles” (se trata de inmigrantes), otro “no quiere tratamiento porque no se considera enganchado”, y el último dice que “en caso de desengancharse, prefiere hacerlo solo”.

**Tabla 22. Razones por las que no están en tratamiento. Sujetos que nunca han estado en tratamiento (n=20)**

Razones	1.ª Opción		2.ª Opción		3.ª Opción		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 No conocen los servicios o la forma de acceder a ellos	1	5,0	–	–	–	–	1	5,0
2 Dificultades de acceso: lista de espera, rigidez normas, esta lejos de donde vivo, etc	5	25,0	1	5,0	–	–	6	30,0
3 No les interesa, prefieren seguir consumiendo	6	30,0	–	–	–	–	6	30,0
4 Lo que hay no les resulta una opción atractiva	3	15,0	1	5,0	–	–	4	20,0
5 No le gusta que le controlen	–	–	2	10,0	1	5,0	3	15,0
6 La metadona también engancha, y para eso prefiero la heroína	1	5,0	2	10,0	1	5,0	4	20,0
7 Otras razones	4	20,0	–	–	–	–	4	20,0

Entre las personas que dan más de una razón, se observan diferentes combinaciones. En un caso, se alude a la falta de interés por seguir un tratamiento y a la consideración de que la metadona puede enganchar y que para eso es preferible la heroína. En otros dos casos, también estarían de acuerdo con esta última apreciación y además verían limitaciones en el acceso a los recursos sanitarios; y en un caso de estos dos expresaría una tercera razón y es el desconocimiento de la forma de acceder dichos recursos. En otros dos casos, se expresaría como razones para no estar en tratamiento la falta de interés y el rechazo a que les controlen, y en uno de estos dos casos se manifiesta una tercera razón que alude al hecho de que la oferta terapéutica existente no le resulta atractiva.

Si consideramos el total de razones expresadas por los 20 sujetos que nunca han estado en tratamiento, bien en 1.ª, 2.ª ó 3.ª opción, observamos que las razones más apoyadas son o bien la falta de interés por ponerse en tratamiento y optar por el consumo, o bien las dificultades que se encuentran para poder acceder a un tratamiento, en ambos casos expresadas por un 30% de los entrevistados. En cualquier caso, hemos de hacer notar que hay diversidad en la expresión de las razones para no estar en tratamiento, es decir, no hay una razón concreta que destaque sobre las demás.

#### **4.8.2. Razones por las que no están en tratamiento aludidas por las personas que han estado previamente en tratamiento**

Al igual que en el caso anterior, a las personas que han tenido experiencia con algún tratamiento de toxicomanías pero que en la actualidad no se hallan adscritas a

ninguno, se les planteó un conjunto de ocho posibles razones más una novena alternativa donde podían expresar otras posibles razones no recogidas entre las que ofrecía el entrevistador. Entre estas razones aludidas por los entrevistados, destacó por su frecuencia la razón de “no hallarse en tratamiento por haber recaído”, por lo que a nivel descriptivo se la ha considerado como una alternativa diferente a “otras razones” y aparece de forma independiente junto a las otras alternativas en la tabla 23.

**Tabla 23. Razones por las que no están en tratamiento. Sujetos que han estado en tratamiento previo (n=52)**

Razones	1.ª Opción		2.ª Opción		3.ª Opción		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No contesta	15	28,8						
1 Expulsión por consumos reiterados	1	1,9	1	1,9	5	9,6	7	13,4
2 Expulsión por incumplimiento de normas	5	9,6	2	3,8	5	9,6	12	23,1
3 Expulsión por falta de asistencia	1	1,9	1	1,9	1	1,9	3	5,7
4 Por alta terapéutica	–	–	–	–	–	–	0	0,0
5 No me servía para nada y lo deje (abandono voluntario)	8	15,4	6	11,5	11	21,1	25	48,1
6 Prefería seguir consumiendo (abandono voluntario)	1	1,9	0	0,0	2	3,8	3	5,7
7 Por incompatibilidad con otras actividades	–	–	–	–	–	–	0	0,0
8 Por indicación o presión de otras personas	1	1,9	1	1,9	3	5,7	5	9,6
9 Recaídas	9	17,3	9	17,3	–	–	18	3,6
0 Otras razones	11	21,1	10	19,2	–	–	21	40,4

De las 52 personas que refieren haber realizado con anterioridad un tratamiento de toxicomanías pero en la actualidad no están adscritas a ninguno, 15 (un 28,8%) no se manifiestan en ninguna de las alternativas ofrecidas ni expresan de forma libre las razones por las que no se hallan en tratamiento.

Dos de las alternativas propuestas como posibles razones de no hallarse en tratamiento no han sido refrendadas por ninguno de los entrevistados. En concreto, no hallarse en tratamiento por “haber sido dado de alta terapéutica” o por “incompatibilidad con otras actividades”, son razones en las que no incurre ninguno de los entrevistados.

Entre las razones que sí encuentran expresión entre los entrevistados, las aludidas en 1.ª, 2.ª ó 3.ª opción quedan recogidas en la tabla 23. Para no abrumar con especificaciones reiterativas, vamos a optar por describir el total de casos que optan por cada una de esas alternativas en el conjunto de opciones en las que pueden ser elegidas (véase columna “total” de la tabla 23).

Dejando a parte la alternativa “otras razones”, a las que luego haremos alusión, dos razones prevalecen de forma notoria sobre las restantes. La razón “no me servía para nada y lo dejé” es refrendada por el 48,1% de los sujetos, es decir, por 25 de los 52 que se componen este grupo, y un 34,6% argumentan que “haber recaído” es la razón por la que ahora no se hallan en tratamiento.

Las tres primeras razones que aparecen en la tabla 23 hacen referencia a la expulsión de un programa, en total expresado por un 42,2% de los casos, siendo el motivo de expulsión más frecuentemente aludido el referente al “incumplimiento de normas” (23,1%), seguido de la presencia de “consumos reiterados” (13,4%) y/o la expulsión por “falta de asistencia” (5,7%).

**Tabla 24. Otras razones por las que no están en tratamiento aludidas de forma espontánea por personas no adscritas a tratamiento pero con experiencia previa**

Razones de tipo personal:	Razones que reflejan “desacuerdo con las normas y/o con el control”:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Falta de voluntad</li> <li>– Dejó el tratamiento de metadona por la pereza de tener que ir</li> <li>– Lo dejó porque pensaba que ya era capaz de seguir adelante solo</li> <li>– Porque pensaba que estaba curado</li> <li>– Estuvo unos días en un centro pero no aguantaba sin meterse</li> <li>– Ha terminado procesos pero ha vuelto a engancharse. Ve que no encaja en la forma de trabajo de los centros.</li> <li>– Porque no lo lleva bien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reglas / normas muy rígidas</li> <li>– No le gustan las normas</li> <li>– No le gusta que le controlen</li> <li>– No le gustan las actividades que le obligan a hacer</li> <li>– Lo dejó porque le parecía mal que no pudiese visitar a su pareja operada en el hospital. No tenía familia o amigos para las salidas de fines de semana</li> </ul>
Razones que reflejan “desconfianza hacia los programas de tratamiento”:	Razones varias:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lo que hay no le gusta</li> <li>– No los ve eficaces</li> <li>– No cree en los centros, se aprovechan de la gente, experimentan con ella</li> <li>– No aguanta los tratamientos</li> <li>– Le da asco la rutina de los centros</li> <li>– Dejó un programa de cumplimiento alternativo porque no quería engancharse a la metadona</li> <li>– Estaba harto, la metadona engancha</li> <li>– No había psicólogos para preparar la salida a la calle, caserío terapéutico. Piensa que ganaban dinero a cuenta de lo que él trabajaba</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– No le gusta la metadona, también engancha y para eso prefiere la heroína</li> <li>– La metadona también engancha</li> <li>– No le gusta la metadona porque el mono es peor</li> <li>– Coge las dosis de metadona y las vende o las tira porque no quiere engancharse por miedo al mono de la metadona (el de los 100 días)</li> <li>– Venganzas hacia él</li> <li>– Dejó un piso de desintoxicación porque había una compañera con la que tenía problemas</li> <li>– Dos posibilidades: metadona - no conviene según médico; naltrexona - no la quiere él</li> </ul>

Las razones menos aludidas fueron las de no hallarse en tratamiento por “indicación o presión de otras personas” (familiares, pareja, amigos, colegas, etc.), expresada por 5 personas (9,6%), y la de “haber optado por seguir consumiendo”, manifestada por 3 personas (5,7%).

Un porcentaje nada desdeñable de entrevistados (40,4%) manifiesta otras razones, no recogidas entre las propuestas por el entrevistador, como motivo por el que no se hallan en tratamiento. En la tabla 24 se detallan las respuestas dadas por los sujetos. Como puede apreciarse, gran parte de estas razones ya han aparecido previamente (tabla 21), pero en este caso se reducen a cuatro grandes bloques: razones debidas a la falta de voluntad o disposición para continuar un tratamiento, por motivos de desconfianza o no sentirse cómodos en el tratamiento, por estar sometidos a un sistema rígido de normas o a otras razones más dispares como miedo a los efectos de la metadona, problemas con otros usuarios, etc.

## RAZONES PARA NO ESTAR EN TRATAMIENTO ALUDIDAS POR LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen

- *Cuarenta y seis de las setenta y dos personas no adscritas a tratamiento, propusieron un total de 73 razones por las que no se hallan actualmente acogidos a un programa terapéutico. Las principales argumentaciones pueden clasificarse en 10 grandes grupos:*
  - 1. Falta de interés por el tratamiento y preferencia por seguir consumiendo,*
  - 2. Confianza personal en poder dejarlo por sí mismo en caso de proponérselo,*
  - 3. Falta de voluntad para afrontar el tratamiento,*
  - 4. Haber recaído,*
  - 5. Dificultades de acceso a los centros de tratamiento (empadronamiento, listas de espera, etc.),*
  - 6. Desacuerdo con las normas y el control de los servicios sanitarios,*
  - 7. Desconfianza hacia los programas de tratamiento,*
  - 8. La influencia de terceros*
  - 9. Voluntariedad para realizar un tratamiento o encontrarse a la espera de acceder a uno, y*
  - 10. Razones varias.*

## RAZONES PARA NO ESTAR EN TRATAMIENTO ALUDIDAS POR LAS PERSONAS NO ADSCRITAS A TRATAMIENTO

### Resumen (Continuación)

- *El total de entrevistados que componen el grupo que nunca ha estado en tratamiento dio razones de ello. Las principales razones aludidas fueron:*
  1. *Falta de interés por el tratamiento y preferencia por seguir consumiendo,*
  2. *Dificultades de acceso a los centros de tratamiento (empadronamiento, listas de espera, etc.), y*
  3. *La oferta terapéutica existente no les resulta atractiva*

*Otras razones menos frecuentes fueron del tipo: “no tener papeles”, “no considerarse enganchado”, “no les gusta que les controlen”, o considerar que “la metadona también engancha y para eso prefieren la heroína”.*
- *Entre las personas actualmente no adscritas a tratamiento pero que han realizado alguno previamente, las más prevalentes que se aluden para no hallarse actualmente acogidos a un programa terapéutico son las siguientes (por orden de frecuencia):*
  1. *Abandono voluntario; bien por percibir que el tratamiento no le servía para nada (48,1%) o bien porque preferían seguir consumiendo (5,7%),*
  2. *Por haber recaído (34,6%),*
  3. *Expulsión del programa en el que se encontraba; bien por incumplimiento de normas (23,1%), por consumos reiterados de sustancias no permitidas (13,4%), o por falta de asistencia (5,7%),*
  4. *Por indicación o presión de terceras personas (pareja, familia, colegas, etc.) (9,6%).*
- *Un 40,4% de las personas de este grupo expresaron otras razones no recogidas en el cuestionario propuesto por el entrevistador, cuyas principales argumentaciones se han clasificado en tres grandes bloques:*
  1. *Falta de voluntad o constancia para afrontar/seguir el tratamiento,*
  2. *Desacuerdo con las normas y el control de los servicios sanitarios,*
  3. *Desconfianza hacia los programas de tratamiento.*

---

i  
tx

n  
o

f  
s

o  
t

r  
e

m  
n

e  
a

# Capítulo 5

# Capítulo 5

# Capítulo 5

Resumen de los resultados

---



## 5.1. Introducción

Si algo hemos aprendido de los procesos de aprendizaje, es que para poder disponer de una mejor y mayor asimilación de los contenidos éstos han de ser repasados: la repetición es uno de los principios de la memoria. Por ello, sin ánimo de ser reiterativos, este primer apartado previo al de conclusiones está destinado a reproducir los resúmenes que ya se han ofrecido en cada uno de los apartados de resultados. Finalmente, a partir de esta información, se elaborará un perfil del consumidor de heroína no adscrito a tratamiento.

### 5.1.1. Características sociodemográficas

- De los 141 encuestados 72 (51,1%) no se hallan adscritos a tratamiento médico por su toxicomanía, de los cuales 52 (36,9 % del total) han realizado algún tratamiento de este tipo con anterioridad, y 20 (14,2% del total) no han realizado nunca un tratamiento.
- Son usuarios preferentemente hombres (77,8%).
- Presentan una edad media de 33,1 años, siendo las personas no adscritas a tratamiento más jóvenes que los sujetos que se hallan en tratamiento ( $M=36,5$  años).
- Un 50% de los casos han nacido en la CAPV, un 19,4% en otras CC.AA. y un 30,6% son inmigrantes de otros países. La prevalencia de estos últimos entre los sujetos no adscritos a tratamiento, y de forma especial entre los que nunca han realizado ningún tratamiento, es mayor que entre los sujetos en tratamiento.
- En un 62% de los casos el nivel de escolarización alcanzado es de graduado escolar o inferior.
- Un 69,4% de los sujetos no tienen pareja afectiva.

### **5.1.2. Uso de drogas y hábitos de consumo**

- Entre los sujetos no adscritos a tratamiento el 98,6% (71 de 72) son consumidores activos de heroína durante el mes previo, frente a un 56,5% de los sujetos en tratamiento, que también refieren consumo actual de heroína.
- Tres de cada cuatro sujetos (el 74,5%), con independencia de hallarse en tratamiento o no, manifiestan haber consumido cocaína durante el mes previo. No obstante, el uso de “base” es declarado por una mayor proporción de sujetos no adscritos a tratamiento, sobre todo entre los que no han recibido nunca tratamiento.
- Las benzodiazepinas y metadona son sustancias utilizadas por siete y nueve de cada diez personas en tratamiento, respectivamente; pero también son sustancias de uso entre las personas no adscritas a tratamiento: un 55,6% refieren consumo de benzodiazepinas y un 27,8% haber tomado metadona. Tanto el consumo de benzodiazepinas como de metadona entre las personas no adscritas a tratamiento se da en mayor proporción en el grupo de sujetos con tratamiento previo que en los nunca tratados (59,6% vs 45% y 34,6% vs 10%, respectivamente).
- El uso de cannabis y alcohol es referido por un menor número de sujetos, pero en cualquier caso es declarado por más del 50% de los entrevistados no adscritos a tratamiento (un 62,5% y 55,6%, respectivamente).
- Excluyendo las benzodiazepinas y metadona, la media de sustancias consumidas durante el mes previo es mayor entre los no adscritos a tratamiento, quienes refieren haber hecho uso de 3,6 sustancias en promedio.
- Las personas no adscritas a tratamiento llevan menos tiempo consumiendo heroína que aquellas que reciben tratamiento (una media de 9,9 años frente a 14,2 años, respectivamente), siendo las que nunca han recibido tratamiento las que menor tiempo de consumo presentan (una medida de 7,2 años)
- Al menos un 40% de los sujetos que nunca han recibido tratamiento han utilizado la vía inyectada como forma de consumo. Entre los sujetos con tratamiento previo y los actualmente en tratamiento, la proporción de casos que ha utilizado alguna vez esta vía se eleva hasta un 86,5% y un 92,8%, respectivamente.
- La prevalencia de uso de la vía inyectada como forma actual de administración de la heroína es similar entre los sujetos que se hallan actualmente en tratamiento que entre los que han realizado alguno con anterioridad (61,8% y 63,5%, respectivamente), pero entre los nunca tratados es mayor la proporción de casos que utilizan la vía fumada (65%).

- En general, todos los sujetos utilizan prioritariamente servicios de salud pública (farmacias, centros de salud, P.I.J.) para obtener y cambiar las jeringuillas, pero en un 9,9% de los casos se observa la combinación de estas fuentes con el hecho de compartir con otros. Esta conducta de riesgo, es mayor entre los sujetos no adscritos a tratamiento (15,4%) que entre los que se hallan en tratamiento (4,8%).
- El lugar de consumo preferente es la calle o espacios públicos; lugar(es) que utiliza el 65,4% del total de entrevistados. No obstante, entre los sujetos que no han recibido nunca tratamiento la utilización de espacios más íntimos es realizada por un 30% de los casos.

### ***5.1.3. Situación socio-económica y estado de indigencia***

- Teniendo en cuenta el total de sujetos entrevistados, solo un 11,4% tiene como fuente de ingresos un trabajo remunerado, siendo las principales fuentes de financiación las ayudas sociales (36,4%), el robo (24,3%) o la mendicidad (22,1%).
- En un 24,8% de los casos se utilizan varias fuentes de ingresos, donde la asociación de mendicidad y robo es la combinación más frecuente.
- Mientras las ayudas sociales son un recurso más frecuente entre los sujetos en tratamiento, el robo, la mendicidad y la prostitución son recursos utilizados en mayor medida por sujetos no adscritos a tratamiento. La mendicidad es un recurso más frecuente entre los que nunca han estado en tratamiento (45%) que entre los que cuentan con tratamientos previos (23,1%).
- Un 23,4% de los casos ha dormido más de 10 noches en un albergue y un 42,6% en la calle. La prevalencia de personas que duermen en la calle es apreciablemente elevada entre los que nunca han estado en tratamiento (65%), considerable entre los sujetos que han estado previamente en tratamiento (44,2%), y en menor medida, aunque no desdeñable, entre los que se encuentran en tratamiento (34,8%).
- El uso de comedores sociales, o alimentos recibidos en ONGs, está más extendido entre los sujetos no adscritos a tratamiento (70,8%). Del mismo modo, este grupo es el que mayor proporción de casos presenta de no realizar ninguna comida caliente al día (32,4%) o hacerlo en una única ocasión (40,8%).
- Siete de cada diez personas entrevistadas podrían considerarse como indigentes, y esta prevalencia se hace mayor entre los no adscritos a tratamiento (79,2%) que entre los acogidos a un programa terapéutico (60,9%).

#### **5.1.4. Características delictivo/penales**

- Nueve de cada diez personas (88,7%) han sido detenidas en algún momento de su vida.
- Durante el último año han sido detenidas en más ocasiones que los sujetos adscritos a tratamiento, siendo esta situación más agudizada entre aquellos que han realizado algún tratamiento previo pero no sigue ninguno en la actualidad.
- En un 66,2% de los casos se refiere haber estado internado en prisión, y
- Un 19,4% de los sujetos no adscritos a tratamiento refiere haber realizado en alguna ocasión cumplimiento alternativo de una condena en un centro socio-sanitario, situación que se da con mayor frecuencia entre los sujetos que han realizado algún tratamiento previo que entre los que nunca han estado en tratamiento.

#### **5.1.5. Estado de salud y calidad de vida**

- Las personas entrevistadas tienden a percibir de forma positiva su estado físico y relaciones sociales, mientras que la valoración de su situación emocional, relaciones familiares y calidad de vida tienden a ser preferentemente negativa.
- La valoración de la calidad de vida está fundamentalmente mediada por la percepción del estado de salud físico y emocional y por la valoración de las relaciones familiares.
- La valoración del estado de salud físico y/o emocional (psíquico) y de las relaciones sociales es equivalente entre los sujetos adscritos o no a tratamiento, pero difieren en la apreciación de las relaciones familiares y de la calidad de vida. Las personas no adscritas a tratamiento ofrecen una valoración positiva, aunque no de gran magnitud, respecto a sus relaciones familiares, mientras que los sujetos en tratamiento realizan una valoración negativa. Respecto a la calidad de vida, si bien todos los entrevistados la valoran de forma negativa, esta apreciación es de mayor magnitud entre los no adscritos a tratamiento, y de entre éstos, los que han recibido tratamiento previo.
- Atendiendo a los valores alcanzados en el perfil de salud de Nottingham, el estado de salud de los entrevistados estaría moderadamente comprometido en las áreas de dolor, movilidad física, aislamiento social, y reacciones emocionales. Aspectos como la energía vital y el sueño mostrarían un mayor nivel de afectación
- Los sujetos no adscritos a tratamiento mostrarían, respecto a los que sí lo están, un menor nivel de gravedad en la percepción general de la salud y en las áreas de dolor y movilidad física.

### **5.1.6. Utilización de recursos socio-sanitarios**

- Un 68,2% del total de entrevistados ha acudido durante el último año a, al menos, un servicio sanitario no específico de toxicomanías, y un 56% durante el último mes.
- Los recursos sanitarios más utilizados durante el último año están localizados en el hospital, bien a través de un ingreso en una de sus unidades (37,1%) o mediante la utilización del servicio de urgencias (34,3%). El acceso a un médico especialista fue realizado por tres de cada diez personas y al médico de cabecera por aproximadamente dos de cada diez (22,1%).
- Durante el mes previo, el recurso al que ha accedido mayor número de personas es al especialista médico (33,6%), seguido de las urgencias (24,3%) y el médico de atención primaria (17,1%), habiendo estado ingresado en el hospital uno de cada diez (11,4%).
- Si bien no se observan diferencias estadísticamente significativas en el acceso a los diferentes servicios, en cada uno de los periodos de tiempo referidos, entre los sujetos adscritos o no a tratamiento, sí se perfilan ciertos patrones de uso en cada grupo:
  - El grupo de personas que nunca han estado en tratamiento es el que en menor proporción ha utilizado los servicios de atención primaria y especializada durante el último año (15% en cada caso), pero el que mayor proporción de casos presenta en el uso de los servicios de urgencia e ingreso en el hospital durante el último mes (35% y 20%, respectivamente).
  - Las personas que no están en tratamiento pero lo han estado con anterioridad, es el grupo que con menor proporción de casos han consultado al médico de cabecera durante el último mes (11,5%), pero los que en mayor proporción visitan al especialista, tanto durante el último mes (34,6%) como en el último año (36,5%).
  - Las personas que están en tratamiento son las que en mayor proporción han accedido al especialista médico durante el último mes (36,8%), y han acudido a urgencias del hospital o han ingresado en el mismo durante el último año (38,2% y 41,2%, respectivamente).
- Respecto a la especialidad médica que se ha visitado, la más utilizada fue el servicio de enfermedades infecciosas (27,7%), seguido del de neumología (19,1%), psiquiatría (14,2%), medicina interna (12,1%); y en menor proporción las especialidades de ginecología (6,4%) y cardiología (2,8%).

- Un 36,9% refirió haber consultado otras especialidades médicas, en general debido a lesiones por accidente o agresión, episodios epilépticos, intoxicaciones o sobredosis o problemas bucodentales, entre otras afecciones de menor frecuencia.
- Los sujetos no adscritos a tratamiento acceden a un menor número de especialidades médicas que los sujetos en tratamiento.
- De manera genérica, las especialidades de psiquiatría, infecciosas, neumología y medicina interna son utilizadas por una mayor proporción de personas que están o han estado en tratamiento, mientras que el recurso a otras especialidades (por lesiones, sobredosis, etc.) es más prevalente entre los entrevistados que nunca han recibido tratamiento por su toxicomanía.
- En torno a un 55% del total de entrevistados ha acudido durante el último año o durante el mes previo a un servicio de asistencia social de base ( $\approx 32\%$ ) o a un asistente social ( $\approx 44\%$ ), siendo el contacto con estos recursos mayor entre las personas adscritas a tratamiento.
- Prácticamente la totalidad de los entrevistados han accedido a servicios sociales ofrecidos por ONG y Asociaciones de Ayuda Social (AAS) tanto durante el último año (85,8%) como durante el último mes (96,5%). Estos servicios son utilizados de forma equivalente por personas adscritas y no adscritas a tratamiento.

### ***5.1.7. Intención de uso de recursos específicos para toxicómanos***

- Se aprecia un claro posicionamiento a favor de la utilización de los programas de intercambio de jeringuillas (90,7%), de las salas de venopunción (88,7%) y de los centros de acogida nocturna (86,5%), tanto entre los sujetos no adscritos a tratamiento como entre los acogidos a un programa terapéutico.
- La oferta de un programa de metadona con funcionamiento diferente a los actuales es valorada a favor por un 52,5%, frente a un 41,2% que se manifiesta en contra de su utilización. Los sujetos actualmente en tratamiento son los que en mayor proporción estarían a favor de la utilización de estos PMM alternativos, mientras que los sujetos no adscritos a tratamiento se posicionarían en contra.
- Respecto a la intención de uso de programas de tratamiento con heroína (PTH), espontáneamente un 68% de los entrevistados se manifiesta a favor, y un 27% refiere no tener intención de utilizarlos. Cuando se añaden matices restrictivos respecto a la forma de aplicarse los PTH, la intención de uso se ve alterada de

forma que un 10,6% cambian su valoración hacia un posicionamiento en contra, un 2,8% modifican su intención de uso de una posición negativa a otra positiva, y un 56,7% mantiene su intención de utilizar tal recurso.

- Las personas no adscritas a tratamiento, y en concreto los sujetos que previamente han estado en tratamiento, son los que manifiestan una mayor proporción de casos con intención de utilizar este programa (84,6%) frente a los que nunca han estado en tratamiento (60%) o los que actualmente se hallan inscritos en uno (58%). Cuando se introducen matices sobre la forma de funcionamiento de los PTHs, se produce un cambio en la intención de uso en los tres grupos, pero este cambio es de mayor magnitud y hacia una posición en contra, entre los sujetos con tratamiento previo, quienes, no obstante, son los que en mayor proporción mantendrían una clara intención de utilización de los PTH (71,2%) a pesar de dichos requisitos.

#### ***5.1.8. Razones para No estar en Tratamiento Aludidas por las personas no adscritas a tratamiento***

- Cuarenta y seis de las setenta y dos personas no adscritas a tratamiento, propusieron un total de 73 razones por las que no se hallan actualmente acogidos a un programa terapéutico. Las principales argumentaciones pueden clasificarse en 10 grandes grupos:
  1. Falta de interés por el tratamiento y preferencia por seguir consumiendo,
  2. Confianza personal en poder dejarlo por sí mismo en caso de proponérselo,
  3. Falta de voluntad para afrontar el tratamiento,
  4. Haber recaído,
  5. Dificultades de acceso a los centros de tratamiento (empadronamiento, listas de espera, etc.),
  6. Desacuerdo con las normas y el control de los servicios sanitarios,
  7. Desconfianza hacia los programas de tratamiento,
  8. La influencia de terceros
  9. Voluntariedad para realizar un tratamiento o encontrarse a la espera de acceder a uno, y
  10. Razones varias.
- El total de entrevistados que componen el grupo que nunca ha estado en tratamiento dio razones de ello. Las principales razones aludidas fueron:

1. Falta de interés por el tratamiento y preferencia por seguir consumiendo,
2. Dificultades de acceso a los centros de tratamiento (empadronamiento, listas de espera, etc.), y
3. La oferta terapéutica existente no les resulta atractiva

Otras razones menos frecuentes fueron del tipo: “no tener papeles”, “no considerarse enganchado”, “no les gusta que les controlen”, o considerar que “la metadona también engancha y para eso prefieren la heroína”.

- Entre las personas actualmente no adscritas a tratamiento pero que han realizado alguno previamente, las más prevalentes que se aluden para no hallarse actualmente acogidos a un programa terapéutico son las siguientes (por orden de frecuencia):
  1. Abandono voluntario; bien por percibir que el tratamiento no le servía para nada (48,1%) o bien porque preferían seguir consumiendo (5,7%),
  2. Por haber recaído (34,6%),
  3. Expulsión del programa en el que se encontraba; bien por incumplimiento de normas (23,1%), por consumos reiterados de sustancias no permitidas (13,4%), o por falta de asistencia (5,7%),
  4. Por indicación o presión de terceras personas (pareja, familia, colegas, etc.) (9,6%).
- Un 40,4% de las personas de este grupo expresaron otras razones no recogidas en el cuestionario propuesto por el entrevistador, cuyas principales argumentaciones se han clasificado en tres grandes bloques:
  1. Falta de voluntad o constancia para afrontar/seguir el tratamiento,
  2. Desacuerdo con las normas y el control de los servicios sanitarios,
  3. Desconfianza hacia los programas de tratamiento.

## 5.2. Perfil del Consumidor de Heroína no Adscrito a Tratamiento

Un “perfil” no es otra cosa que una impresión sobre un determinado fenómeno; una fotografía que permite recrear una situación concreta. Pero ninguna fotografía es exactamente igual, sobre todo cuando lo que se trata de captar es un fenómeno dinámico. El consumo de drogas es un fenómeno cambiante en cuya transformación no sólo está implicado el propio proceso de adicción, sino también aspectos sociales o culturales.

Somos conscientes del carácter multideterminante y efímero de estos perfiles, y sin ánimo de delimitar el “perfil tipo” del consumidor de heroína no adscrito a tratamiento, es obligado ofrecer las características básicas que delimitan su figura al menos en el estudio realizado.

El consumidor de heroína no adscrito a tratamiento es por lo general un hombre con una edad por encima de los treinta años que lleva consumiendo drogas desde unos diez años atrás. En siete de cada diez casos han realizado con anterioridad algún programa terapéutico, y entre las razones argumentadas para no encontrarse en tratamiento actualmente se hallan el abandono voluntario por considerar que el tratamiento no le ayuda en gran medida, el haber recaído o el haber sido expulsado, siendo también manifiesto el desacuerdo que exhibe con las normas y el control de los centros y la desconfianza ante estos. También se encuentra un colectivo que nunca ha mantenido contacto con los servicios de drogodependencias a pesar de llevar una evolución de su consumo de aproximadamente siete años. En estos casos, la principal razón para no hallarse en tratamiento es inclinarse por una clara preferencia por seguir consumiendo y, por tanto, debido a una falta de interés por ponerse en tratamiento en la medida que la oferta terapéutica que se les ofrece no les resulta atractiva. Otra de las razones aludidas es la relativa a las dificultades de acceso a los centros de tratamiento, sobre todo en lo referente a la exigencia de empadronamiento.

Son consumidores habituales de heroína, que la suelen combinar con el uso de otras sustancias como la cocaína (con gran prevalencia de uso), el cannabis, las benzodiazepinas o el alcohol, e incluso en tres de cada diez casos suelen utilizar metadona. La vía inyectada ha sido utilizada en alguna ocasión por una alta proporción de casos y en la actualidad sigue siendo una forma de consumo preferente entre las personas que han experimentado tratamientos previos, no así entre los que no han sido tratados nunca que prefieren la vía fumada. Si bien, el usuario de la vía inyectada acude a recursos específicos para adquirir material aséptico, también se observa una conducta de riesgo en una pequeña minoría de casos en la medida que comparten el material de inyección con otros. Para el consumo, normalmente utilizan los espacios públicos, generalmente en la calle, aunque en tres de cada diez casos de las personas nunca tratadas prefieren lugares de mayor intimidad.

Su nivel de cualificación es bajo y la experiencia laboral es precaria o nula. La necesidad de obtener más recursos económicos les lleva en ocasiones a “buscarse la vida” recurriendo a actividades marginales, ilegales o delictivas, como el ejercicio de la mendicidad, la prostitución, el tráfico de sustancias o el robo. Sólo una pequeña mi-

noría tiene acceso a ayudas económicas de tipo social, y en ocasiones combinan éstas con las actividades marginales o ilegales. Asociado a ello, son sujetos que han sido detenidos en alguna ocasión y en seis de cada diez casos han estado en prisión.

En una proporción importante son transeúntes, que duermen en albergues sociales o en la calle, que hacen uso de los comedores sociales para alimentarse o de los servicios públicos para asearse. Todo ello hace que vivan en una situación de indigencia, entendida ésta como la carencia de recursos para cubrir o satisfacer las necesidades básicas, la cual se hace patente en siete de cada diez casos. Son sujetos que valoran de forma negativa su calidad de vida, así como su salud física y emocional y sus relaciones familiares y sociales.

Aproximadamente la mitad de los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento han visitado algún servicio médico por problemas de salud, pero suelen utilizar en mayor medida las vías de emergencia, sobre todo las que están vinculadas a los centros hospitalarios. Las principales quejas de salud suelen estar referidas a accidentes o agresiones sufridas, a intoxicaciones y sobredosis, a problemas bucodentales, o a enfermedades infecciosas. Asimismo, si bien el recurso a dispositivos de servicio social institucionalizados es escaso, son grandes usuarios de las ayudas y servicios sociales que ofrecen ONGs y Asociaciones de Ayuda Social. En definitiva, solicitan en mayor medida ayuda social que sanitaria, y siempre con una intención de inmediatez que solucione el problema diario con el que se encuentran.

No son, por tanto, usuarios que se adapten a los servicios sanitarios de la red de asistencia, pero muestran una clara disposición a utilizar servicios que den respuesta a sus hábitos de consumo, tales como los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de venopunción o espacios donde poder consumir con mayor seguridad y los centros de acogida nocturna. Respecto a los centros sanitarios específicos para toxicomanías, muestran una clara preferencia por los programas de dispensación de heroína, en el caso de que se implementaran, que por los programas de metadona, aunque estos flexibilizaran sus normas.

En definitiva, el perfil bio-psico-social de esta población muestra un catálogo de rasgos cuya confluencia puede conducir hacia situaciones de alta exclusión social. Son sujetos con una evolución que tiende hacia la cronificación del consumo, con la consiguiente afectación y deterioro de las áreas de salud y desestructuración social. Las consecuencias de su proceso son múltiples y probablemente las posibilidades de acceder a un trabajo normalizado o a mantener una autonomía económica sean muy limitadas. Son, por otra parte, una población con dificultades para mantenerse adscri-

tos a un programa de tratamiento dentro de la oferta actual, y sienten que han fracasado en el intento de dar respuesta a su problema con el consumo de heroína: “lo que ellos piden, no es facilitado por los servicios sanitarios; lo que éstos ofrecen no es requerido con los consumidores”.

Forman un colectivo sin respuesta a sus problemas, quizás porque la demanda vaya más allá de lo propiamente sanitario. Si esto es así, sería necesario prever, y si fuera posible proveer, nuevos conceptos en el abordaje de las toxicomanías que superen las actuales líneas de intervención y que aporten alternativas de convivencia y cuidados sostenibles a medio y largo plazo (Soriano, 2001); tal es el camino emprendido por las políticas de reducción del daño (Markez. y Póo, 2000; Grup Igia, 2000).



---

# Capítulo 6

# Capítulo 6

# Capítulo 6

Discusión y conclusiones

---



## 6.1. Limitaciones del estudio

Ningún estudio ha de considerarse concluyente respecto a los resultados que encuentra. La mayor o menor validez de los datos aportados dependen de múltiples condicionantes, en la mayoría de los casos atribuibles a aspectos metodológicos, que afectarán a la posibilidad de generalizar los resultados. Por tanto, antes de extraer conclusiones siempre conviene revisar las posibles limitaciones encontradas en la realización del estudio, sobre todo para determinar el alcance de los resultados y permitir que la(s) persona(s) interesada(s) pueda(n) sopesar dichas conclusiones con la debida prudencia.

Una primera limitación con la que se encuentra nuestro estudio está en el diseño utilizado. Se trata de una prospección transversal cuya información es tomada a través de la declaración de los sujetos objeto de estudio. El diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables consideradas. Sin embargo, los objetivos del trabajo son fundamentalmente descriptivos y como tales sólo se pretende identificar características asociadas a los perfiles de consumidores de heroína, adscritos o no a tratamiento. Es decir, por ejemplo, los datos obtenidos no nos permiten asegurar que la indigencia es resultado de ser consumidor de heroína, pero sí nos permiten asegurar que la condición de indigente está más presente entre los sujetos que no están en tratamiento que entre los que sí lo están.

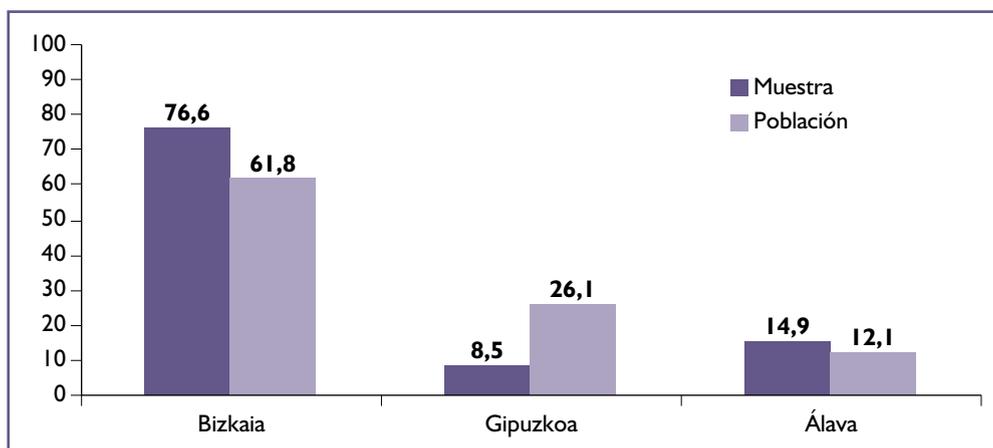
Otra limitación es la referida a la calidad de la información al ser esta obtenida a través de auto-declaraciones. El hecho de que uno mismo exprese datos de su situación y manifieste sus impresiones respecto a un determinado aspecto de su vida, ha sido duramente criticado en el ámbito de la investigación sanitaria, aduciendo que dichas revelaciones están cargadas de subjetivismo al no poderse corroborar con datos de realidad o pruebas más objetivas. Es decir, para conocer el estado de salud de una persona ha de realizarse una exploración clínica con pruebas diagnósticas de tipo

biológico o de otro carácter que permitan concluir el tipo de dolencia o enfermedad que aqueja a esa persona. Sin obviar que la información así obtenida resulta de gran relevancia, nuestro interés en este estudio era precisamente considerar las apreciaciones subjetivas de las personas exploradas, dado que el primer indicador de que alguien está enfermo es precisamente que se sienta enfermo.

Quizá la limitación más seria que hemos encontrado sea la relativa al tamaño de la muestra y a su forma de distribución. En primer lugar no hemos alcanzado el tamaño de muestra que inicialmente se había propuesto, lo cual incrementa el error de estimación y por tanto la capacidad de generalización de resultados ha de tomarse con la debida cautela. Los datos que han servido de base para el cálculo muestral hacían referencia a los casos nuevos que iniciaron tratamiento en el año 2000. Quizá haya que esperar a conocer estos mismos datos para el año 2002, fecha en la que se realiza el estudio, en la medida que si el número de inicios de tratamiento sigue la tendencia de reducción de los últimos años y llega a cotas todavía más bajas, quizá en ese caso el cálculo del tamaño muestral obtenido sea más ajustado. En la medida que desconocemos la verdadera magnitud de personas consumidoras de heroína no adscritas a tratamiento en la Comunidad Autónoma Vasca, cualquier estimación muestral que pretenda ser representativa de la misma se hallará sesgada.

Si bien pudiera caber la posibilidad de que la muestra esperada fuera una sobrestimación de la que realmente se precisa, y la muestra obtenida se ajustase a esta última, todavía se aprecia otra limitación importante y es la distribución que la muestra presenta en función del territorio histórico donde se ha obtenido (Véase

**Figura 12. Distribución muestral vs distribución de la población de drogodependientes en tratamiento por territorio histórico (CAPV)**



anexo I). Bizkaia agrupa al 76,6% de los entrevistados, Álava el 14,9% y Gipuzkoa el 8,5%. Si tomamos como referencia la distribución de drogodependientes en tratamiento en las diferentes provincias (Dpto. de Sanidad, 2002) y la comparamos con la distribución muestral alcanzada (Figura 12), observamos que Bizkaia se halla sobrerrepresentada y Gipuzkoa infrarrepresentada. Ello, indudablemente constituye un sesgo que ha de tenerse en cuenta.

No obstante, hay que hacer notar que el reclutamiento de participantes fue exhaustivo en todos los dispositivos contactados, salvo en el caso de la Comisión Antisida de Bizkaia donde se entrevistó aproximadamente a un 50% de los usuarios de esta ONG; se decidió no hacer un mayor número de entrevistas en este dispositivo, precisamente, para que no resultase sobrerrepresentado. En el caso de Gipuzkoa, se contactó con todos los centros de referencia, y en todos ellos manifestaron el escaso número de consumidores de heroína en activo que frecuentaban sus servicios. A juicio de los coordinadores del estudio de campo, el reclutamiento realizado estaría por encima del 70% de la población total. Para una descripción más detallada de los contactos habidos y del resultado de los mismos véase el anexo I (pg.: 124 y siguientes).

## **6.2. Conclusiones - Discusión**

### ***6.2.1. Respecto a la prevalencia de Consumidores de Heroína No Adscritos a Tratamiento (CHNAT)***

Una primera cuestión a resaltar tras la realización del estudio es la dificultad de poder conocer con certeza la verdadera magnitud de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento. La utilización de recursos de ayuda social no institucionalizados como puente de acceso a esta población es una estrategia que ha resultado factible y altamente idónea para este fin. No obstante, nos consta que hay un sector indeterminado de esta población que no accede a este tipo de servicios y cuya situación permanece oculta. Poder cuantificar su volumen y conocer sus creencias y usos respecto al consumo de heroína u otras sustancias podría ser una herramienta de alto valor, en la medida que se podrían prever medidas de planificación, tanto sanitarias como sociales, ante una demanda real a medio-largo plazo.

Como medidas para satisfacer esta estimación de la prevalencia de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento se recomiendan dos estrategias básicamente. La primera, ya aplicada en otros ámbitos geográficos próximos (Domingo-Salvany et al, 1995), consistiría en conectar los registros de casos de diferentes dispositivos que

dan asistencia a este tipo de población y utilizar la metodología de captura-recaptura para obtener una estimación de dicha población. La segunda estrategia, consistiría en la aplicación de los diseños de captación de muestras del tipo “bola de nieve”, ya utilizado en nuestro medio para acceder a población usuaria de drogas de síntesis (Elzo y Vielva, 1998). Estas metodologías no permitirán conocer con certeza la verdadera prevalencia de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento, pero ofrecerán una aproximación al fenómeno que no ha sido todavía cuantificado en nuestra comunidad.

### **6.2.2. *Respecto al perfil de consumo del CHNAT***

El perfil de consumidor de heroína no adscrito a tratamiento, ya ofrecido en otro lugar del documento (pg. 100), no se aparta en gran medida del hallado en otros estudios sobre población en tratamiento (Gobierno Vasco, 2002; Markez et al, 2000; DGPND, 1998). De hecho, como se ha podido constar en el apartado de resultados, se producían más coincidencias que diferencias respecto al grupo en tratamiento explorado en nuestro estudio. No obstante, sí han de destacarse aquellos puntos que marcan una clara diferencia respecto al grupo en tratamiento.

Un primer detalle es que se trata de una población algo más joven y con menor tiempo de consumo de la heroína, no obstante hacen un mayor uso de sustancias que los sujetos en tratamiento. Son sujetos que se han inyectado o se inyectan en menor medida que los sujetos en tratamiento, pero respecto a aquellos los que hacen uso de esta vía exhiben una mayor proporción de casos que realizan prácticas de riesgo. Son sujetos que si bien mayoritariamente utilizan escenarios públicos para administrarse la droga, respecto a los sujetos en tratamiento hay una mayor proporción de casos que buscan la privacidad para consumir, sobre todo entre los que nunca han acudido a tratamiento. Este detalle se relaciona con lo anteriormente expuesto sobre el carácter oculto de este tipo de población; el hecho de que los sujetos nunca tratados, y por tanto desconocidos para la red sanitaria, opten en una proporción considerable por escenarios privados para el consumo indicaría su intención de no declarar de forma manifiesta su condición de consumidor, reafirmando, de algún modo, el carácter de ocultación.

En cualquier caso, y como se hará observar en comentarios siguientes, los datos que difieren respecto a los sujetos en tratamiento bien pudieran ser resultado del proceso de adicción, en la medida que es una cuestión de tiempo llegar a una situación de paridad. Por tanto, cabría plantearse la hipótesis de si no se hallan en el pro-

ceso de cronicidad y depauperación de su situación psicosocial que ya han podido experimentar muchos de los sujetos en tratamiento.

### ***6.2.3. Respecto a la situación socio-económica del CHNAT***

Sin obviar que el conjunto de personas estudiadas presentan una situación socio-económica comprometida, el grupo de CHNAT recurre en mayor medida que los sujetos en tratamiento a fuentes de financiación marginales o ilegales (mendicidad, prostitución y robos), mientras que aquellos se nutren con mayor frecuencia de las ayudas sociales institucionalizadas (pensiones, ayudas de emergencia social, etc.). La hipótesis que se puede plantear a partir de esta realidad, ya corroborada por otros, es que el circuito de asistencia posibilita el acceso a dichas ayudas sociales reduciendo, en alguna medida, la utilización de fuentes de financiación ilegales, disminuyendo, por ende, la comisión de delitos. La cuestión fundamental es que para poder disponer de estas ayudas sociales uno ha de hallarse empadronado en una localidad concreta y/o ha de estar ubicado en un centro de tratamiento, condiciones que en un determinado número de CHNATs pueden no producirse. Dados los costes indirectos que la mendicidad y actividades ilegales producen, y el posible efecto de contención que las ayudas sociales pudieran tener sobre la comisión de estas actividades, se nos ocurre preguntarnos si no sería factible flexibilizar las normas para que esta población accediera a tales ayudas.

Esta posibilidad quizá se hubiera de tornar en necesidad cuando constatamos que la situación de estas personas se halla prácticamente en la indigencia. Ocho de cada diez CHNAT y seis de cada diez consumidores en tratamiento presentan dificultades para cubrir sus necesidades básicas de pernocta, alimentación o aseo. La mitad de los CHNAT han dormido en la calle o han utilizado aseos públicos en más de 10 ocasiones (días) durante el último mes; siete de cada diez hacen uso habitual de los comedores públicos, y en tres de cada diez casos no han comido caliente la mayoría de los días. Sin duda son datos alarmantes que expresan una situación de depauperación y necesidad que obligan a actuar. Se hace necesario, por tanto, reflexionar sobre qué medidas de integración son necesarias para devolver a este colectivo mayores niveles de autonomía. Está claro que la solución no se halla en dotar recursos que cubran estas necesidades, de hecho ya las utilizan, sino en buscar mecanismos que impidan llegar a situaciones de exclusión que finalmente derivan en la utilización de recursos de caridad.

#### **6.2.4. *Respecto al estado de salud y calidad de vida***

En ningún momento se ha pretendido hacer un balance del grado de patología existente en el colectivo estudiado, tal objetivo precisaría de otro tipo de aproximación, sino de acercarnos a la percepción que los entrevistados manifiestan respecto su estado de salud y calidad de vida. En líneas generales los entrevistados perciben de forma más positiva su estado o salud física que su salud psíquica; físicamente se encuentran bien (con bajos niveles de dolor y con aceptable movilidad física) pero emocionalmente se encuentran más alterados (altos niveles de preocupación, problemas de sueño y percepción de baja energía vital). Este patrón es similar entre los CHNAT y los sujetos en tratamiento, pero los primeros manifiestan una peor calidad de vida, siendo esta percepción en ambos casos negativa.

En general esta percepción negativa de la calidad de vida, con una mayor afectación de los aspectos emocionales que los físicos, ha sido corroborada en otros estudios realizados en nuestro ámbito sobre población de consumidores de heroína en tratamiento (Iraurgi et al, 2002; Markez et al, 2000). Queda por dilucidar cuáles son los factores que intervienen en la percepción negativa de la calidad de vida, pero que a la luz de los datos que vamos comentando, no es difícil conjeturar que la forma de vida y su situación económico social juegan un papel de relevancia.

#### **6.2.5. *Respecto a la utilización de servicios sanitarios***

No se han observado diferencias importantes en la proporción de casos que acceden a los servicios sanitarios entre los CHNAT y los que se hallan en tratamiento. Durante el último año han utilizado algún servicio sanitario siete de cada diez entrevistados, y durante el último mes poco más de cinco de cada diez (un 56%). Este dato es indicativo de una frecuentación considerable de los servicios sanitarios, mayor sin duda que la realizada en la población general (Departamento de Sanidad, 1998).

Los servicios más visitados son las especialidades médicas y los servicios de urgencias hospitalarios. Entre los primeros, el servicio de infecciosas –generalmente visitado por esta población por presentar seropositividad a VIH–, seguido por los servicios de neumología, psiquiatría y medicina interna, dan idea de la patología que afecta a estas personas: complicaciones físicas y emocionales ligadas a los hábitos de consumo. Por otra parte, las urgencias hospitalarias son requeridas con gran frecuencia por presentar lesiones debidas a accidentes o agresiones (peleas), por intoxicación o sobredosis, y en algunos casos por crisis epilépticas.

Quizá el dato más relevante es que los sujetos que están o han estado en tratamiento tienden a utilizar en mayor proporción los servicios médicos especializados, mientras que los CHNAT tienden a utilizar en mayor proporción los servicios de urgencias hospitalarias y/o los ingresos en el hospital, sobre todo en el periodo referido al último mes. Varios comentarios se nos ocurren a partir de estos datos. En primer lugar, el acceso a un programa de tratamiento por toxicomanías permite contactar al usuario con otros servicios médicos para satisfacer ciertas patologías, como es el caso de los tratamientos antirretrovirales para personas VIH+, entre otros. El hecho de que la proporción de personas que mantienen el contacto con estos servicios especializados, aun no hallándose en tratamiento, sea asimilar al de personas actualmente en tratamiento por su toxicomanía y mayor en ambos casos que entre los sujetos que nunca han estado en tratamiento, es un claro exponente de que la vía de acceso a este tipo de servicios, en este tipo de población, generalmente se hace por derivación del centro de toxicomanías. Los servicios de toxicomanías se convierten así en un recurso de screening que posibilita la detección de casos lo que supone un logro desde la perspectiva de la salud pública. Ahora bien, con independencia de la adscripción o no a los programas de toxicomanías, los sujetos que han contactado con el servicio de especialidad médica mantienen su contacto prosiguiendo con la continuidad de cuidados. Si vinculamos esta situación a las razones dadas para no proseguir tratamiento por drogas, podría hipotetizarse que a los CHNAT no es que no les importe su salud, de hecho prosiguen con cuidados médicos a pesar de haber dejado el tratamiento de toxicomanías, sino que no perciben que el tratamiento de toxicomanías que se les ofrece les ayude a solucionar su problema con las drogas.

Por otra parte, el hecho de que los CHNAT utilicen en mayor medida los servicios de urgencias hospitalarias podría ser debido a los menores obstáculos (papeles, estar empadronado, ser derivado desde un centro sanitario, etc.) que este tipo de servicios presenta respecto a los primeros niveles de la red sanitaria.

#### ***6.2.6. Respecto a la utilización de servicios sociales***

El acceso a servicios sociales institucionalizados, es decir, dependientes de organismos públicos, es menor entre los CHNAT que entre los consumidores en tratamiento; sólo dos de cada diez de los primeros frente a cinco de cada diez de los segundos han acudido durante el último mes a un servicio de este tipo. En un apartado anterior se mencionaba el mayor disfrute de ayudas sociales por parte de las personas en tratamiento, lo cual resulta razonable si comprobamos que son los que en mayor medida las frecuentan. De nuevo observamos un efecto conector entre los

servicios de tratamiento y otros recursos públicos, en este caso, los servicios sociales de base (SSB).

Podría plantearse que el menor acceso a los SSB por parte de los CHNAT podría deberse al desconocimiento de que tales recursos existen, pero este supuesto ha de ponerse en duda en tanto que el contacto con asistentes sociales vinculados a organismos no institucionalizados es un hecho palpable. Similar proporción de CHNAT y consumidores en tratamiento han consultado durante el mes previo con un asistente social, el cual maneja la misma información sobre los recursos sociales que en los SSB.

Un caso especial lo constituyen las ONGs, y de forma más que evidente en nuestro contexto, las Comisiones Ciudadanas Antisida. Casi nueve de cada diez personas participantes en el estudio han acudido a una organización de este tipo durante el año previo y prácticamente la totalidad lo han hecho durante el mes previo. Si bien es cierto que los contactos se han realizado a través de este tipo de organizaciones, el hecho de que hayan sido frecuentados por tal volumen de usuarios durante el último año hacen constatar la preferencia por este tipo de recursos sociales entre los consumidores de heroína. En estos espacios encuentran recursos que no se facilitan en los centros de tratamiento (programas de intercambio de jeringuillas, espacios de acogida, etc.) y posiblemente un conjunto de normas, necesarias para el funcionamiento de estos dispositivos, ante las que les resulta menos costoso acomodarse.

Quizá el éxito de estas organizaciones radica en que asumen de forma minuciosa los principios de las políticas de reducción del daños y riesgos (Grup Igja, 2000). Ello no quiere decir que los centros asistenciales no participen de tal política; de hecho cada vez son más los profesionales sanitarios que consideran que este paradigma es el de elección. El desencuentro entre unos y otros no se produce respecto a los objetivos, sino respecto a los medios utilizados para conseguirlos.

#### ***6.2.7. Respecto a la intención de uso de servicios específicos para toxicomanías***

En el caso de ofrecer nuevos recursos a los consumidores de heroína para facilitar sus hábitos de consumo con mayor seguridad e higiene, ¿cuál sería su intención de uso? ¿Y en el caso de generar nuevos modelos asistenciales alternativos a los actuales para hacer frente a posibles iniciativas de tratamiento en caso de que tomaran la decisión de hacerlo? Las respuestas dadas al primer supuesto han sido claramente favorables a la intención de utilización, en el segundo supuesto, también ha habido posicionamiento mayoritario hacia el sí, pero con mayores reservas.

Entre ocho y nueve de cada diez entrevistados, se hallen o no en tratamiento por su consumo de heroína, han manifestado su intención de utilizar, en caso de necesitarlo, alguno o todos de los siguientes recursos: los programas de intercambio de jeringuillas, las salas de venopunción y los centros de acogida nocturna. Son dispositivos claramente enmarcados en las políticas de reducción de daños y riesgos (Soriano, 2001), donde los objetivos no están basados en el control o reducción del consumo, sino en realizarlo de una forma segura. Quizá por ello, por que no son fines restrictivos, gozan de una gran aceptación, o al menos una clara intención de utilización, entre los consumidores de heroína.

Cuando el recurso que se les frece tiene connotaciones terapéuticas, las posiciones se relativizan un poco, aunque sigue primando una intención hacia su utilización. En el caso concreto de Programas de Mantenimiento con Metadona Alternativos (PMMA) a los actuales donde las normas se flexibilizaran más, se produce un claro posicionamiento diferencial entre los que actualmente están en tratamiento y aquellos que no lo están. Los CHNAT muestran un mayor posicionamiento hacia el rechazo de este recurso, mientras las personas actualmente en tratamiento se muestran a favor. A pesar de la sugerencia de una posible transformación de la forma de funcionamiento de los PMMA, los CHNAT no muestran intención de uso, quizá no tanto por la desconfianza en los recursos asistenciales, sino en la propia sustancia. Entre las manifestaciones espontáneas de los consumidores de heroína cuando daban razones por las que rechazaban el tratamiento se encontraban argumentaciones del tipo “el mono de metadona es peor que el de heroína”, “la metadona no te pone”, o “la metadona también engancha y para eso prefiero la heroína”. Parece apuntarse que para ciertos sectores de consumidores de heroína, la metadona no les resuelve nada y no la aceptan como recurso terapéutico.

Cuando la oferta es utilizar la propia heroína como recurso para el tratamiento, las posiciones vuelven a acercarse. Tanto unos como otros se muestran partidarios de su utilización, y en mayor medida entre los CHNAT. Más concretamente, los CHNAT que han realizado algún tratamiento previo son los sujetos que en mayor medida estarían dispuestos a utilizar este tipo de recursos —ocho de cada diez—, frente a los seis de cada diez que harían uso de estos programas entre los que no han recibido tratamiento nunca. Este efecto nos plantea una posible hipótesis: los sujetos más partidarios del uso de heroína como parte del arsenal terapéutico son los que ya han tenido experiencia de tratamiento con metadona y quizá hayan fracasado en el intento de buscar una solución a su problema, lo que quizá haga incrementar sus expectativas de logro hacia el uso de heroína.

Incluso cuando se advierten las condiciones de aplicación de los programas de tratamiento con heroína, con ánimo de disuadir a los que simplemente buscan una forma gratuita de obtener heroína, se sigue manifestando un posicionamiento favorable a la utilización de este recurso.

### **6.2.8. Consideraciones finales**

En definitiva, el perfil bio-psico-social de esta población muestra un catálogo de rasgos cuya confluencia puede conducir hacia situaciones de alta exclusión social. Son sujetos con una evolución que tiende hacia la cronificación del consumo, con la consiguiente afectación y deterioro de las áreas de salud y desestructuración social. Las consecuencias de su proceso son múltiples y probablemente las posibilidades de acceder a un trabajo normalizado o a mantener una autonomía económica sean muy limitadas. Son, por otra parte, una población con dificultades para mantenerse adscritos a un programa de tratamiento dentro de la oferta actual, y sienten que han fracasado en el intento de dar respuesta a su problema con el consumo de heroína: “lo que ellos piden, no es facilitado por los servicios sanitarios; lo que éstos ofrecen no es requerido con los consumidores”.

Forman un colectivo sin respuesta a sus problemas, quizás porque la demanda vaya más allá de lo propiamente sanitario. Si esto es así, sería necesario prever, y si fuera posible proveer, nuevos conceptos en el abordaje de las toxicomanías que superen las actuales líneas de intervención y que aporten alternativas de convivencia y cuidados sostenibles a medio y largo plazo (Soriano, 2001); tal es el camino emprendido por las políticas de reducción del daño (Grup Igia, 2000; Markez. y Póo, 2000).



# Capítulo 7

# Capítulo 7

# Capítulo 7

Bibliografía

---



- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS –DGPND– (1998). *Encuesta sobre consumidores de heroína en tratamiento. En Observatorio Español sobre Drogas. Informe 1*. Madrid, Ministerio del Interior.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS –DGPND– (2000). *Observatorio Español sobre Drogas. Informe 4*. Madrid, Ministerio del Interior.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO (1998). Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca, 1997. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad, Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO (2002). *Informe del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías –SEIT–. Comunidad Autónoma del País Vasco 2000*. Vitoria-Gasteiz, Servicio de Registros e Información Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- DOMINGO-SALVANY A, HARTNOLL RL, MAGUIRE A, SUELVES M, ANTÓ J. (1995). Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain, 1989. *Journal of Epidemiology*, 141: 567-574.
- ELZO J, VIELVA I. (1998). *Las drogas de síntesis en Bizkaia. Un estudio exploratorio de las pautas de consumo*. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GAMELLA JF. (1997). Heroína en España (1977-1996). Balance de una crisis de drogas. *Claves*, 72: 20-30.
- GAMELLA JF, JIMÉNEZ-RODRIGO ML. (2002). Drogas ilegales. En *Juventud y drogas 2002*. Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. <http://www1.euskadi.net/drogodep/datos/DrogasilegalesGamella.PDF>

- GRUP IGIA. (2000). *Documento de consenso sobre “la reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Disponible en: <http://www.conferenciadrogas.org>
- IRAURGI I. (1997). Cambios en las pautas de consumo de drogas en usuarios de heroína atendidos en un servicio ambulatorio de Bilbao. Evolución durante el período 1979-1995. *Revista Española de Drogodependencias*, 22, 13-23.
- IRAURGI I. (2000). *Evolución de la asistencia extrahospitalaria de toxicomanías no alcohólicas en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. En X ARANA, I MARKEZ, A VEGA (Eds). *Drogas. Cambios sociales y legales ante el tercer milenio*, 311-334. Madrid, Dykinson.
- IRAURGI I., AIZPURU A, PINILLA E, MARCOS JJ, UNDA J, ET AL. (2002). Consumo de sustancias durante un programa de mantenimiento con metadona. *Psiquiatría Biológica*, 9, 3: 109-115.
- IRAURGI I, CASAS A, CELORIO MJ, GARCÍA-SERRANO G, HORMAZA M. (2002). Estado de salud y calidad de vida en usuarios de un programa de mantenimiento con metadona. III Congreso Virtual de Psiquiatría. Publicación electrónica: [www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5590](http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5590).
- LENTON S, KERRY K, LOXLEY W, TAN-QUIGLEY A, GREIG R. (2000). Citizens who inject drugs: the “Fitpack” study. *The International Journal of Drug Policy*, 11, 4, 285-297.
- MARAÑÓN M. (2001). *Euskadi y drogas 2000*. Vitoria-Gasteiz, Secretaría de Drogodependencias, Departamento de Trabajo, Justicia y Seguridad Social del Gobierno Vasco.
- MARKEZ I, IRAURGI I, PÓO M, ORDIERES E, DEL ARCO J, ET AL. (2000). *Los Programas de Mantenimiento con Metadona en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Valoración tras tres años de funcionamiento*. Bilbao, Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Euskadi.
- MARKEZ I, PÓO M. (2000). *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos*. Observatorio Vasco de Drogodependencias. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS –OEDT– (2001). *Informe Anual 2001 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*. Lisboa, OEDT.

ROCA JP, ANTÓ JM. (1987). El sistema estatal de información sobre toxicomanías. *Comunidad y Drogas*, 5/6, 9-38.

SORIANO R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el trabajo social*. Valencia, Tirant lo Blanch.



# Anexo I Anexo I Anexo I

## Informe del desarrollo del trabajo de campo

Autores: Marce Masa y José Ángel Gutiérrez  
*Behatoki, S.L. Estudios Sociológicos y de Mercado.*  
Fecha de ejecución: Bilbao, julio de 2002.

<b>1. Presentación</b> .....	125
<b>2. Ámbito de estudio</b> .....	125
<b>3. Método y técnica de investigación</b> .....	125
<b>4. Período de realización del trabajo de campo</b> .....	126
<b>5. Relación de entidades contactadas en el ámbito de los servicios sociales y recursos comunitarios no sanitarios</b> .....	126
<b>6. Relación final de cuestionarios realizados</b> .....	126
<b>7. Análisis de la información surgida en el trabajo de campo</b> .....	130
7.1. Situación general en Bizkaia .....	130
7.2. Situación general en Gipuzkoa .....	134
7.3. Situación general en Álava .....	138
<b>8. Balance final: Situación del consumo y los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en el País Vasco según la información de campo</b> .....	140

## 1. Presentación

Este informe presenta la información surgida durante el desarrollo del trabajo de campo del estudio sobre la situación psicosocial de consumidores de heroína en el País Vasco no adscritos a tratamiento por su toxicomanía.

Esta información se expone siguiendo dos criterios principales: por un lado, las Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios No Sanitarios con las que se ha mantenido un contacto que sirvieran de vínculo para acceder a la población objeto de estudio, y, por el otro, los Territorios Históricos en los que se ubican.

Asimismo, este informe contiene un Balance Final de esta información de campo.

## 2. Ámbito de estudio

Consumidores de heroína de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) no adscritos a programas sanitarios o usuarios de servicios sociales y/o recursos comunitarios no sanitarios específicos de toxicomanías.

## 3. Método y técnica de investigación

El estudio observacional de corte transversal ha implementado un *cuestionario estructurado* de ochenta y cinco (85) preguntas mayormente cerradas fundamentado en: variables sociodemográficas, situación social y judicial, consumo de drogas, grado de utilización de servicios sanitarios y sociales, expectativas y valoración de los servicios socio-sanitarios actuales y futuros, así como percepción de la calidad de vida y estado de salud (Anexo II).

Como se señalaba en el proyecto de investigación, la captación de los sujetos se ha llevado a cabo siguiendo una *variable situacional*, a saber: aquellos usuarios de

entidades de servicios sociales (comedores sociales, albergues, etc.), y recursos comunitarios no sanitarios (programas de intercambio de jeringuillas, comisiones ciudadanas antiSIDA, asociaciones sin ánimo de lucro en el ámbito de las toxicomanías, etc.) o que se hallen en la “calle” sin vinculación con estos servicios, que de forma voluntaria y anónima quisieran cumplimentar el cuestionario una vez expuestas las razones y objetivos principales del estudio.

La posibilidad de acudir directamente a emplazamientos o lugares de encuentro en plena calle de estos sujetos se descartó originariamente por las limitaciones, dificultades y potenciales riesgos que estos escenarios pudieran conllevar para la realización de un estudio de esta índole. No obstante, algunos sujetos fueron captados en este escenario.

#### **4. Período de realización del trabajo de campo**

El trabajo de campo comenzó el jueves 6 de junio y finalizó el 5 de julio del año 2002, lo que supone un mes de duración.

#### **5. Relación de entidades contactadas en el ámbito de los servicios sociales y recursos comunitarios no sanitarios**

En la tabla 25 se observa el número de Entidades con las que se ha establecido uno o más contactos o comunicaciones de cara a la realización del trabajo de campo de esta investigación, un total de treinta y nueve (39) para el conjunto de la CAPV. Se observa cómo en los Territorios Históricos de Bizkaia y Gipuzkoa se han producido un mayor número de contactos, un total de dieciséis (16) en ambos casos, respecto a las siete (7) entidades de servicios sociales y recursos comunitarios contactados en Álava.

#### **6. Relación final de cuestionarios realizados**

El número de cuestionarios realizados en esta investigación asciende a un total de ciento sesenta y tres (163) en el conjunto de la CAPV, *ciento cuarenta y uno* (141) si se cuentan al margen los veintidós (22) cuestionarios realizados en el Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca gracias a la ayuda inestimable del Equipo de Toxicomanías, que suponen el 13% del total de los realizados en esta investigación. En la tabla 26 se presenta la relación de cuestionarios realizados en las distintas Entidades de servicios sociales y recursos comunitarios según Territorio de localización.

**Tabla 25. Relación de Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios Contactados según Territorios Históricos**

PROVINCIA	ENTIDAD	LOCALIDAD
<b>BIZKAIA</b>	Comisión Ciudadana AntiSIDA de Bizkaia	Bilbao
	Hargindegi – Cáritas	Bilbao
	Hontza – Cáritas	Bilbao
	Comedor Damas Apostólicas	Bilbao
	Agiantza	Bilbao
	Izangai	Bilbao
	Bizitegi	Bilbao
	Adsis-Beztalde	Bilbao
	Albergue de Elejabarri	Bilbao
	Goiztiri	Barakaldo
	Cáritas de Lamiako	Lamiako
	Aspremar	Getxo
	Siervas de Jesús	Bilbao
	Askabide	Bilbao
Zubietxe	Bilbao	
Txo-Hiesa	Bermeo	
	<b>Total Bizkaia</b>	<b>16</b>
<b>GIPUZKOA</b>	Comisión Ciudadana AntiSIDA de Gipuzkoa	Donostia - San Sebastián
	Taller Ikats-Kale	Donostia - San Sebastián
	Comedor Social Aterpe	Donostia - San Sebastián
	Askagintza	Hernani
	Askagintza – Zona Costa	Getaria, Zarautz, Orio
	DEE	Donostia - San Sebastián
	Fundación Izan – Proyecto Hombre	Donostia - San Sebastián
	Villa Betania	Donostia - San Sebastián
	Centro Penitenciario de Martutene	Martutene
	Traperos de Emaus	Donostia - San Sebastián
	Rais	Donostia - San Sebastián
	Cáritas – Eibar	Eibar
	Arribeltza	Donostia - San Sebastián
	Plataforma Martutene	Donostia - San Sebastián
Agipad	Donostia - San Sebastián	
Errotatxo	Eibar - Elgoibar	
	<b>Total Gipuzkoa</b>	<b>16</b>
<b>ÁLAVA</b>	Comisión Ciudadana AntiSIDA de Álava	Vitoria - Gasteiz
	Centro de Día Estrada	Vitoria - Gasteiz
	Comedor de la Obra Social de N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> Desamparados	Vitoria - Gasteiz
	Jeiki – Proyecto Hombre	Vitoria - Gasteiz
	Cáritas – Llodio	Llodio
	El Refugio	Vitoria - Gasteiz
	Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca	Nanclares de la Oca
	<b>Total Álava</b>	<b>7</b>
	<b>Total CAP</b>	<b>39</b>

**Tabla 26. Relación de Cuestionarios Realizados en Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios Contactados según Territorios Históricos**

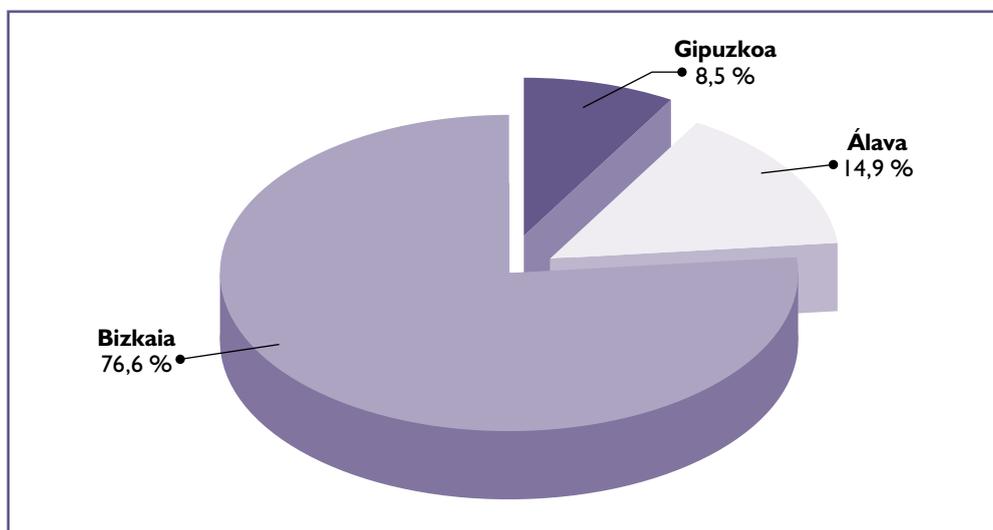
Entidad	Cuestionarios realizados	% respecto al propio TT.HH.	% respecto a la CAPV
Comisión Ciudadana AntiSIDA de Bizkaia	92	85,2	65,2
Agiantza	8	7,4	5,7
Bizitegi	4	3,7	2,8
Izangai	2	1,9	1,4
Albergue de Elejabarri	1	0,9	0,7
Comedor Damas Apostólicas	1	0,9	0,7
<b>Total Bizkaia</b>	<b>108</b>	<b>100</b>	<b>76,6</b>
Comisión Ciudadana AntiSIDA de Gipuzkoa	9	75,0	6,4
Taller Ikats-Kale	3	25,0	2,1
<b>Total Gipuzkoa</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>8,5</b>
Centro de Día Estrada	14	28,6	4,3
Comisión Ciudadana AntiSIDA de Álava	6	66,7	9,9
Comedor de la Obra Social de N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> Desamparados	1	4,8	0,7
<b>Total Álava</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>14,9</b>
<b>Total CAPV</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Centro Penitenciaro de Nanclares de la Oca	22		13,5
<b>Total cuestionarios</b>	<b>163</b>		

Sin entrar por el momento en las razones de la distribución territorial y por Entidades finalmente acontecida, el predominio de los cuestionarios realizados en Bizkaia se hace patente en la figura 13: el 76,6% del total de los mismos, ciento ocho (108), se ha realizado en este Territorio, frente al 14,9% realizado en Álava, veintiuno (21), y el 8,5% restante, doce (12) cuestionarios, en Gipuzkoa.

Desde el punto de vista de las Entidades de servicios sociales y recursos comunitarios en las que se han realizado cuestionarios, la figura 14 muestra cómo Bizkaia concentra el 50% del total, con seis (6) Entidades, Álava el 33,3%, con cuatro (4), incluyendo el Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca, y, por último, Gipuzkoa el 16,7%, con dos (2) Entidades en las que se ha realizado cuestionarios.

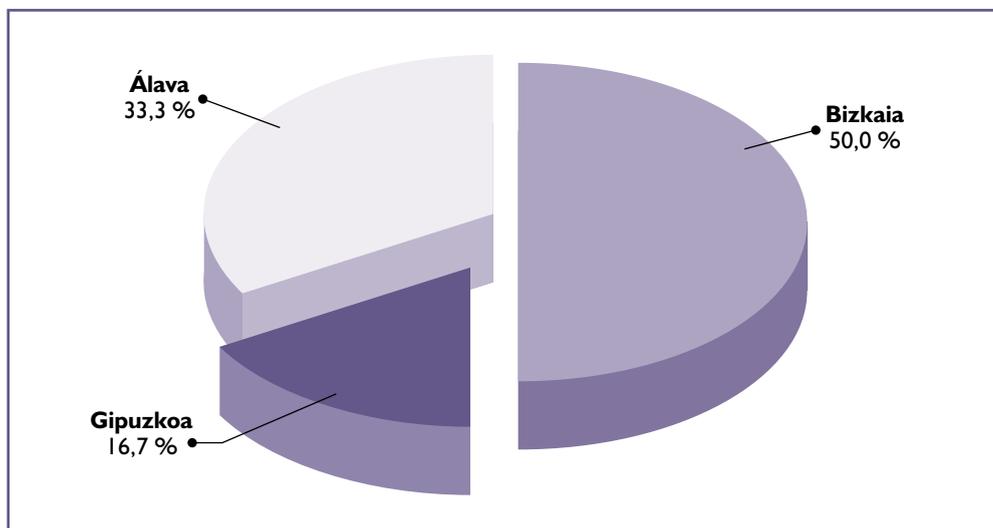
En otro orden de cosas, en la tabla 26 destaca especialmente la concentración de los cuestionarios realizados en la *Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia*, sito en la calle Bailén, n<sup>o</sup>6 de Bilbao, con un total de noventa y dos (92) cuestionarios, lo que representa el 85,2% del total de cuestionarios realizados en Bizkaia, y el 65,2% del total de la CAPV, (siempre sin contabilizar los cuestionarios realizados en el Centro Penitenciario de Nanclares).

**Figura 13. Cuestionarios Realizados según Territorios Históricos**



Tras esta Entidad preponderante, destaca por su volumen absoluto y proporcional el *Centro de Día Estrada* ubicado en la calle Fuente de la Salud, nº4 de Vitoria-Gasteiz, con un total de catorce (14) cuestionarios realizados, lo que supone el 66,7% de su Territorio Histórico (Álava), y casi el 10% del total de la CAPV.

**Figura 14. Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios en las que se han Realizado Cuestionarios según Territorios Históricos**



Y por último, en la tabla 26 se observa la *Comisión Ciudadana Antisida de Gipuzkoa*, con nueve (9) cuestionarios, y *Agiantza* con ocho (8) cuestionarios, lo que supone el 6,4% del total de la CAPV, respectivamente.

## 7. Análisis de la información surgida en el trabajo de campo

La importancia clave que las Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios tienen en esta investigación en tanto *variable situacional de acceso* a los sujetos objeto del estudio sobre la situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en el conjunto de la CAPV obliga a exponer la diferencia existente entre las Entidades contactadas y aquellas otras en las que finalmente se ha podido realizar cuestionarios.

Como se observa en la tabla 27, en aproximadamente una de cada tres Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios con las que se estableció un contacto en pro de la realización de cuestionarios, en tanto lugares o escenarios susceptibles de localización de consumidores de heroína, finalmente fue posible efectuar la entrevista. Las razones que han determinado este hecho se muestran a continuación según Entidad y Territorio Histórico, un análisis que surge a partir de la *información* que las propias personas encargadas de esas Entidades nos han transmitido, así cómo por la observación in situ efectuada por el personal cualificado de *Behatoki, s.l.*

### 7.1. Situación General en Bizkaia

La situación de Bizkaia se encuentra determinada por la concentración de los consumidores en el barrio bilbaíno de San Francisco. Tanto es así que puede decirse que este emplazamiento urbano realiza un efecto centrípeto sobre el conjunto del Territorio Histórico, y también sobre el conjunto de la CAPV como ha podido observarse en la tabla 26 y figura 13.

En este sentido, tanto la realización como la no realización de cuestionarios a consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en las trece

**Tabla 27. Entidades Contactadas versus Entidades Realizadas según Territorios Históricos**

Localización entidad	Contactadas	Realizadas	Diferencia	%
Bizkaia	16	6	10	37,5
Gipuzkoa	16	2	14	12,5
Álava	7	4	3	57,1
<b>CAPV</b>	<b>39</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>30,8</b>

(13) Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios de Bizkaia se encuentran determinados, de una u otra forma, por esta situación de concentración y efecto llamada del barrio bilbaíno de San Francisco.

#### COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE BIZKAIA

Puede decirse que en estos momentos constituye la Entidad punto de referencia para los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en Bizkaia y en la CAPV, debido a la magnitud de cuestionarios realizados, un total de noventa y dos (92).

El trabajo de campo en esta entidad se ha centrado en lo que pudiera considerarse dos perfiles de usuarios: por una parte, “los habituales”, aquellos que hacen uso de los diferentes servicios puestos a disposición, que son como de la casa, y por la otra, “los del intercambio”, aquellos tan sólo usuarios del intercambio de jeringuillas, sin pasar generalmente del umbral físico de la Entidad donde se encuentran los otros servicios. Lógicamente, el acceso a este colectivo ha sido más complejo, pero finalmente, en nuestra opinión, satisfactorio.

El acceso a esta Entidad desde el comienzo del trabajo de campo ha constituido todo un acierto para el desarrollo adecuado de este estudio en tanto que en gran parte de las restantes Entidades en las que inicialmente era posible realizar cuestionarios a consumidores de heroína encontramos usuarios que han pasado por la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia, lo cual ha permitido, por una parte, reducir errores y repeticiones, y por la otra, dimensionar el contingente de consumidores de heroína en Bizkaia de manera ciertamente significativa.

#### HARGINDEGI - CÁRITAS

Los usuarios de esta Entidad emplazada en la Plaza La Cantera de Bilbao son en su mayor parte los mismos que se encuentran en la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia sita en la calle Bailén. Esta circunstancia determinó la imposibilidad de realizar ningún cuestionario en las dos ocasiones que allí se acudió.

#### HONZA - CÁRITAS

Los usuarios de esta Entidad son en su gran mayoría los mismos que se encuentra en la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia sita en la calle Bailén de Bilbao, así como en Hargindegi. Ello es debido a que los vales o pases de pernocta en Hontza han venido repartiéndose primero en la Comisión y en la actualidad en Hargindegi. Ante esta tesitura, se optó finalmente por no acudir a esta Entidad en tanto sus usuarios ya habían sido cubiertos en estas dos Entidades.

#### AGIANTZA

Esta Entidad sitúa una furgoneta acondicionada en la Plaza La Cantera de Bilbao a la que acuden, entre otros, consumidores de heroína. Si bien nos encontramos con personas igualmente usuarias de la Comisión Antisida a la que se había realizado el cuestionario, acaso por el emplazamiento o ubicación tan próxima al centro neurálgico del consumo de drogas más importante de nuestra comunidad autónoma, fue posible efectuar nueve (9) cuestionarios.

#### COMEDOR DAMAS APOSTÓLICAS

El acceso a esta Entidad ubicada en la calle Manuel Allende nº 10 de Bilbao requiere de la recogida de vales en Hargindegi. Ello determinó una alta probabilidad de repetición de los potenciales perfiles de nuestro estudio. Finalmente pudo realizarse un (1) cuestionario. Como muestra del alto grado de movilidad interterritorial de este colectivo de usuarios, en el Comedor fue encontrado una persona consumidora a la que se realizó un cuestionario en Donosita-San Sebastián.

#### ALBERGUE DE ELEJABARRI

Dadas las características que regulan el uso y estancia de esta Entidad, desde el Albergue bilbaíno nos comunican la presencia de unos tres (3) o cuatro (4) registros en régimen de media estancia que, en su opinión, pueden ser personas susceptibles de interés para nuestra investigación. Una vez allí, nos encontramos con que dos (2) de los tres (3) usuarios del Albergue ya habían sido encuestados en la Comisión Antisida de la calle Bailén, con lo cual tan sólo puede efectuarse un (1) único cuestionario.

Se mantiene una línea de comunicación con los encargados del Albergue ante la posible existencia de nuevos casos, pero no surge ninguno hasta la fecha de finalización del trabajo de campo.

#### IZANGAI

Esta Entidad ubicada en la Calle General García Salazar, nº 16 de Bilbao nos señala la existencia de cinco (5) personas habituales de la Entidad potencialmente válidas para nuestro estudio. Finalmente se efectúan dos (2) cuestionarios en tanto que los tres (3) restantes ya habían sido realizados en la cercana Comisión Antisida de la calle Bailén.

#### BIZITEGI

Entre otras actividades, esta Entidad presenta un centro de baja exigencia en la Plaza Belategi del barrio bilbaíno de Rekalde. Nos señalan la existencia de cuatro

(4) personas susceptibles de ser encuestadas y así se realiza finalmente, agotando, por ello, todas las posibilidades existentes.

#### GOIZTIRI

El coordinador de esta entidad ubicada en Barakaldo nos comunica la inexistencia de personas susceptibles de participar en nuestro estudio por dos razones: la primera, porque es un centro orientado a exconsumidores, en especial aquellos que han sido tratados por su toxicomanía en el Módulo de Barakaldo. Y la segunda, porque la práctica totalidad de los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por toxicomanía del municipio barakaldés, y también de la práctica totalidad de los municipios de la Margen Izquierda (Sestao, Portugalete, Santurtzi, etc.) acuden a la Comisión Antisida de Bilbao ante la ausencia de un centro de intercambio de jeringuillas en este entorno urbano, entre otras razones. Esta población suele tener su lugar de encuentro en el Parque de los Hermanos de Barakaldo.

#### ADSI - BEZTALDE

Esta Entidad coordina un centro de día en la que no existen personas susceptibles de participar en el estudio. No obstante, esta Entidad realiza tareas en el ámbito penitenciario de nuestra comunidad autónoma, y gracias a ellos se efectuó el contacto con el Equipo de Toxicomanías del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca, finalmente tan satisfactorio.

#### CÁRITAS LAMIACO

Desde esta Entidad ubicada en Lamiako se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### ASPREMAR

Desde esta Entidad ubicada en el municipio de Getxo se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### TXO - HIESA

Los encargados de esta entidad ubicada en el municipio vizcaíno de Bermeo nos señalan que la práctica totalidad de las personas susceptibles de participar en nuestra investigación acuden a la Comisión Antisida de Bilbao, con lo cual no creen lógico el acudir a sus instalaciones.

#### SIERVAS DE JESÚS

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### ASKABIDE

Desde esta Entidad ubicada en Bilbao se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### ZUBIETXE

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

### **7.2. Situación General en Gipuzkoa**

Guipúzcoa puede considerarse como el Territorio Histórico donde la situación es más compleja. Una complejidad entendida como *difícil visibilidad* de los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía.

La información recogida a partir de las conversaciones con los coordinadores de las diferentes Entidades, así como con otros particulares conocedores de la evolución del consumo de heroína en ámbitos municipales y comarcales concretos de Gipuzkoa, revela los siguientes hechos.

En primer lugar, desde el punto de vista del hábito de consumo, se observa un declive muy intenso en el consumo de heroína por dos razones principales: la primera, por el fallecimiento de los consumidores “históricos”, y la segunda, al producirse un tránsito hacia la cocaína, generalmente por parte de aquellos en tratamiento con metadona, y hacia las pastillas, consumo éste que parece especialmente extendido en este Territorio Histórico.

El segundo hecho que caracteriza la situación actual del consumo de heroína en Gipuzkoa se sustenta en una variable sociológica y de planificación urbana: al igual que en el caso de Vitoria-Gasteiz, en Donostia-San Sebastián se ha venido produciendo una desaparición intensa y progresiva de lugares de marginalidad donde el consumo de estupefacientes podía ser más visible. Ello parece haber generado un doble desplazamiento de este consumo: externo, es decir, hacia el extrarradio de la capital guipuzcoana (comarca de Donostialdea), e interno, hacia el interior de los domicilios de los camellos utilizando el móvil como dispositivo de contacto, facilitando su movilidad inter e intra urbana.

De igual forma, esta variable de ordenación urbana parece ser igualmente válida para otras ciudades del Territorio Histórico, donde se ha erradicado la visibilidad del consumo, o al menos se ha intentado privatizar.

No ha de perderse de vista la presencia habitual y persistencia en la capital donostiarra de un consumo de mayor nivel adquisitivo que se encuentra fuera del entramado de Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios.

#### COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE GIPUZKOA

La Entidad localizada en la Plaza Easo, 53 de Donosita-San Sebastián nos señala dos de las características del perfil de consumidor de heroína objeto de nuestra investigación tanto en la capital donostiarra como en la comarca de Donostialdea (Pasajes, Rentería, Irún, etc.), a saber: su escaso volumen, entre diez (10) y quince (15) personas, por una parte, y su dificultosa visibilidad lo cual no facilita el acceso a los mismos.

En este sentido, el intercambio de jeringuillas a este colectivo prácticamente no se realiza en la sede de esta Entidad, sino que uno de sus miembros y colaboradores, realiza un recorrido por zonas y horarios concretos efectuando el intercambio de jeringuillas y facilitando igualmente, y en la medida de lo posible, otras necesidades. Por esta razón, a diferencia de Bizkaia y, como se verá más adelante Álava, parecía lógico que el acceso a las personas objeto de nuestro estudio requiera de un acompañamiento exterior de la persona encargada de esta labor. Así se hizo tras un período de información a los usuarios de unos cinco días por parte del miembro de la Comisión Antisida de Gipuzkoa, con el objetivo de no perder su confianza ante el acompañamiento de una persona no habitual en sus labores.

El resultado del acompañamiento al final de la mañana y final de la tarde fue la realización de nueve (9) cuestionarios, tanto en zonas de intercambio en Bidebieta (Donosita-San Sebastián) como en una fábrica abandonada en Trintxerpe, ocupada por un contingente de personas en situación de marginalidad.

#### TALLER IKATZ - KALE - CÁRITAS

La Entidad dependiente de Cáritas, sita en el Paseo de Zubiaurre, n.º 33 de Ategorrieta, Donosita-San Sebastián, posee dos talleres de baja y alta exigencia. Desde los primeros contactos el coordinador del centro nos indicó el escaso volumen de personas con el perfil objeto de la presente investigación, pudiendo dimensionarse en cuatro (4) personas.

Tres (3) personas existentes en la Entidad fueron encuestadas, en tanto la otra llevaba un tiempo sin acudir con regularidad.

#### COMEDOR SOCIAL ATERPE - CÁRITAS

Esta Entidad situada en el casco antiguo de la capital donostiarra es igualmente dependiente de Cáritas, manteniendo, por ello, una estrecha vinculación con el Taller Ikatz-Kale. De hecho, las mismas personas susceptibles de ser encuestadas para nuestro estudio, circunstancia finalmente realizada, acuden a este comedor. Por esta razón, allí no fue posible realizar cuestionarios.

Actualmente en esta Entidad se localizan mayormente un contingente de inmigrantes. Se nos indica que esta concentración ha determinado una suerte de dispersión de drogodependientes alrededor de esta Entidad, en una lógica de rechazo entre colectivos que sería interesante profundizar.

#### ASKAGINTZA - HERNANI

La información recibida por parte de uno de los miembros de esta Entidad constata la existencia de un intenso declive de la población consumidora de heroína en Hernani. De hecho, se llega a señalar que de una población en torno a los cien o ciento veinticinco (100-125) se ha pasado alrededor de cinco (5) o seis (6) residentes en el municipio. A las razones de fallecimiento, se une un tránsito hacia otras drogas por parte de las nuevas generaciones, en especial cocaína y pastillas, un policonsumo en la que la heroína no es la sustancia principal.

Dado su conocimiento directo de los potenciales encuestados, la estrategia de acceso a los mismos dependía del propio contacto de este miembro de Askagintza. Tras un período de dos semanas, se nos señala la imposibilidad del acceso a los mismos, aproximadamente cuatro (4) por varias razones: dos de ellos han marchado fuera del municipio a trabajar; otro se niega a realizar cualquier tipo de cuestionario, y el último otorga la misma razón porque corre, a su parecer, el riesgo de hacerse visible al ser uno de los principales camellos en activo del municipio.

#### ASKAGINTZA - ZONA COSTA

A través de Askagintza, en Hernani, se nos facilita un contacto de un miembro de la Entidad conocedor de la Zona Costa, Guetaria, Zarautz, Orio, etc. A lo largo de más de dos semanas no es posible ponerse en contacto con él, ni por parte de nosotros, ni tampoco por parte del facilitador del contacto. La estrategia de dejar un teléfono de contacto en el contestador tampoco dio resultado.

#### DEE – DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### FUNDACIÓN IZAN - PROYECTO HOMBRE

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### VILLA BETANIA

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### CENTRO PENITENCIARIO MARTUTENE

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### TRAPEROS DE EMAUS

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### RAIS

Desde esta Entidad donostiarra se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### CÁRITAS - EIBAR

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### ERROTATXO - EIBAR - ELGOIBAR

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### ARRIBELTZA

Desde esta Entidad se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### PLATAFORMA DE MARTUTENE

Uno de sus representantes nos indica la inexistencia de un perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

## AGIPAD

Desde esta Entidad donostiarra se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

### **7.3. Situación General en Álava**

La situación de Álava se puede caracterizar por dos hechos:

1. El primero, de orden sanitario, por la disminución de consumidores de heroína, y aún más aquellos no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en tanto la actuación de los recursos sanitarios en este Territorio Histórico adquiere un carácter más intensivo, en especial por la actuación del Centro de Tratamiento de Toxicomanías (CTT).
2. Y el segundo hecho, de carácter urbanístico y sociológico, por la paulatina desaparición de espacios urbanos (barrios, calles, parques, etc.) donde se producía una concentración de consumo de droga ante el desarrollo urbano de la capital alavesa, municipio que concentra a más del 80% de la población de todo el Territorio Histórico.

Con esta situación, desde la Comisión Ciudadana Antisida de Álava y el Centro de Día Estrada, ambos en Vitoria-Gasteiz, se nos indican que la población susceptible de ser estudiada en nuestra investigación oscilaría en estos momentos entre treinta (30) y treinta y cinco (35) personas, todas ellas bastante bien localizadas en tanto usuarios habituales de las Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios existentes en la capital alavesa (Casa Arriaga, Casa Abierta, Aterpe, Centro Municipal de Acogida Social, etc.), usuarios que suelen tener su punto de encuentro en el Parque de La Florida. De ahí que la realización de cuestionarios entre tres Entidades fuese considerada suficiente, no sólo por los informantes, sino también por la reiteración de las mismas personas en estos emplazamientos. Ello determinó la necesidad de acudir en diferentes momentos del día, especialmente durante el pincho (final de la mañana) y la merienda (a partir de las cinco de la tarde), así como los fines de semana, para localizar a una población exigua y con bastante movilidad.

#### CENTRO DE DÍA ESTRADA

Esta Entidad sita en la calle Fuente de la Salud, nº4 dimensionó entre diez (10) y doce (12) las personas susceptibles de ser encuestados en este estudio. Gracias al apoyo del personal técnico de este centro de día orientado hacia el intercambio de jeringuillas y apoyo psicosociológico a las personas que allí se acercan,

podieron efectuarse un total de nueve (9) cuestionarios. El apoyo del equipo técnico se orientó igualmente hacia el conocimiento de las circunstancias individualizadas de cada usuario, en tanto que algunos de los cuales negaban su situación de dependencia pues esta sinceridad podía llegar a imposibilitar el acceso a otros centros de acogida.

#### COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE ÁLAVA

El coordinador de la Comisión dimensionó en aproximadamente diez (10) las personas que podrían ser susceptibles de realización de cuestionario. Fueron seis (6) las encuestas realizadas, en especial a final de la mañana y final de la tarde. Se ha de señalar que en estos momentos las actividades de la Comisión Antisida de Álava no se concentran en el servicio de intercambio de jeringuillas en su oficina de la calle San Francisco de Vitoria-Gasteiz, que como media escasamente supera los diez intercambios diarios.

#### COMEDOR DE LA OBRA SOCIAL DE NUESTRA SEÑORA DE LOS DESAMPARADOS

En esta Entidad, sita en la calle Kutaisi, s/n de la capital alavesa, nos señalan la posibilidad de encontrar entre dos (2) y tres (3) personas del perfil requerido en el estudio, teniendo en cuenta el riesgo de repetición de las mismas personas existentes en el Centro de Día Estrada o en la Comisión Antisida. Finalmente, tras distintos intentos a la hora de la comida en una sala de encuentro habilitada en el Comedor, es posible realizar un (1) cuestionario, en tanto nos encontramos con las mismas personas existentes en las Entidades anteriormente indicadas.

#### JEIKI - PROYECTO HOMBRE

Desde esta Entidad ubicada en la capital alavesa se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### CÁRITAS - LLODIO

Desde esta entidad alavesa se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### EL REFUGIO

Desde esta entidad alavesa se nos indica la inexistencia del perfil de usuarios objeto de interés del presente estudio.

#### CENTRO PENITENCIARIO DE NANCALRES DE LA OCA

El Equipo de Toxicomanías de este Centro Penitenciario mostró una disposición absoluta para facilitar la realización del trabajo de campo a una población que ha

venido decreciendo a lo largo del tiempo, y, pese a ser variable, oscila entre las veinticinco (25) y las treinta (30) personas consumidores de heroína en la actualidad.

Esta facilitación requería, en su opinión, de su participación directa en la realización de los cuestionarios por tres razones fundamentales: la primera, por el difícil acceso a este centro penitenciario por parte de personal externo; la segunda, por la negación y desconfianza por parte de los reclusos en general, y los consumidores de heroína en particular, a todo lo institucional, reglamentario u oficial, en este caso un cuestionario; y en tercer lugar, por la accesibilidad que el equipo de toxicomanías tiene sobre los consumidores de droga en general, y de heroína en particular, a través de un programa intercambio de jeringuillas en funcionamiento desde octubre del año 2001 por este equipo.

Por todo ello, tras un envío postal de los cuestionarios, el equipo de toxicomanías ha realizado un total de veintidós (22) cuestionarios en un plazo de dos semanas aproximadamente.

## **8. Balance final: Situación del consumo y los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en el País Vasco según la información de campo**

La información recogida a lo largo del trabajo campo permite efectuar las siguientes reflexiones generales.

1. A la luz de los resultados del trabajo de campo, el dimensionamiento inicial de la muestra no parece ajustarse en estos momentos a la situación real de los consumidores de heroína en la CAPV no adscritos a tratamiento por su toxicomanía, al menos teniendo en cuenta el contingente de población habitualmente usuaria de las Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios No Sanitarios contactadas.

Desde *Behatoki, s.l., Estudios Sociológicos y de Mercado*, teniendo en cuenta la información directamente recogida en estas Entidades, defendemos que el total de los ciento sesenta y tres (163) cuestionarios realizados puede llegar a suponer alrededor del 60% del total de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía en la CAPV, lo cual dimensionaría entre las 225-250 personas con este perfil.

Por Territorios Históricos, y siempre en función de los resultados del trabajo de campo, puede decirse que los ciento ocho (108) cuestionarios realizados en

Bizkaia supondrían entre el 60-70% de todo el Territorio, que los veintiún (21) cuestionarios realizados en Álava, supondrían entre el 70-80% de su Territorio, que los doce (12) cuestionarios de Gipuzkoa supondrían un porcentaje bastante elevado, si bien es necesario señalar nuestra extrañeza respecto al volumen absoluto de recursos objeto de nuestro estudio a partir de la información transmitida por las dieciséis entidades contactadas en este Territorio Histórico, y que, por último, los veintidós (22) cuestionarios realizados en el Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca supondrían, en opinión del Equipo de Toxicomanías, entre el 75% y el 80%.

2. El acceso a los consumidores de heroína no adscritos a tratamiento por su toxicomanía siguiendo una *estrategia situacional*, es decir, a través de las Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios No Sanitarios contactadas, ha sido *todo un acierto* por dos razones fundamentales:
  - a. En primer lugar, por la constatación en la práctica de las dificultades en el acceso a los sujetos susceptibles de ser encuestados, en lo que supone la realización de un cuestionario estructurado en plena calle a un colectivo a priori no muy interesado en esta técnica de aproximación en tanto dispositivo de visibilidad de una práctica socialmente estigmatizada.
  - b. Y en segundo lugar, porque defendemos que la estrategia de acceso a los sujetos potenciales de la investigación a través de su *localización y encuentro* en los servicios sociales y recursos comunitarios no sanitarios absorbe o recoge un volumen de usuarios ciertamente elevado y significativo en los Territorios Históricos de la CAPV.
3. Se constata la existencia de una realidad diferencial por Territorios Históricos en los hábitos de consumo de heroína. Lo que parece del todo evidente es la *concentración o efecto centripeto que el barrio bilbaíno de San Francisco* efectúa en la actualidad, y ello no sólo por el total de los ciento (102) cuestionarios realizados en las Entidades de servicios sociales y recursos comunitarios ubicados en este escenario, sino por la presencia de los mismos usuarios en otras Entidades de Bizkaia, y por la referencia continúa y habitual que sobre esta zona se realiza tanto en Vitoria-Gasteiz como en Donostia-San Sebastián.
4. Resulta difícil hallar consumidores de heroína que no hayan pasado en algún momento de su trayectoria vital por los diversos servicios de tratamiento y asistencia sanitaria por su toxicomanía.

5. Se ha constatado, por otra parte, un *volumen creciente de policonsumo*, siendo ésta, a nuestro entender, una de las variables explicativas por las cuales las Entidades de Servicios Sociales y Recursos Comunitarios No Sanitarias contactadas en el trabajo de campo de esta investigación no presentaban usuarios con un perfil tan específico como el que se solicitaba en este estudio.
6. Ante la baja calidad de la heroína en Bilbao, algunos de los usuarios prefieren el tratamiento con metadona. A su vez, parece constatarse un tránsito de consumidores de heroína hacia la cocaína tras su tratamiento con metadona, con el objeto de conseguir los mismos efectos anteriores.



# Anexo II Anexo II Anexo II

Cuestionario utilizado en el  
“Estudio de la Situación  
Psicosocial de Consumidores  
de Heroína no Adscritos a  
Tratamiento”



La **Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco**, a instancias de un mandato parlamentario, está interesada en conocer cuál es la **situación psicosocial** y **grado de utilización de los recursos sociosanitarios** de aquellas personas que hacen uso/consumo de drogas –en especial la **heroína**– y que en la actualidad residen en la Comunidad Autónoma Vasca. Las preguntas que se recogen en este cuestionario pueden facilitar esta información, garantizando a la persona que conteste la **máxima confidencialidad**. La participación es voluntaria y, por tanto, puede negarse a contestar, pero su respuesta nos sería de gran ayuda para conocer mejor su situación y poder buscar respuestas. **¿LE IMPORTARÍA PARTICIPAR?....., GRACIAS. Recuerde, es importante contestar a todas las preguntas.**

**Sexo:** 1- Hombre 2- Mujer **Fecha Nacimiento:** \_\_\_ / \_\_\_ / 19\_\_\_ **Lugar de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene pareja?** 0 - No 1 - Sí

**Durante el último mes, indica cuántos días ha dormido en alguno de los siguientes lugares:**

**Nivel de Estudios:**

**Fuente de Ingresos:**

- 1 - Analfabeto
- 2 - Estudios Primarios
- 3 - Bachiller elemental (EGB)
- 4 - Bachiller superior (BUP-COU)
- 5 - Estudios Medios
- 6 - Estudios Superiores

- 1 - No tiene ingresos
- 2 - Trabajo remunerado
- 3 - Aporte familiar
- 4 - Mendicidad
- 5 - Prostitución
- 6 - Pensiones, Salario social,...
- 7 - Tráfico
- 8 - Robo

- Nº Días
- 1 - Casa propia..... \_\_\_\_\_
  - 2 - Casa ajena (amigo, familiar)..... \_\_\_\_\_
  - 3 - Albergue..... \_\_\_\_\_
  - 4 - Pensiones..... \_\_\_\_\_
  - 5 - Calle..... \_\_\_\_\_
  - 6 - Otros..... \_\_\_\_\_

**Durante el último mes, indica cuántos días se ha aseado en los siguientes lugares:**

**Durante el último mes, indica cuántos días ha comido en los siguientes lugares:**

- Nº Días
- 1 - Casa propia..... \_\_\_\_\_
  - 2 - Casa ajena (amigo, familiar)..... \_\_\_\_\_
  - 3 - Albergue, Centros Sociales, ... \_\_\_\_\_
  - 4 - Pensiones..... \_\_\_\_\_
  - 5 - Duchas Públicas..... \_\_\_\_\_
  - 6 - Fuentes públicas..... \_\_\_\_\_
  - 7 - Otros..... \_\_\_\_\_

- Nº Días
- 1 - Casa propia..... \_\_\_\_\_
  - 2 - Casa ajena (amigo, familiar)..... \_\_\_\_\_
  - 3 - Comedores Sociales..... \_\_\_\_\_
  - 4 - Bares, Restaurantes, Pensiones..... \_\_\_\_\_
  - 5 - Bocadillos en la calle..... \_\_\_\_\_
  - 6 - Otros..... \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces comes “caliente” al día?** \_\_\_\_\_ veces

**¿Le han detenido alguna vez?** 0 - No 1 - Sí ⇒ **¿Cuántas veces en el último año?** \_\_\_\_\_ veces

**¿Tiene causas, juicios o condenas pendientes?** 0 - No 1 - Sí

**¿Ha estado en Prisión alguna vez?** 0 - No 1 - Sí ⇒ **¿Cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_ año(s) \_\_\_\_\_ mes(es) \_\_\_\_\_ día(s)

**¿Ha realizado alguna vez un cumplimiento alternativo en un programa terapéutico por orden judicial?** 0 - No 1 - Sí

**Durante el último mes qué sustancias ha consumido:**

**Qué vía utiliza con mayor frecuencia:**

**Dónde consigue las jeringuillas:**

- Heroína ..... 0 - No 1 - Sí
- Cocaína ..... 0 - No 1 - Sí
- Base ..... 0 - No 1 - Sí
- Metadona ..... 0 - No 1 - Sí
- Otros opiáceos ... 0 - No 1 - Sí
- Cannabis / Hachis ..... 0 - No 1 - Sí
- Benzodiacepinas (Tranquilizantes, ...)..... 0 - No 1 - Sí
- Extasis, Anfetamina, Alucinógenos ..... 0 - No 1 - Sí
- Alcohol ..... 0 - No 1 - Sí
- Otras ..... 0 - No 1 - Sí

- 1 - Inyectada ⇒
- 2 - Fumada
- 3 - Otras

- 1 - La comparto con otro(s)
- 2 - En la Farmacia
- 3 - Centros de Salud
- 4 - Programa de Intercambio

**Se ha inyectado alguna vez:** 0 - No 1 - Sí

**Cuánto tiempo lleva consumiendo heroína:**

\_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

**Donde suele consumir:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Durante el último año ha estado en tratamiento en algún centro de toxicomanías de la Comunidad Autónoma Vasca (Centros de Osakidetza, Módulos, Etorkintza, Agipad, Proyecto Hombre, ...)**..... 0 - No | Sí

**Y durante el último mes** ..... 0 - No | Sí

**Durante el último año y/o en el último mes ha acudido a algún servicio médico de la Comunidad Autónoma Vasca, distinto del de toxicomanías,**

	Último Año	Último Mes	Qué tipo de enfermedad	
- Ambulatorio (Atención Primaria)	0 - No   Sí	0 - No   Sí	- Ginecológica .....	0 - No   Sí
- Especialista (Ambulatorio)	0 - No   Sí	0 - No   Sí	- Psiquiátrica .....	0 - No   Sí
- Urgencias (Hospital)	0 - No   Sí	0 - No   Sí	- Infecciosas .....	0 - No   Sí
- Ingreso en el Hospital	0 - No   Sí	0 - No   Sí	- Respiratorio .....	0 - No   Sí
			- Cardíaca .....	0 - No   Sí
			- Medicina interna .....	0 - No   Sí
			- Otros .....	0 - No   Sí

**Durante el último año y/o en el último mes ha acudido a algún servicio de tipo social en la Comunidad Autónoma Vasca**

	Último Año	Último Mes
- Servicios Sociales de Base	0 - No   Sí	0 - No   Sí
- Asistente social de Cáritas, Cruz Roja, Albergue...	0 - No   Sí	0 - No   Sí
- ONGs y Asociaciones de Ayuda Social	0 - No   Sí	0 - No   Sí

**Conteste a las siguientes preguntas si durante el último mes “No” ha estado en tratamiento en algún centro de toxicomanías de la Comunidad Autónoma Vasca**

- ¿Por qué no está en tratamiento?:** 1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

**Razones por las que no se acude:** Nota.- Elegir un máximo de tres, indicando el orden de elección, 1.º, 2.º, 3.º

*En el caso de que nunca haya estado en tratamiento:*

- No conocen los servicios o la forma de acceder a ellos
- Dificultades de acceso: lista de espera, rigidez de normas, está lejos de donde vivo, etc.
- No les interesa, prefieren seguir consumiendo
- Lo que hay no les resulta una opción atractiva para ellos
- No les gusta que les controlen
- La metadona también engancha, y para eso prefiero la heroína

*En el caso de que haya estado en tratamiento y en el momento actual no lo esté:*

- Expulsión por consumos reiterados
- Expulsión por incumplimiento de normas
- Expulsión por falta de asistencia
- Por alta terapéutica
- “No me servía para nada, y lo dejé” (abandono voluntario)
- “Prefería seguir consumiendo” (abandono voluntario)
- Por incompatibilidad con otras actividades
- Por indicación/presión de otras personas (pareja, familia, amigos, trabajo, etc.)

**Utilizaría los siguientes Lugares y/o Programas si se pusieran en funcionamiento:**

	Seguro que Sí	Creo que Sí	No lo sé	Seguro que No	Creo que No
- Espacios donde pueda consumir (Salas de inyección o venopunción)	1	2	3	4	5
- Programas de intercambio de jeringuillas	1	2	3	4	5
- Centros residenciales de acogida nocturna donde pueda dormir, asearse, comer o descansar	1	2	3	4	5
- Programas de metadona pero con otro funcionamiento al de los actuales	1	2	3	4	5
- Programas de Tratamiento con Heroína	1	2	3	4	5

**Estaría dispuesto a participar en un Programa de Tratamiento con Heroína si hubiera que hacerlo bajo las siguientes condiciones:**

	Seguro que Sí	Creo que Sí	No lo sé	Seguro que No	Creo que No
Se realizaría en un hospital	1	2	3	4	5
La heroína la administra el equipo médico					
Ir a tomar la dosis tres veces al día					
Hay que ir todos los días de la semana					

**Cómo dirías que es actualmente...**

	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Bastante Mala	Pésima
Tu calidad de vida	1	2	3	4	5	6	7
Tu salud física	1	2	3	4	5	6	7
Tu salud psíquica	1	2	3	4	5	6	7
Tus relaciones sociales	1	2	3	4	5	6	7
Tus relaciones familiares	1	2	3	4	5	6	7

**Durante las últimas semanas...**

Siempre estoy fatigado/a	0 - No	1 - Sí	Tengo dolor cuando estoy de pie	0 - No	1 - Sí
Tengo dolor por las noches	0 - No	1 - Sí	Me despierto desanimado/a	0 - No	1 - Sí
Las cosas me deprimen	0 - No	1 - Sí	Últimamente me resulta difícil contactar con la gente	0 - No	1 - Sí
Tengo un dolor insoportable	0 - No	1 - Sí	Me paso la mayor parte de la noche despierto/a	0 - No	1 - Sí
Tomo pastillas para dormir	0 - No	1 - Sí	Tengo dolor cuando estoy sentado/a	0 - No	1 - Sí
He olvidado qué es pasarlo bien	0 - No	1 - Sí	Me cuesta vestirme	0 - No	1 - Sí
Tengo los nervios de punta	0 - No	1 - Sí	Enseguida me quedo sin fuerzas	0 - No	1 - Sí
Tengo dolor al cambiar de postura	0 - No	1 - Sí	Me cuesta estar de pie mucho rato	0 - No	1 - Sí
Me encuentro solo/a	0 - No	1 - Sí	Tengo dolor constantemente	0 - No	1 - Sí
Necesito ayuda para caminar	0 - No	1 - Sí	Me cuesta mucho dormirme	0 - No	1 - Sí
Sólo puedo andar por dentro de casa	0 - No	1 - Sí	Creo que no vale la pena vivir	0 - No	1 - Sí
Las preocupaciones me desvelan por la noche	0 - No	1 - Sí	Me cuesta coger las cosas	0 - No	1 - Sí
Tengo dolor al subir y bajar las escaleras	0 - No	1 - Sí	Duermo mal por las noches	0 - No	1 - Sí
Todo me cuesta un esfuerzo	0 - No	1 - Sí	Me cuesta agacharme	0 - No	1 - Sí
Me despierto antes de la hora	0 - No	1 - Sí	Me cuesta llevarme bien con la gente	0 - No	1 - Sí
Soy totalmente incapaz de andar	0 - No	1 - Sí	Siento que estoy perdiendo el control de mí mismo/a	0 - No	1 - Sí
Los días se hacen interminables	0 - No	1 - Sí	Creo que no tengo a nadie en quien confiar	0 - No	1 - Sí
Me cuesta subir y bajar escaleras	0 - No	1 - Sí			
Tengo dolor al andar	0 - No	1 - Sí			
Me enfado con facilidad	0 - No	1 - Sí			
Soy una carga para los demás	0 - No	1 - Sí			

**Le han hecho este cuestionario antes:** 0 - No 1 - Sí

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Nos podría decir las dos primeras letras de sus 2 apellidos \_\_\_\_\_

**Entrevistador, dónde se ha realizado el cuestionario:** \_\_\_\_\_