

**Características y Evolución
de las Admisiones a Tratamiento**

Red Dianova Internacional

**SISTEMA DUSNAT
Resumen Ejecutivo 2004**

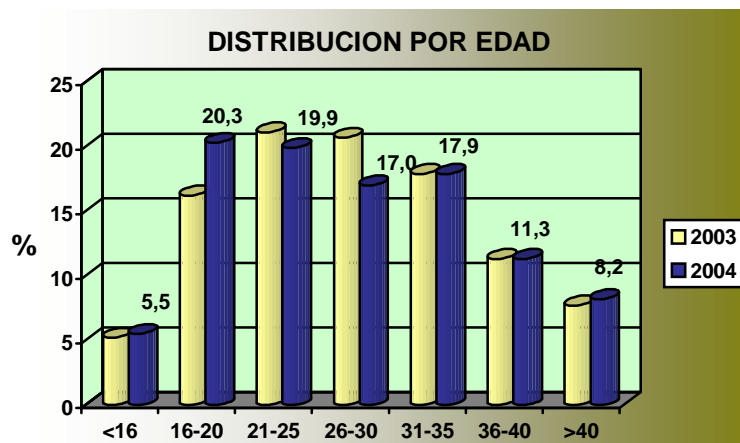
**Autor: José Carrón
Sociólogo**

PERFIL DEMOGRÁFICO

Continúa creciendo el número de usuarios que ingresan anualmente en los dispositivos residenciales de la red, alcanzando en 2004 las 972 admisiones.

La proporción entre sexos mantiene una extraordinaria estabilidad, con un 85,1% de varones y un 14,9% de mujeres admitidas. En Portugal y Nicaragua prácticamente todos los ingresados son varones, pero también en Italia lo son nueve de cada diez. En cambio, Canadá sigue siendo el país con mayor presencia femenina: la cuarta parte de las admisiones son mujeres. Como en años anteriores todos los ingresados por crack como droga principal eran varones, mientras que en la demanda de tratamiento por anfetaminas+síntesis la tercera parte era realizada por mujeres.

La edad media ha bajado respecto a 2003 desde los 27,9 a los 27,6 años. Este hecho está relacionado fundamentalmente con el incremento de admisiones menores de 20 años, que ya suponen la cuarta parte de las mismas, aunque paralelamente también aumentan los ingresos de mayores de 35 años.



Este año disminuye aún más la edad de ingreso en Uruguay (el 87,% no supera los 20 años) y también en Nicaragua este grupo representa más de la mitad de las admisiones, mientras que en sentido contrario la tercera parte de los ingresados en Canadá superan los 35 años y Portugal e Italia cuenta con una edad media notablemente alta. Seis de cada diez admitidos por cánnabis no superan los 20 años al ingresar e igual ocurre con la mitad de quienes lo hacen por crack. La población más envejecida son quienes demandan tratamiento por alcohol, mientras que quienes lo hacen por cocaína tienen dos grupos muy polarizados en ambos extremos de la horquilla.

Siguen siendo solteros ocho de cada diez usuarios. Esta proporción evidentemente disminuye a medida que aumenta la edad de ingreso, pero solo lo hace de manera significativa a partir de la treintena: en el tramo de 31-35 años todavía las tres cuartas partes permanecen solteros y es solamente en el de 36-40 años cuando el porcentaje baja hasta el 55,5%.

Aunque la nacionalidad española o italiana siguen siendo las más numerosas ven disminuir su porcentaje y representan cada una de ellas aproximadamente la cuarta parte de las admisiones. El incremento se produce, en cambio, en el peso que adquieren los canadienses (con un 11,2%) o los nacionales de Nicaragua, Uruguay o Chile que superan el 7% en cada caso. La mayor frecuencia de extranjeros tiene lugar entre los ingresados en Portugal o Alemania, países en los que seis de cada diez tenían otra nacionalidad.

DATOS RELATIVOS AL HOGAR

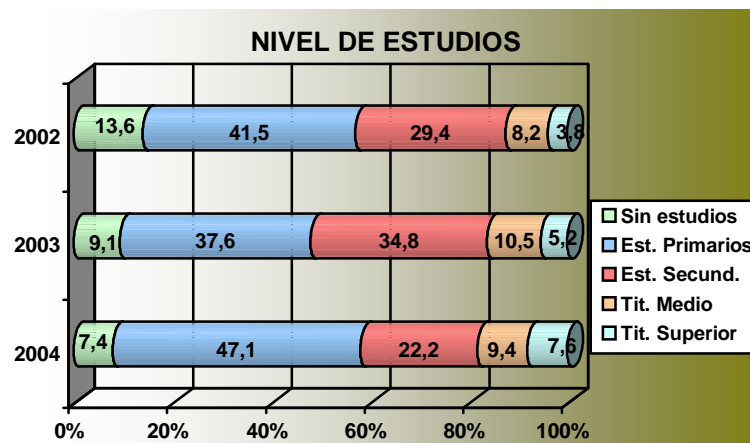
Algo más de la mitad de los ingresados vivían con anterioridad a su admisión en el hogar paterno, aproximadamente uno de cada seis lo hacía solo y otro 13,2% en pareja. Lo más significativo es, sin embargo, el aumento progresivo de quienes provenían de centros institucionales que en 2002 representaban el 5,2% de los ingresos, en 2003 el 8,9% y este año el 10,0%. En los países latinoamericanos e Italia es mucho más elevada la convivencia previa en el hogar familiar; en España tres de cada diez sujetos provienen de hogares institucionales, mientras que en Canadá casi la mitad de los ingresados vivía solo y en Bélgica lo hacían así la tercera parte de ellos.

Habían sido padres/madres el 26,8% cuando ingresaron en Dianova, si bien más de la mitad solamente había tenido un hijo. En Chile más de la mitad habían tenido hijos y, además, habían tenido mayor número que en el resto de países. Es más frecuente entre la población femenina no sólo el hecho de tener hijos sino de tener una prole más numerosa.

En relación con la familia de origen, uno de cada cinco admitidos había perdido al padre y en el 6,5% de los casos a la madre. El fallecimiento del padre era notablemente más elevado en Bélgica (ocurría en la tercera parte de los casos), en Italia y Alemania y además, en éste último país, ocurría lo mismo en el caso de las madres. Un 30% de los progenitores no habían pasado de estudios primarios, la cuarta parte llegó a finalizar estudios secundarios y un porcentaje similar consiguió un título universitario. Alemania es el país donde el nivel educativo global es más elevado, pero es en los países latinoamericanos donde hay una mayor proporción de progenitores universitarios, si bien en ellos al mismo tiempo son importantes los porcentajes con formación muy baja. También se observa un nivel formativo notablemente inferior en el tramo de los ingresados con edades más jóvenes. Uno de cada seis ingresados era hijo único, situación más habitual entre las admisiones realizadas en Canadá, Portugal o Alemania, y mucho más entre las mujeres que entre los varones.

FORMACIÓN DE LOS ADMITIDOS

Vuelve a aumentar, después de descender el año anterior, el porcentaje de sujetos que habían cursado como máximo estudios primarios hasta suponer más de la mitad de todos los admitidos. Sin embargo, simultáneamente continúa elevándose la proporción de quienes habían obtenido una titulación universitaria, y alcanzando ya al 16,7% de ingresos.



Alemania y Chile, con cuatro de cada diez admitidos que tienen estudios universitarios, destacan un año más, mientras que en Portugal y Nicaragua las dos terceras partes no habían pasado de estudios primarios. Las mujeres ingresadas tienen un nivel educativo notablemente más elevado y, también como en años anteriores, los mayores problemas de fracaso escolar los encontramos entre los ingresados más jóvenes. El abandono temprano del sistema educativo es más frecuente entre los que ingresan a tratamiento por crack (las $\frac{3}{4}$ partes no pasaron de estudios primarios) o por cánnabis (lo mismo ocurrió con $\frac{2}{3}$ de su población), mientras que la cuarta parte de los ingresados por alcohol tenían un título universitario. Aunque el último curso realizado sigue siendo, de media, a los 16 años, es preocupante el significativo aumento que se observa (hasta llegar a tres de cada diez) de quienes a los 14 años o antes salen del sistema educativo. Este abandono precoz es más frecuente en España, entre la población masculina, los que ingresan a tratamiento más jóvenes, y quienes demandan su admisión por cánnabis como droga principal.

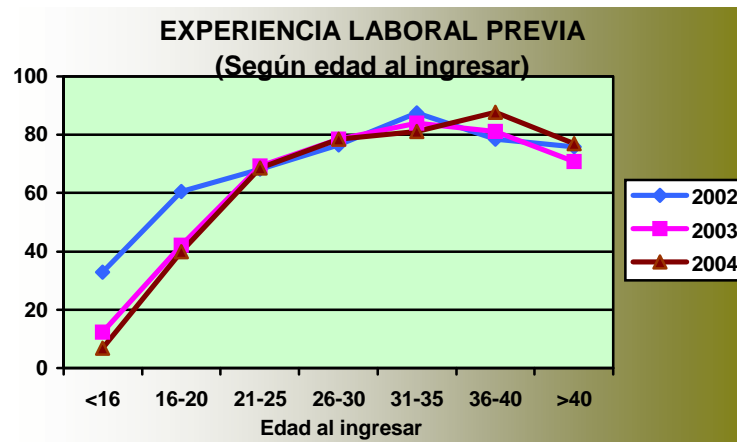
Tres cuartas partes de los ingresados es capaz de expresarse solamente en un idioma. Quienes pueden hacerlo en algún otro son, sobre todo, los admitidos en Alemania (donde la mitad habla una segunda lengua y otra cuarta parte una tercera) o en Portugal, Bélgica y Canadá. Más de la mitad de los ingresados es capaz de manejarse en el idioma español; el segundo lugar hasta ahora ocupado por el italiano pasa a estarlo por el inglés, hablado por un 22,1% de los sujetos, y le sigue el francés con un 19,6%.

TRAYECTORIA LABORAL ¹

Algo más de dos tercios de los admitidos (un 68,8%) habían trabajado con anterioridad a su ingreso a tratamiento. Esta experiencia laboral previa es mucho más notable en países como Nicaragua, Italia o Chile y apenas tiene presencia entre los que ingresan en Uruguay. En la medida que aumenta la edad de ingreso también lo hace la actividad laboral anterior, siendo una constante que se mantiene en todos los informes anteriores. Pero sí debemos hacer notar con satisfacción que también año tras año está descendien-

¹ Una parte significativa de este apartado no ha podido contar, por dificultades en la recogida de la información, con los datos provenientes de los dispositivos españoles.

do el trabajo de los menores de 16 años, habiendo pasado del 32,8% en 2002 a solamente el 6,7% en el presente año.



Quienes habían trabajado en mayor medida son los admitidos por anfetaminas+síntesis o por alcohol como droga principal, y solamente lo habían hecho la mitad de los ingresados por cánnabis.

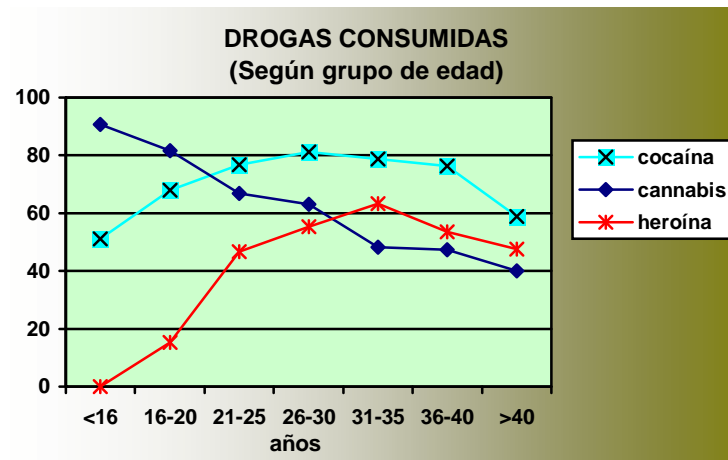
Habían comenzado a trabajar, de media, a los 18,8 años, pero con una desviación típica elevada (es decir, con una dispersión muy amplia de edades). Cada año, a la par que aumenta el nivel de experiencia laboral, también lo hace el porcentaje de aquellos que habían estado en un solo empleo antes de iniciar el tratamiento (en 2004 el 72,4% de los que habían trabajado). Además, casi la mitad (un 45,0%) permaneció en su primer empleo más de 4 años, lo que contribuye a desmontar algunos estereotipos. Las condiciones más desfavorables se dan entre los ingresados en Nicaragua, donde la gran mayoría sí habían trabajado, la mitad comenzó antes de los 16 años, más de un tercio había pasado por tres o más empleos, y un 50,0% no permaneció siquiera un año en su primer empleo. Por el contrario, las mejores condiciones se dan en Italia, donde casi todos los que habían trabajado lo hicieron en un solo empleo y las dos terceras parte permanecieron en él más de 4 años.

CONSUMO DE DROGAS

Aunque se mantiene como dominante un perfil policonsumidor entre los usuarios admitidos a tratamiento, se produce un importante descenso en el número de sustancias utilizadas. Una tercera parte consumía dos sustancias y otro porcentaje similar tres o cuatro, a lo que hay que añadir que llega a duplicarse (desde el 6,5 al 13,1%) el porcentaje de quienes inician tratamiento y consumen solamente una sustancia. La utilización de numerosas sustancias sigue estando más arraigado entre los admitidos en Nicaragua, Alemania y Portugal, es mayor entre los varones, y lo es también entre quienes tienen crack como droga principal.

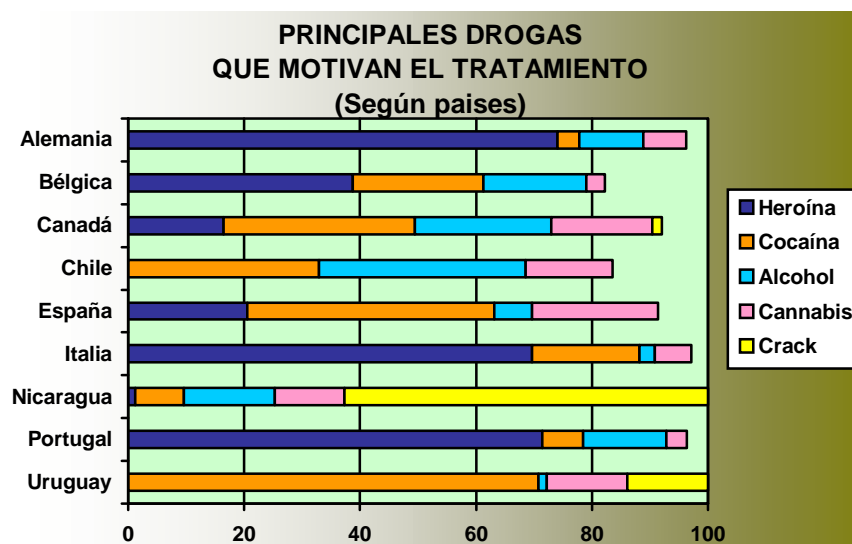
Siguen descendiendo el consumo de cada una de las sustancias pero las tres más utilizadas continúan siendo cocaína (las tres cuartas partes de los ingresados la consumen), cánnabis (un 62,3%) y heroína (el 43,7%). De todas maneras las peculiaridades de cada

país son notables a la hora de añadir al esquema dominante alguna sustancia de consumo extendido entre sus ingresados.



Lo que continúa estable es la práctica generalización del consumo de cánnabis entre los más jóvenes, frecuencia que disminuye de manera notable a partir de los 30 años. Las curvas de cocaína y heroína cada vez adoptan una tendencia más similar entre sí: los consumos más bajos en los tramos jóvenes, aumento progresivo de su consumo con máximos entre los 25-35 años para caer de nuevo a partir de esa edad.

La heroína, que en 2002 era la droga principal que provocaba el tratamiento en la mitad de los casos, sigue su descenso hasta suponer solamente la tercera parte de las admisiones en 2004. Simultáneamente, la cocaína es ya la droga principal en el 30,2% de los casos y el cánnabis aumenta hasta el 13,2% de las demandas de ingreso desde el 9,3% del año anterior.



En Alemania, Portugal o Italia siete de cada diez ingresados tenían heroína como droga principal; sin embargo una proporción similar en Uruguay habían demandado su ingreso por cocaína, al igual que ocurre con el crack en dos tercios de los admitidos en Nicaragua.

gua. En los demás países la demanda está notablemente más diversificada como puede observarse en el gráfico adjunto.

Solamente marca diferencias el sexo en las demandas de tratamiento por crack como droga principal, que son netamente masculinas, así como en las producidas por anfetaminas+síntesis, con un mayor componente femenino. Entre los menores de 16 años, aunque la mitad de las demandas siguen siendo por cánnabis se produce un notable descenso de esta sustancia como droga principal, espacio ocupado por la cocaína que representa ya la cuarta parte de las demandas en este tramo de edad. En el tramo de 16-20 años es la cocaína la que motiva mayor volumen de ingresos, y a partir del tramo de 21-25 años la mayor frecuencia de admisiones está provocada por la heroína como droga principal, salvo entre los mayores de 40 años que comparte la primera posición con los ingresos por alcohol.

Para tres de cada diez ingresados la cocaína es la segunda droga de referencia, seguida a notable distancia de cánnabis y alcohol, y en uno de cada diez casos el lugar lo ocupa la heroína. En los tratamientos por heroína como droga principal la cocaína llega a actuar como sustancia secundaria en más de la mitad de los casos.

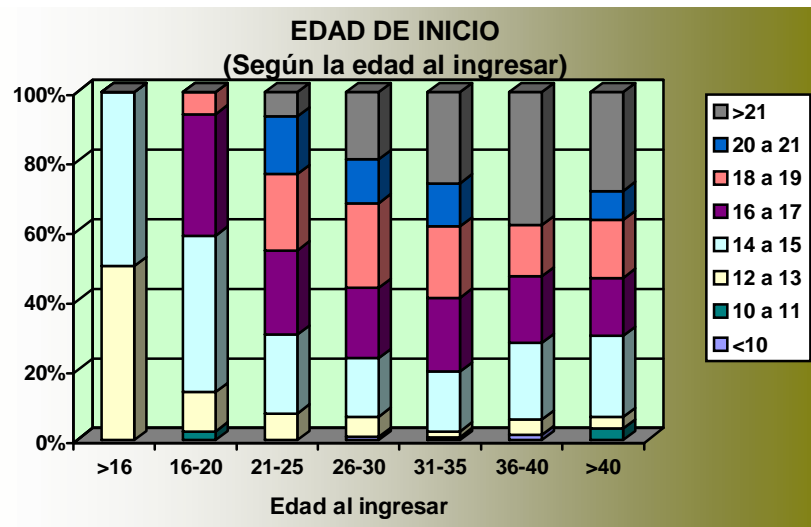
CARACTERÍSTICAS SEGÚN LA DROGA PRINCIPAL ²

El bloque mayoritario, cuatro de cada diez admitidos, comenzaron a usar la droga principal entre los 14 y los 17 años, y otro 15,8% con 18-19 años, lo que lleva a que en el conjunto de los ingresados se sitúe en 18,3 años la edad media a la que iniciaron su consumo. En Canadá el 13,9% comenzó antes de los 14 años y en Nicaragua ocurrió en un 10,8%, mientras que por el contrario más de la quinta parte de los admitidos en Bélgica o Chile iniciaron el consumo de la droga principal después de los 21 años.

La población femenina se sitúa en ambos extremos de la horquilla, tanto en inicio precoz como en consumos tardíos, en mayor medida que los varones. Las mujeres tienen comportamientos más extremos que los varones, con porcentajes superiores tanto en los inicios tempranos como en las edades más tardías.

Hasta los 35 años se observa (ver el gráfico adjunto) una clara relación entre la edad de inicio en el consumo de la droga principal y la edad en la que se ingresa a tratamiento. A partir de esa edad vuelven a repuntar los comienzos precoces de consumo, con más de la cuarta parte de este segmento que empezó a consumirla antes de los 15 años.

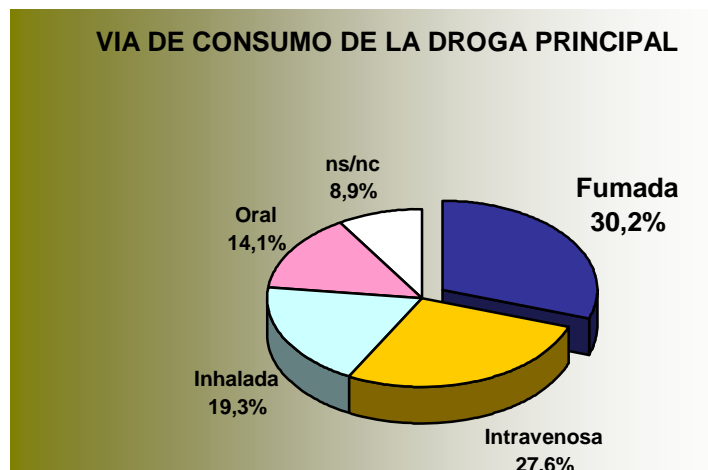
² Ver nota 1



Son los que están en tratamiento por cánnabis quienes antes comenzaron a consumir, con una edad media de 14,8 años, seguidos de quienes ingresaron por alcohol (a los 16,2 años de media). En posiciones intermedias se sitúan quienes tienen como droga principal anfetaminas+síntesis (17,2 años) y heroína o crack (en ambos casos comenzaron de media a los 18,7 años). Los que inician el consumo más tardíamente son quienes demandan el ingreso por cocaína, entre los que más del 30% comenzaron a consumirla con 20 años o más.

Habían transcurrido 11,0 años desde el comienzo de la droga principal hasta su admisión en el programa. Pero la dispersión de los datos es muy notable. Así, uno de cada cuatro llevaba menos de cinco años consumiendo, y otra cuarta parte entre 6 y 10, aunque hay un colectivo especialmente cronificado (un 21,2%) que había iniciado su consumo al menos 15 años antes de su ingreso en Dianova. Los historiales de consumo más largos se observan entre los admitidos en Portugal, Canadá o Italia (casi la tercera parte llevaba más de 15 años consumiendo), mientras que en Nicaragua más de la mitad acudió a tratamiento antes de los 5 años del inicio del consumo. Las trayectorias de consumo son más largas entre los que ingresan con más edad y entre quienes tienen alcohol o heroína como droga principal.

Por primera vez desde que pusimos en marcha el Sistema de Información DUSNAT se invierte la vía prioritaria de consumo de la droga principal, que deja de ser la intravenosa para pasar a ocupar el primer lugar la vía fumada. Tres de cada diez ingresados la consumen así, mientras que “solamente” un 27,6% se la inyectan, cuando en 2003 estos últimos significaban el 37,1%.



Todavía la vía intravenosa es especialmente elevada en Italia, donde dos de cada tres siguen consumiéndola de esta manera, y en Alemania, donde lo hacían casi la mitad de los ingresados. En España solamente un 10,8% se inyectaban y no hay ningún caso en los países latinoamericanos. Sobre todo se utiliza entre los que ingresan con más de 25 años (entre el 35 y 45 % de ellos). Se ha producido un importante descenso en su utilización entre los que tienen heroína como droga principal (han pasado en un año del 77,5% al 64,0%), aunque en dirección contraria un 18,0% de los admitidos por cocaína y el 28,0% por anfetaminas+síntesis la consumían inyectada.

TRATAMIENTOS RECIBIDOS CON ANTERIORIDAD

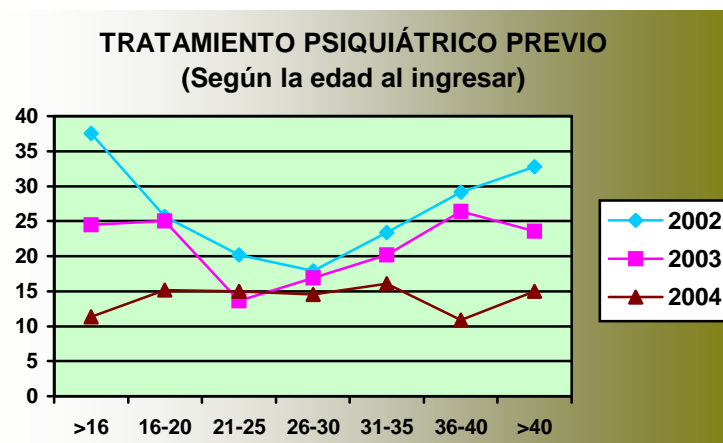
Continúa elevándose de manera muy importante el número de ingresados para los que era su primer tratamiento, un 40,4%, frente al 27,1% en 2003 y el 20,8% en 2002. Y también los que si habían tenido experiencias terapéuticas anteriores han disminuido el número de programas por el que habían pasado, de 3,25 el año pasado a 3,0 en 2004. En Uruguay todos los admitidos eran “primerizos” y destaca asimismo el hecho de que España duplica su porcentaje de éstos hasta alcanzar los dos tercios de los admitidos. El mayor porcentaje de primeros tratamientos se encuentra en las edades más jóvenes, pero a partir de los 25 años se estabiliza en torno al 30% de los ingresos. Aunque solamente dos de cada diez admitidos por heroína no habían recibido tratamientos anteriores, aumentan hasta duplicarla su frecuencia del año anterior; bien es cierto que no puede compararse con los que ingresan por cocaína o cánnabis, que en más de la mitad de los casos no habían estado ingresados con anterioridad en ningún otro programa. También son los que demandan el ingreso por heroína quienes, con un media de 3,7 programas anteriores, habían estado previamente en mayor número de programas.

Aunque cada año disminuye la frecuencia, todavía cuatro de cada diez con experiencia terapéuticas anteriores habían pasado por una Comunidad Terapéutica, especialmente quienes fueron admitidos por heroína, crack o alcohol. También ha disminuido el porcentaje de utilización de Centros Ambulatorios, que pasa de la cuarta parte en 2003 a un 17,3%, al igual que ocurre con los usuarios de Programas de tratamiento con Metadona (de un 27,6% a un 22,9%). El mayor descenso es, sin embargo, el relacionado con los Centros de Día que pasan del 12,6% a un 6,9% en 2004.

Canadá e Italia, con seis de cada diez que habían pasado por alguna, son los países con mayor utilización previa de programas de Comunidad Terapéutica. Los tratamientos en Centros Ambulatorios habían sido frecuentados por más de la mitad de los chilenos, mientras que los Programas de Metadona los habían visitado las dos terceras partes de los italianos y cuatro de cada diez belgas. Casi la mitad en Portugal y más de la tercera parte en Alemania habían utilizado Otros tipos de tratamiento menos convencionales.

ALGUNOS DATOS SANITARIOS³

La frecuencia de los ingresados que han tenido algún tipo de tratamiento psiquiátrico previo a su admisión está disminuyendo año tras año. Mientras que en 2002 la cuarta parte de los admitidos presentaba esta situación, en 2003 afectaba a un 20,1% y entre los ingresos de este año encontramos solamente a un 14,5%.



La representación gráfica muestra claramente como la curva que relacionaba un mayor índice de problemas psiquiátricos en las edades más jóvenes y más avanzadas tiende a adoptar un perfil rectilíneo con un porcentaje para las diferentes edades entre el 10-15%. Bélgica, con casi la mitad de sus ingresados y Alemania con tres de cada diez ingresados son los países con mayores problemas, situación que es más habitual entre quienes demandan tratamiento por cánnabis como droga principal (la cuarta parte de los mismos), por anfetaminas+síntesis o por alcohol.

Uno de cada cinco sujetos había pasado por un episodio de sobredosis antes de ser admitido. Nicaragua duplica su frecuencia hasta el 44,6% de los casos y también en Bélgica e Italia la cuarta parte de los sujetos había pasado por ello. Es especialmente frecuente entre los varones y entre los admitidos de 21 a 35 años, al igual que entre los que demandan su ingreso por crack o heroína.

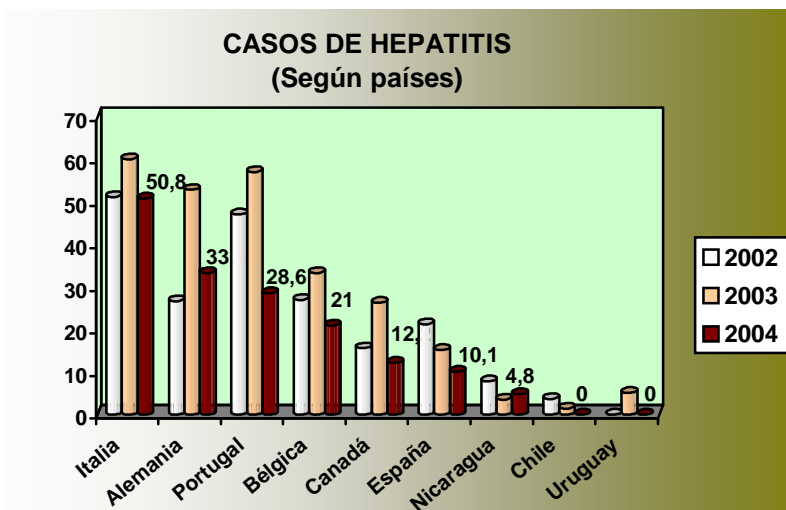
Intentaron suicidarse en alguna ocasión antes de su ingreso en Dianova la sexta parte de los sujetos (un 16,2%). Los índices más elevados los encontramos en Nicaragua (con un 28,8%) y en Alemania (el 22,2%). Tiene una componente femenina muy marcada (el

³ Ver nota 1

28,8% de ellas frente al 14,4% de los varones) y es notablemente más frecuente entre los ingresados por crack, anfetaminas+síntesis o alcohol.

Un 4,0% de los ingresos en 2004 estaba afectado por Sida. Es en Italia (8,3%) y Canadá (7,0%) donde esta patología está más extendida, con porcentajes muy poco significativos en España, Bélgica o Chile y ningún caso en el resto de países. Es mayor la presencia entre las mujeres y entre los ingresados con más de 35 años, y básicamente afecta a los que demandan tratamiento por cocaína o heroína como droga principal.

En 2004 la extensión de la hepatitis experimenta un descenso muy notable desde el 31,5% hasta afectar a un 20,9% de los admitidos. A pesar de ello, continúa las grandes diferencias por países: en Italia se ven infectados más de la mitad de sus ingresos, y en Alemania la tercera parte, mientras que en países donde apenas hay consumo inyectado, como Chile o Uruguay no encontramos ningún caso. Las mayores frecuencias las siguen presentando los que ingresan con más edad y quienes demandan tratamiento por heroína (aunque en este caso ha bajado de más de un 50% a un 42,7%).



No se ha encontrado ningún caso de tuberculosis entre los ingresos realizados en 2004, mientras que un 0,8% padecía malaria, exclusivamente entre los admitidos en Nicaragua y todos ellos varones. La presencia de algún tipo de enfermedad de transmisión sexual (un 1,1%) es cada vez menor; en Nicaragua es donde están más arraigadas pero con un descenso muy significativo (del 26% en 2002 al 4,8% este año), y también en Italia estaban afectados un 2,4% de los admitidos.

En el 13,4% de las ocasiones el padre de los ingresados, y en el 4,9% la madre, habían tenido problemas relacionados con las drogas. Nicaragua es el país que continúa teniendo los mayores porcentajes (un 39,8% y un 13,3% respectivamente) si bien han disminuido de manera notable respecto al año anterior, descenso que también ha sido muy marcado en el caso de Canadá y Uruguay. Esta situación es mucho más frecuente entre quienes han ingresado a tratamiento por crack o por anfetaminas+síntesis. De los progenitores que ya habían fallecido, en el caso de los padres el 7,3% había tenido como causa problemas relacionados con las drogas, al igual que ocurrió en un 4,9% de las madres

fallecidas. Por último, uno de cada seis ingresados pone de manifiesto que algún hermano se había visto envuelto en problemas de abuso de drogas.

PROBLEMAS JURÍDICO-PENALES

Sigue aumentando lenta pero progresivamente el porcentaje de sujetos que han sido admitidos a tratamiento en Dianova y que, previamente, habían pasado por un Centro de Menores. Si en 2002 eran el 7,1%, en 2003 la proporción se elevó hasta el 8,8% y este año uno de cada diez (un 10,7%) estuvo ingresado en un Centro de este tipo antes del inicio del tratamiento. España pasa a ocupar el primer lugar con un incremento progresivo que le lleva que en 2004 un 31,4% de sus admitidos haya pasado por estos centros, mientras que en sentido contrario, Uruguay desciende al segundo lugar después de bajar del 43,6% en 2003 a un 9,7%. En el resto de países es una situación muy poco relevante. Son, en mayor medida mujeres, los más jóvenes, y quienes tienen cánnabis como droga principal o cuando la demanda no está provocada por ninguna sustancia.

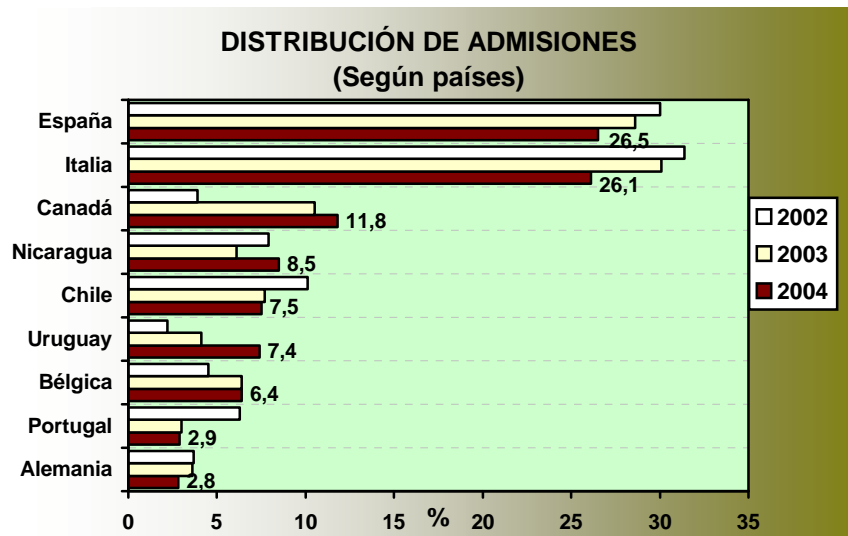
La tercera parte de los sujetos admitidos habían sido detenidos en alguna ocasión. Bélgica, Italia o Nicaragua son los países donde esta situación se da con mayor frecuencia, pero lo más llamativo es el caso de Uruguay donde se pasa de dos tercios de los ingresos en 2003 que habían tenido alguna detención, a solamente un 5,6% en las admisiones de este año. Son mucho más habituales entre los varones y entre los mayores de 25 años (entre éstos últimos el porcentaje se eleva al 40%), y también entre los ingresados por heroína o anfetaminas+síntesis.

En el conjunto de la red, un 25,2% de los ingresados estuvieron en algún momento en prisión, pero esta circunstancia se eleva al 46,1% entre los ingresos realizados en Italia. Aunque ocurría lo mismo con el 38,6% en Nicaragua, su frecuencia bajó considerablemente desde el 54,4% del año anterior. Porcentajes casi inapreciables se dan entre las admisiones de Uruguay, Chile o Canadá. Como ocurre con las detenciones, ocurre con mayor frecuencia entre la población masculina, los mayores de 25 años, y los que tienen heroína como droga principal (cuatro de cada diez en este último caso).

Con un mandato judicial fueron admitidos en nuestros dispositivos uno de cada diez ingresos. En Alemania pasan a representar un espectacular 40,7% de todas sus admisiones, y en Canadá aunque desciende respecto a 2003 todavía lo son un 17,4% de ellas. El porcentaje es mayor entre los varones y entre los ingresados por heroína o cánnabis.

FLUJO DE LAS INTERVENCIONES EN 2004

En el conjunto de la red han ingresado un total de 972 sujetos a lo largo del año 2004 que, comparado con las que tuvieron lugar el año anterior, supone elevar el volumen de admisiones a tratamiento en un 3,3%. España e Italia siguen representando en cada caso, aunque con un porcentaje que disminuye progresivamente, la cuarta parte de los ingresos totales. Sin embargo ven aumentar notablemente su peso Canadá y Nicaragua con un 11,8% y un 8,5% respectivamente, y un espectacular Uruguay que pasa del 2,2% en el 2002 a representar un 7,4% este año.



La evolución mensual de las admisiones realizadas en 2004 adopta un perfil bastante más lineal y plano que en años anteriores en torno una media de 81 ingresos por mes y con una horquilla de un máximo de 88 sujetos ingresados en marzo para registrar en abril el mínimo de entradas, con 73 usuarios admitidos.

Del conjunto de admisiones, el 12% de las mismas eran sujetos que con anterioridad habían estado en tratamiento en Dianova, la mayor parte de ellos en solamente una ocasión anterior. Los reingresos suponen la quinta parte de las entradas a tratamiento que tuvieron lugar en Italia, y en Alemania y Chile fueron también más elevados que en el resto de países. Es una característica notablemente más común entre los varones, los mayores de 40 años, y quienes tienen heroína como droga principal (el 16,2% de éstos últimos eran readmisiones).

Un total de 909 bajas se han producido a lo largo de 2004, lo que implica una tasa de reposición (equilibrio anual ingresos/salidas) en relación con las 972 entradas llevadas a cabo de 1,07, es decir un balance positivo en cuanto a la circulación de sujetos en los dispositivos de la red. Dicha tasa ha sido especialmente elevada en Nicaragua (1,60) y España (1,30); el descenso más fuerte ha sido el experimentado por Uruguay, que pasa de 1,95 en 2003 al 1,07; pero son Chile e Italia, aunque sobre todo Alemania (una tasa de 0,73) los países que con una reposición negativa no cubrieron con suficientes ingresos las bajas que se fueron produciendo.

Países	Tasa de reposic.
Nicaragua	1,60
España	1,30
Canadá	1,08
Uruguay	1,07
Bélgica	1,00
Portugal	1,00
Chile	0,94

Italia	0,90
Alemania	0,73
Global	1,07

A grandes rasgos la distribución por causas de las bajas sigue manteniendo patrones similares a los de 2003⁴. La tercera parte de las mismas estuvieron debidas a la Interrupción de Tratamiento antes de 3 meses de su inicio, mientras que en otro 23,1%, también debidas a un tratamiento interrumpido, el sujeto llevaba ingresado más de 3 meses. Un Alta Terapéutica fue el motivo de finalización en más de uno de cada cinco casos (el 21,6%), mientras que en el resto de las bajas un 9,0% se debió a la Expulsión acordada por el equipo de profesionales, un 10,8% por Derivación a otro recurso más idóneo para el sujeto y otro 2,3% por Derivación a un dispositivo de Dianova en otro país.

Las Interrupciones tempranas del tratamiento son especialmente frecuentes en Canadá (más del 50%), Nicaragua y España, si bien en este último país también son considerables las interrupciones después de los tres meses del ingreso. Es en Nicaragua también donde más frecuentes son las Altas Terapéuticas (cuatro de cada diez salidas) y un porcentaje similar tienen en Chile o Alemania. En Canadá y Portugal son más habituales que en el resto de países las Expulsiones de los ingresados, y en Uruguay más de la quinta parte de las bajas fueron por Derivación a otros recursos externos.

Los varones continúan en 2004 teniendo un mayor porcentaje (un 22,8%) de Altas Terapéuticas que la población femenina (el 14,5%). En cambio entre las mujeres que salen de los dispositivos es mucho más frecuente hacerlo por una Interrupción del tratamiento cuando llevan más de 3 meses ingresadas: el 32,8% de las bajas fueron por esta razón frente al 21,5% entre los varones. La interrupción del tratamiento es más habitual entre los admitidos con menos de 16 años, mientras que las Altas Terapéuticas tienen su mayor frecuencia (tres de cada diez salidas) en el tramo de 26-30 años. Las interrupciones antes de los 3 meses de comenzar el tratamiento suponen cuatro de cada diez bajas entre los que tienen alcohol, crack, o cocaína como droga principal. Entre los que ingresan por cánnabis son, sin embargo, más frecuentes las interrupciones del tratamiento después de 3 meses ingresados. Pero es entre quienes son admitidos por crack (34,1%) o por alcohol (25,7%) donde las Altas Terapéuticas han sido más habituales.

Quienes causaron baja en los dispositivos de Dianova en 2004 habían permanecido, de media, 5,12 meses en tratamiento, un ligero aumento respecto al año anterior. Algo menos de la mitad de los sujetos (un 45,1%) permanecieron en tratamiento menos de 3 meses; en torno a la quinta parte habían estado ingresados entre 3 y 6 meses, y el restante 35% estuvo en tratamiento durante más de 6 meses. Las estancias más breves tuvieron lugar en Canadá, donde tres de cada cuatro estuvieron ingresados menos de 3 meses y también fueron bastante cortas en España y Nicaragua. En cambio la media de estancias

⁴ Este año los *Tratamientos Interrumpidos* (básicamente son los que finalizan por alta voluntaria o por abandono por el usuario) los hemos separado en dos categorías: antes de 3 meses y después de 3 meses, puesto que en el primer caso los objetivos máximos de la intervención apenas se han puesto en marcha, mientras que en el segundo es posible ya haber obtenido algunos avances terapéuticos significativos.

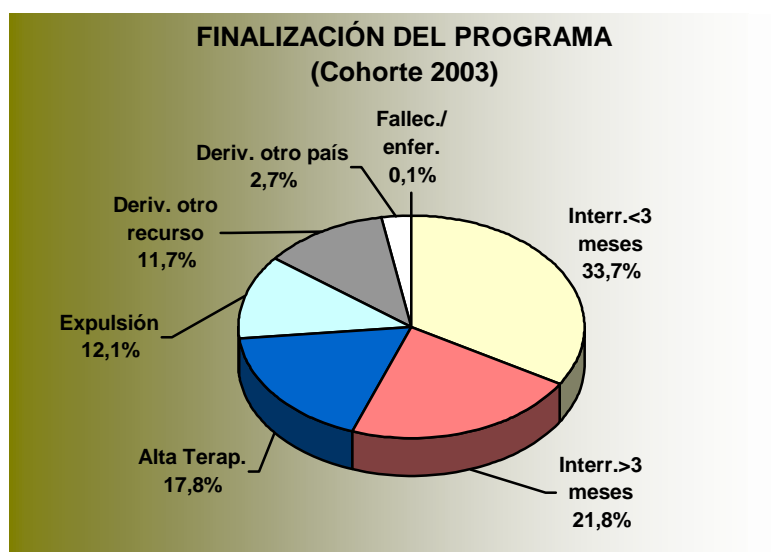
cias más prolongadas es la de Portugal y Alemania: más de cuatro de cada diez permanecieron en tratamiento por encima de los 6 meses; ahora bien, hay un colectivo de muy alta permanencia (más de 12 meses) que representa la cuarta parte de las salidas que se produjeron en Bélgica e Italia. Las estancias son más breves en el caso de los admitidos por cocaína o alcohol (más de la cuarta parte estuvieron menos de 1 mes y otra cuarta parte entre 1 y 3 meses), mientras que las más prolongadas tienen lugar entre quienes ingresan por heroína como droga principal (el 23,8% permaneció en tratamiento más de 12 meses).

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO EN LA COHORTE 2003

Una vez que la mayor parte de quienes ingresaron en 2003 se encuentra fuera de tratamiento (están fuera el 87,6% de la cohorte) podemos hacer una revisión de los parámetros fundamentales de su paso por el programa.

De los admitidos en 2003, un 84,6% eran varones, la edad media fue de 27,9 años, y convivían con sus padres algo más de la mitad de ellos. El 46,7% no había pasado de estudios primarios y las dos terceras partes tenían experiencia laboral antes de su admisión a tratamiento. Politoxicómanos, en cuatro de cada diez casos la droga principal era la heroína, y en el 27,1% la cocaína. Habían comenzado a consumirla con 18,0 años y continuaron haciéndolo 10,1 años antes de su ingreso en Dianova. La consumían por vía intravenosa un 37,1% de ellos; para la cuarta parte era su primer tratamiento y el resto había estado anteriormente, de media, en 3,25 programas.

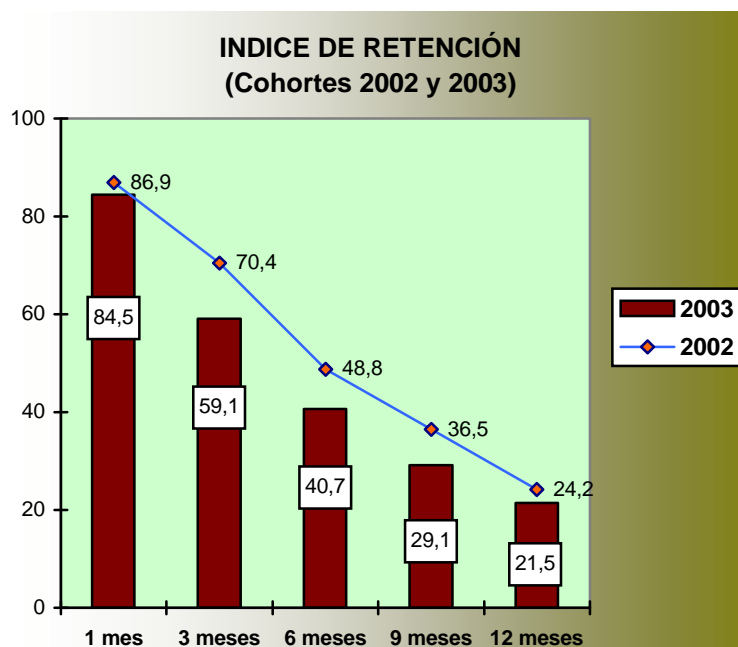
La tercera parte de las bajas tuvo como causa la Interrupción del Tratamiento antes de los 3 meses de su ingreso, y en otro 21,8% de los casos la interrupción tuvo lugar en un momento posterior. El Alta Teapética fue el motivo del 17,8% de las salidas, mientras que un 12,1% fueron causadas por una Expulsión decidida por el equipo. La derivación del sujeto, en un 11,7% fue realizada a otros recursos más adecuados para el usuario, y en un 2,7% a dispositivos de la red en otro país.



Las Altas Terapéuticas han sido especialmente numerosas entre los admitidos en Nicaragua, casi la mitad finalizó el tratamiento de esa manera, y en Chile o Alemania (en ambos casos superaron el 30%). En cambio, uno de cada dos en Canadá tuvo como causa de baja la Interrupción del tratamiento antes de 3 meses, motivo que en España representó el 41,6% de los casos. Las expulsiones tienen una presencia relevante entre las bajas de Canadá o Uruguay (el 30 y el 20% respectivamente) y también es Uruguay, junto con Chile, donde la derivación a otros recursos más adecuados es más frecuente (un 20% en ambos casos).

En la población masculina la frecuencia de Altas Terapéuticas es más elevada, así como ellas se destacan por interrumpir más habitualmente el tratamiento antes de los 3 meses de iniciarlo. El grupo de edad más complejo es el de los menores de 16 años, pues tiene pocas Altas Terapéuticas; pero también pocas Interrupciones breves del tratamiento, produciéndose éstas más allá de los 3 meses, y simultáneamente se produce un alto porcentaje de derivaciones a otros recursos. El mayor número de Altas Terapéuticas tiene lugar entre quienes salen del tratamiento habiendo tenido crack como droga principal (35,4%), alcohol (23,4%) o cocaína (20,0%). En una posición intermedia los ingresados por anfetaminas+síntesis o heroína (un 16,7% y un 14,0% respectivamente) y la proporción más baja se encuentra entre los admitidos por cánnabis (10,8%).

La media de permanencia en el tratamiento de la cohorte de 2003 ha sido de 4,5 meses. La retención, comparada con la obtenida por la cohorte de 2002, se puede observar en el gráfico comparativo adjunto. El 84,5% continuaba en tratamiento 1 mes después de su ingreso. Seis de cada diez permanecía en los dispositivos a los 3 meses, y cuatro de cada diez mantenía el tratamiento a los 6 meses. Después de 9 meses el 29,1% de la cohorte continuaba ingresado y el 21,5% permanecía en el centro pasado 1 año.



Se observa una cierta disminución en todos los puntos de corte en relación con los índices de la cohorte 2002, pero el descenso más significativo tiene lugar en la retención

hasta los 3 meses del ingreso (se ha bajado del 70,4% al 59,1%) y a los 6 meses (casi la mitad continuaban en 2002, mientras que en la cohorte 2003 quedaban ingresados el 40,7%).

La retención ha sido más elevada entre los menores de 16 años (tres de cada diez continuaba después de 1 año) y en los que ingresan con más de 30 años. Quienes habían ingresado por heroína o cánnabis tienen una retención más elevada hasta los 6 meses, pero son los admitidos por cocaína o alcohol los que tienen un índice de retención mayor a partir de los 9 meses. Por razones opuestas son especiales los casos de los que ingresan por crack (retención global extremadamente corta) o de quienes lo hacen por anfetaminas+síntesis (el 22,7% continuaban después de 12 meses de tratamiento).