



FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN  
LOS RECURSOS AMBULATORIOS POR  
CONSUMO DE CANNABIS**

Autora:

**M<sup>a</sup> Cristina Novoa Fernández**

Tutora:

**Dra. Susana Redondo Martín**

Valladolid, 14 de Junio de 2017



## **CONTENIDO**

1. Resumen.....	1
2. Introducción .....	2
2.1. Cannabis: la sustancia y sus efectos.....	2
2.2. Situación actual del consumo de cannabis y tratamientos ambulatorios para su dependencia en Europa y en España .....	4
2.3. Justificación.....	6
3. Objetivos .....	7
4. Material y métodos .....	8
5. Resultados.....	9
5.1. Tratamientos totales por consumo de cannabis .....	10
5.1.1. Variables sociodemográficas .....	10
5.1.2. Variables de consumo y tratamiento .....	11
5.2. Pacientes con tratamiento previo por consumo de cannabis .....	12
5.2.1. Variables sociodemográficas .....	13
5.2.2. Variables de consumo y tratamiento .....	13
5.3. Pacientes sin tratamiento previo por consumo de cannabis.....	14
5.3.1. Variables sociodemográficas .....	14
5.3.2. Variables de consumo y tratamiento .....	14
5.4. Pacientes con tratamiento previo vs pacientes sin tratamiento.....	15
6. Discusión .....	16
7. Limitaciones del estudio .....	19
8. Conclusiones.....	20
9. Referencias bibliográficas .....	20
10. Anexos.....	23

## 1. RESUMEN

**Introducción y objetivos.** El cannabis es la droga ilegal más consumida en todo el mundo, lo que constituye un importante problema de Salud Pública. Aunque el número de consumidores de cannabis en tratamiento se ha incrementado en los últimos años, continúa siendo bastante inferior al número de consumidores problemáticos. El objetivo de este trabajo es describir el perfil sociodemográfico y de consumo de los pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio por dependencia de cannabis en Castilla y León y valorar las diferencias entre los años 2008 y 2015.

**Material y métodos.** Se han comparado los datos de los años 2008 y 2015 utilizando el indicador “*Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas*” del Plan Nacional sobre Drogas. Las variables cuantitativas continuas se han comparado a través de la prueba T de Student y las categóricas mediante la comparación de proporciones con el test Chi-cuadrado de Pearson.

**Resultados.** El perfil del paciente ambulatorio en el año 2015 es el de un varón de 27,5 años, desempleado, con estudios primarios completados y que reside en casa, piso o apartamento. La edad de inicio de consumo se sitúa en 15,3 años y la del consumo problemático en los 18,2 años, mientras que el número medio de años de consumo hasta la demanda de tratamiento es de 12,3. La vía principal de consumo es fumada o inhalada y en un bajo porcentaje de casos se acompaña de consumo de alcohol o cocaína en el último mes. Estos pacientes acuden a tratamiento por iniciativa propia o son referidos desde los servicios legales policiales.

**Conclusiones.** Las características sociodemográficas y de consumo obtenidas son similares a los datos nacionales. El aumento de los casos de tratamiento por cannabis puede estar determinado por un mayor impacto del consumo sobre los individuos y por un mayor número de casos que están realizando cumplimientos alternativos de condenas o sanciones; sin embargo, la reducción en la demanda de tratamiento por iniciativa propia refleja la falta de conciencia de enfermedad en relación con el consumo de cannabis.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1. CANNABIS: LA SUSTANCIA Y SUS EFECTOS**

Los cannabinoides son un conjunto de sustancias psicoactivas obtenidas de la planta *Cannabis sativa*, de las cuales la más potente es el  $\Delta^9$ -tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC); otros compuestos con menor efecto son el  $\Delta^8$ -tetrahidrocannabinol, el cannabinoil y el cannabidiol. Dichos cannabinoides ejercen su acción mediante la unión a los receptores cannabinoides endógenos CB<sub>1</sub> (distribuidos por el sistema nervioso central) y CB<sub>2</sub> (localizados en diversas células del sistema inmune). En concreto, el THC actúa sobre el sistema cerebral de recompensa, lo que refuerza su consumo. A su vez, existen ligandos endógenos de estos receptores, denominados endocannabinoides, que modulan la neurotransmisión de glutamato y GABA y la transmisión postsináptica dopaminérgica<sup>1,2,3</sup>.

La planta de Cannabis puede ser preparada de diversas formas para su consumo, presentando entre ellas diferentes concentraciones de THC:

- Marihuana, elaborada con las partes aéreas de la planta trituradas. Su concentración de THC es de 1-5%. Suele consumirse fumada (sola o mezclada con tabaco), vaporizada o cocinada.
- Hachís, obtenido a partir de un exudado resinoso, cuya concentración de THC es del 15-50%. En forma de pastilla, suele mezclarse con tabaco y fumarse.
- Aceite. Es la forma con una mayor concentración de THC: 25-50%. Se consume por vía oral.

Los efectos del consumo de cannabis en el organismo son muy extensos y pueden aparecer tanto de forma aguda como de forma crónica. Esta droga afecta a múltiples niveles: sistema nervioso central, cardiovascular, respiratorio, ocular, digestivo, inmunológico, endocrino y reproductor.

Las manifestaciones clínicas a nivel del sistema nervioso central son las más relevantes; psicológicamente, el consumo de cannabis produce una fase inicial de estimulación y euforia que se sigue de una fase de relajación. En casos de intoxicación aguda, se pueden producir episodios psicóticos que cursan con

ansiedad, agitación, alucinaciones visuales y síntomas de desrealización y despersonalización<sup>4</sup>. A nivel cognitivo, el consumo crónico provoca dificultad de concentración, enlentecimiento en la velocidad de reacción, alteración de la memoria a corto plazo e incoordinación motora. Diversos estudios han demostrado la relación dosis-dependiente entre el consumo de cannabis en adolescentes y el fracaso escolar<sup>2</sup>.

Otro aspecto importante del consumo de cannabis es su relación con la psicosis. Muchos autores sugieren que el consumo de esta droga lleva a la aparición de psicosis<sup>5</sup> basándose en que su consumo suele preceder a la aparición de ésta; además, la existencia de una relación dosis-dependiente y el aumento del riesgo de desarrollar una psicosis posteriormente al consumo durante la adolescencia apoyan esta premisa<sup>2</sup>. Otros defienden que el cannabis tan solo precipita los episodios psicóticos en personas genéticamente vulnerables al desarrollo de esquizofrenia<sup>2,6</sup>. Esta afirmación se basa en que el gran incremento del consumo de cannabis durante los últimos años no se ha asociado a un aumento proporcional de la incidencia de esquizofrenia<sup>7</sup>, o que el riesgo de psicosis en los consumidores de cannabis es solo 2-3 veces mayor que en los no consumidores<sup>2,7</sup>.

La relación entre cannabis y esquizofrenia, por lo tanto, parece ser bidireccional y se podría explicar a través de un mecanismo de interacción gen-ambiente.

- Los sujetos vulnerables a la esquizofrenia también son más propensos al uso del cannabis y a su consumo en mayores cantidades, ya que ambas manifestaciones comparten variantes genéticas comunes<sup>6</sup>.
- Existe evidencia de que la estimulación de los receptores cannabinoides por el THC aumenta la liberación de dopamina y que el consumo regular de cannabis produce sensibilización a su acción<sup>2</sup>, lo que explicaría el efecto del cannabis en la patogenia de la psicosis. También se ha visto que el consumo de cannabis durante la adolescencia interfiere en la maduración de la corteza cerebral, acelerando la disminución de su volumen y grosor en adolescentes varones con alto riesgo de esquizofrenia<sup>8</sup>.

Por último, el consumo de cannabis puede producir dependencia tanto física como psicológica (*Anexo 1: Criterios clínicos de dependencia y abuso CIE 10*,

*DSM-IV* y *DSM-V*); además, también es causa de síndrome de abstinencia, como lo constata su reciente incorporación en el *DSM-V* como ítem para el diagnóstico de Trastorno por abuso de sustancias<sup>9</sup>. El síndrome de abstinencia que aparece tras cesar su consumo es de intensidad leve-moderada<sup>10</sup>, y sus síntomas más frecuentes son irritabilidad, anorexia, ansiedad, aumento de la vigilia, agresividad y dificultades en el sueño. La capacidad adictiva del cannabis depende principalmente del patrón de consumo (consumo frecuente y prolongado en el tiempo) y de la concentración del THC en la forma consumida (concentraciones altas)<sup>2,3</sup>, así como de factores individuales biológicos, psicológicos y del entorno.

Otro aspecto relevante en relación a esta sustancia es el impacto de las nuevas políticas reguladoras de su consumo, tanto a nivel europeo como mundial<sup>11</sup>, así como las investigaciones que se están llevando a cabo sobre el uso de sus componentes activos en algunas enfermedades o el importante marketing a favor de los efectos beneficiosos de su consumo, especialmente a través de Internet y de las redes sociales<sup>12,13,14</sup>. Estas circunstancias están contribuyendo a la normalización social del consumo de cannabis y a la disminución de la percepción del riesgo. Según los datos de la encuesta ESTUDES 2014/2015, el riesgo percibido es mayor para el consumo diario de tabaco (89,7% de los encuestados consideran que es peligroso) que para el consumo de cannabis (88,8%), disminuyendo a un 54,9% para el consumo esporádico de cannabis. Además, el cannabis es percibido como la tercera droga más fácilmente disponible, después del alcohol y el tabaco<sup>15</sup>. De igual forma, según los datos de la encuesta EDADES 2013, fumar un paquete de tabaco diario es percibido como más peligroso (88,7% de los encuestados) que el consumo de cannabis semanal (82,4%) o mensual (61,2%)<sup>16</sup>.

## **2.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE CANNABIS Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS PARA SU DEPENDENCIA EN EUROPA Y EN ESPAÑA**

Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más consumida tanto en España como en el resto del mundo; sin embargo, según los últimos datos nacionales, europeos y mundiales, su consumo parece haberse estabilizado en los últimos

años<sup>16,17,18</sup>. Además, es importante tener en cuenta que el cannabis parece actuar como droga “inductora” del consumo de otras drogas ilegales<sup>2,19</sup>.

El número de consumidores de cannabis admitidos por primera vez a tratamiento ha presentado una tendencia ascendente desde el año 2006<sup>16</sup>, sin embargo, son pocos los consumidores que demandan tratamiento para su adicción a pesar del elevado consumo problemático de cannabis<sup>2,20</sup>. Los principales motivos para solicitar tratamiento son la pérdida de motivación (84%) y las sensaciones paranoides (78%)<sup>2</sup>, así como la presión familiar o la derivación desde servicios legales<sup>21</sup>.

Los programas de tratamiento se hacen principalmente con pacientes ambulatorios, aunque también en pacientes hospitalizados. Estos tratamientos pueden dividirse en dos grandes grupos: terapias específicas para el cannabis y tratamientos para el uso general de sustancias; sin embargo, la evidencia no muestra que los tratamientos específicos obtengan resultados superiores a los tratamientos generales<sup>20</sup>. La oferta de tratamientos para la dependencia de cannabis varía entre los diferentes países de la Unión Europea. Según datos del año 2011, solo quince países ofrecen programas de tratamiento específico para el cannabis, mientras que en España se siguen tratamientos generales<sup>20</sup>.

En cuanto al tipo de tratamiento, principalmente se utilizan las aproximaciones psicosociales, sobre todo en combinación. Bajo este término se engloban todas las intervenciones psicológicas estructuradas que pueden usarse en el tratamiento de problemas relacionados con sustancias. El número de técnicas psicológicas existentes es muy amplio, pero las más usadas son<sup>2,20,22,23</sup>:

- *Psicoterapia motivacional*. En esta terapia, el terapeuta crea condiciones que promueven la motivación intrínseca del paciente para cambiar su conducta. Su objetivo principal es resolver la ambivalencia del paciente en relación al uso de cannabis, lo que facilita la adherencia al tratamiento. Por ello, se utiliza con frecuencia en la fase inicial del tratamiento.
- *Psicoterapia cognitivo-conductual*. Este enfoque terapéutico supone la existencia de estilos de pensamiento irracionales y negativos en el paciente que promueven conductas desadaptativas como el consumo de

drogas. Su objetivo es ayudar al paciente a generar nuevas vías de pensamiento, a través del desarrollo de estrategias conductuales como técnicas de autocontrol.

- *Manejo de contingencias.* Con esta terapia, la conducta deseada se incentiva con recompensas; en el caso de la abstinencia, las recompensas se van incrementando. Con menor frecuencia, las conductas negativas son castigadas.
- *Psicoterapia de apoyo.* A través de una fuerte alianza terapéutica se facilita la expresión del paciente, lo que le permite alcanzar el autoentendimiento y un mayor dominio de sus conductas.
- *Terapia familiar multidimensional.* Esta terapia, dirigida a adolescentes y a adultos jóvenes, se apoya en la familia como instrumento para ayudar al paciente a crear nuevos estilos de vida adaptativos. También pretende mejorar la funcionalidad, la comunicación y la responsabilidad familiar.

La combinación de varias terapias ha probado una mayor efectividad, especialmente en la entrevista motivacional y la psicoterapia cognitivo-conductual. Sin embargo, son pocos los pacientes consiguen la abstinencia a largo plazo, estimándose en un 20%<sup>22</sup>. En adolescentes, las intervenciones breves tienen un gran valor y la terapia familiar multidimensional mejora la adherencia al tratamiento<sup>23</sup>. Los tratamientos farmacológicos específicos para la dependencia de cannabis se encuentran en estudio.

En cuanto a la cobertura del tratamiento, según una estimación realizada por el EMCDDA con datos del año 2012, en España aproximadamente solo 2 de cada 100 consumidores diarios de cannabis reciben tratamiento, a pesar de ser uno de los países europeos con mayor prevalencia de consumo diario de cannabis (alrededor del 2,4% de la población general)<sup>20</sup>.

### **2.3. JUSTIFICACIÓN**

Como se ha mencionado anteriormente, el cannabis es la droga ilegal más consumida a nivel mundial, por lo que cualquier información respecto a su consumo y a su impacto sobre la salud de la población tiene una gran relevancia. Sin embargo, a pesar de su elevado consumo, el número de

personas en tratamiento por dependencia de esta droga continúa siendo muy bajo, lo que constituye un reto para la Salud Pública de todos los países y en especial de España.

La revisión sobre la situación actual detecta un descenso del número de pacientes en tratamiento por consumo de otras drogas ilegales (cocaína, heroína, anfetaminas, estimulantes, etc), mientras que el número de pacientes por dependencia de cannabis ha aumentado.

Este trabajo estudia las características de los pacientes en tratamiento ambulatorio, con datos recogidos por la comunidad de Castilla y León, y los compara entre los años 2008 y 2015; además, diferencia a los pacientes que nunca han estado en tratamiento por cannabis de los que sí habían recibido tratamiento previamente. Los resultados obtenidos permitirán conocer el perfil actual de los pacientes en Castilla y León y sus diferencias con respecto al año 2008, lo que aportaría información para enfocar de manera más específica las intervenciones tanto de prevención como de tratamiento, mejorar la oferta de programas y el acceso a los mismos.

### **3. OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Valorar si existen diferencias significativas en el perfil de los pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio por consumo de cannabis entre los años 2008 y 2015.

#### **Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes en tratamiento.
- Estudiar variables relacionadas con el consumo de sustancias como la edad de inicio de consumo, la edad de inicio de consumo problemático, el tiempo medio de consumo, la vía principal de consumo y el consumo de otras drogas en el último mes.
- Analizar la forma de acceso a los tratamientos.
- Analizar las diferencias respecto a las mismas variables entre los pacientes que reciben por primera vez un tratamiento y aquellos que ya han estado en tratamiento previo por la misma droga.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha utilizado el indicador *Admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas*, definido por el Plan Nacional sobre Drogas y adaptado para Castilla y León. Este registro comenzó en 1987, recogiendo datos de las 17 Comunidades Autónomas e incorporándose más tarde Ceuta y Melilla. El protocolo que actualmente rige en España es del año 2013<sup>16,24</sup>. La hoja de registro se incorpora en el *Anexo II: Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas*.

Se trata de un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia (según los criterios DSM-IV) de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad Autónoma y en un año dado.

“Se define como **caso de admisión a tratamiento**, a efectos de notificación, la persona admitida a tratamiento ambulatorio, por abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva, en un centro de tratamiento, por primera vez en un año determinado, en una comunidad o ciudad autónoma del Estado Español.”<sup>24</sup>

“Se considera **tratamiento** cualquier intervención realizada por profesionales cualificados para eliminar el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas o reducir su intensidad, o lo que es lo mismo, para dejar o controlar el consumo de drogas. Se notificarán las admisiones a tratamiento cualquiera que sea su modalidad, tanto si su objetivo es la desintoxicación como si es el mantenimiento.”<sup>24</sup>

“Se considera **tratamiento ambulatorio** aquel tratamiento en que el paciente no pernocta en el centro”...“El criterio de pernocta no se aplicará a los centros penitenciarios cuando el tratamiento se realiza en uno de ellos. Se considera que la pernocta en estos centros no está relacionada con el tratamiento.”<sup>24</sup>

Las variables que se van a analizar en este estudio son las siguientes:

- **Datos sociodemográficos:** sexo, edad, situación laboral, nivel de estudios completado y residencia en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento.

- **Datos de consumo y tratamiento:** edad de inicio del consumo, edad de inicio del consumo problemático, número medio de años de consumo al inicio del tratamiento, vía principal de consumo, consumo de otras drogas en el último mes y fuente de referencia principal que deriva al recurso de tratamiento.

Se solicitó la aceptación del estudio por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, recibiendo un informe favorable para su desarrollo que se adjunta en el *Anexo III: Informe CEIC HCUV*.

#### **Análisis estadístico:**

Se han comparado los datos de los años 2008 y 2015 recogidos por el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (Fichero de datos "SAITCyL") mediante una aplicación informática específica, volcados posteriormente en el programa Excell y analizados mediante el programa SPSS Statistics 19. Para estudiar diferencias en las variables cuantitativas continuas se ha utilizado la media, comparándolas a través de la prueba T de Student. Para analizar las variables categóricas se ha realizado la comparación de proporciones a través del test Chi-cuadrado de Pearson. En los resultados se indican las variables en las que se han observado diferencias estadísticamente significativas, con un p-valor <0,05 para un intervalo de confianza al 95%.

### **5. RESULTADOS**

Los resultados obtenidos se han desglosado en tres categorías:

- **Tratamientos totales por consumo de cannabis:** total de los pacientes admitidos a tratamiento ambulatorio por dependencia de cannabis.
- **Tratamientos por cannabis con tratamiento previo por la misma droga:** aquellos pacientes admitidos a tratamiento por dependencia de cannabis que ya habían recibido previamente tratamiento por esa sustancia.
- **Tratamientos por cannabis sin tratamiento previo por dicha droga:** aquellos pacientes admitidos a tratamiento por dependencia de cannabis por primera vez en su vida.

Las tablas completas con el análisis de los resultados se adjuntan en el *Anexo IV: Tablas de resultados*.

## 5.1. TRATAMIENTOS TOTALES POR CONSUMO DE CANNABIS

El total de casos admitidos a tratamiento ambulatorio en el año 2008 cuya droga principal era el cannabis fue de 147, representando el 7,3% del total de las admisiones por drogas, mientras que, en el año 2015, los tratamientos por cannabis ascendieron a 385 casos, constituyendo el 29,8% del total. Esto supone un aumento estadísticamente significativo en el peso de las admisiones por esta droga (IC 95%:19,8-25,3).

### 5.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El perfil del paciente ambulatorio (*Tabla 1*) en el año 2015 es el de un varón (89,4%) joven de 27,5 años, desempleado (50,9%), con los estudios primarios completados (42,1%) y que reside en casa, piso o apartamento (78,4%).

TABLA 1. TOTAL DE CASOS ADMITIDOS POR CANNABIS: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	2008	2015	p-valor	IC al 95%
Sexo (%)				
Hombre	83,7	89,4	0,096	-1,0 – 12,4
Mujer	16,3	10,6	0,096	-12,4 – 1,0
Edad media (años)				
Hombre	25,9	27,5	0,097	-0,3 – 3,4
<b>Mujer</b>	<b>23,6</b>	<b>30,2</b>	<b>0,006</b>	2,1 – 11,1
<b>Total</b>	<b>25,5</b>	<b>27,8</b>	<b>0,010</b>	0,5 – 3,9
Situación laboral (%)				
Trabaja	28,6	22,3	0,143	-14,6 – 2,2
Desempleo	49,7	50,9	0,781	-8,3 – 10,8
<b>Estudia</b>	<b>14,3</b>	<b>21,6</b>	<b>0,041</b>	0,3 – 14,3
Incapacidad	4,8	3,6	0,562	-5,0 – 2,8
Nivel de estudios completados (%)				
Sin completar estudios primarios	8,8	13,0	0,176	-1,8 – 9,6
Primarios	33,3	42,1	0,058	-0,3 – 17,8
<b>Secundarios, Bachillerato o ciclos formativos</b>	<b>53,1</b>	<b>39,3</b>	<b>0,004</b>	-23,3 – -4,4
Universitarios	2,0	3,4	0,361	-1,6 – 4,2
Residencia en los últimos 30 días (%)				
<b>Casa, piso o apartamento</b>	<b>86,4</b>	<b>78,4</b>	<b>0,023</b>	-14,9 – -1,1
<b>Centro penitenciario o similar</b>	<b>12,2</b>	<b>6,2</b>	<b>0,042</b>	-11,8 – -0,2
<b>En otras instituciones</b>	<b>0,7</b>	<b>12,2</b>	<b>0,000</b>	8,0 – 15,1

Comparando los datos del año 2008 con los del año 2015, se han obtenido las siguientes diferencias significativas:

- La edad media ha aumentado en mujeres (de 23,6 a 30,2 años) y en ambos sexos (de 25,5 a 27,8 años).
- La proporción de pacientes que están estudiando ha aumentado (de 14,3% a 21,6%).
- Ha disminuido la relación de pacientes con estudios secundarios, bachillerato o ciclos formativos (de 53,1% a 39,3%).
- También ha disminuido el porcentaje de pacientes que residen en casa, piso o apartamento (de 86,4% a 78,4%) y en centros penitenciarios (de 12,2% a 6,2%). Sin embargo, se ha incrementado el número de pacientes que residen en otras instituciones (de 0,7% a 12,2%).

### 5.1.2. VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO

En cuanto al perfil actual del consumo (*Tabla 2*), la edad de inicio está en los 15,3 años, mientras que la del consumo problemático se sitúa en los 18,2 años. El número medio de años de consumo hasta que demandan tratamiento es de 12,3 años. La vía principal de consumo es fumada o inhalada (92,7%) y en un bajo porcentaje se acompaña de consumo de alcohol (13,8%) o cocaína (13,0%) en el último mes. Estos pacientes acuden a tratamiento por iniciativa propia (24,7%) o son referidos desde los servicios legales policiales (24,2%).

<b>TABLA 2. TOTAL DE CASOS ADMITIDOS POR CANNABIS: VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO</b>				
<i>Variable</i>	<i>2008</i>	<i>2015</i>	<i>p-valor</i>	<i>IC al 95%</i>
Edad media al inicio del consumo (años)				
Hombre	15,3	15,0	0,482	-0,9 – 0,4
<b>Mujer</b>	<b>15,1</b>	<b>18,1</b>	<b>0,047</b>	0,0 – 5,9
Total	15,2	15,3	0,768	-0,6 – 0,8
Edad media al inicio del consumo problemático (años)				
Hombre	17,2	17,9	0,243	-0,4 – 1,7
Mujer	17,5	20,8	0,058	-0,1 – 6,7
Total	17,3	18,2	0,077	-0,1 – 1,9
<b>Número medio de años de consumo (años)</b>	<b>10,0</b>	<b>12,3</b>	<b>0,004</b>	0,7 – 3,8
Vía principal de consumo (%)				
<b>Oral</b>	<b>2,1</b>	<b>7,3</b>	<b>0,003</b>	1,8 – 8,7
<b>Fumada/inhalada</b>	<b>97,3</b>	<b>92,7</b>	<b>0,016</b>	-8,2 – -0,8
Esnifada	0,7	0,0	0,308	-2,0 – 0,6
Consumo de otras drogas en el último mes (%)				
Heroína	0,0	0,5	0,153	-0,2 – 1,2
Cocaína	19,7	13,0	0,067	-14,0 – 0,5
MDMA y similares	2,0	2,3	0,815	-2,4 – 3,0
Otros estimulantes	12,2	8,6	0,225	-9,7 – 2,3
Hipnóticos y sedantes	2,0	3,1	0,453	-1,8 – 3,9
Alucinógenos	0,7	0,8	0,885	-1,5 – 1,7
<b>Alcohol</b>	<b>23,1</b>	<b>13,8</b>	<b>0,016</b>	-17,0 – -1,7

Fuente de referencia principal (%)				
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	4,1	2,9	0,496	-4,8 – 2,4
Médico general, atención primaria de salud	4,8	1,6	0,084	-6,9 – 0,5
<b>Hospital u otros servicios de salud</b>	<b>2,7</b>	<b>6,5</b>	<b>0,039</b>	0,2 – 7,4
Servicios sociales	3,4	3,6	0,877	-3,2 – 3,7
<b>Prisión, centro de reforma o internamiento cerrado de menores</b>	<b>9,5</b>	<b>15,8</b>	<b>0,038</b>	0,3 – 12,3
<b>Servicios legales policiales</b>	<b>8,2</b>	<b>24,2</b>	<b>0,000</b>	9,8 – 22,1
Empresa o empleador	0,0	0,5	0,153	-0,2 – 1,2
Familiares o amigos	21,8	15,6	0,108	-13,8 – 1,4
<b>Por iniciativa propia</b>	<b>39,5</b>	<b>24,7</b>	<b>0,001</b>	-23,8 – -5,8

En comparación con los datos de 2008, se han obtenido las siguientes diferencias significativas:

- La edad media del inicio del consumo en mujeres ha aumentado de 15,1 a 18,1 años.
- El número medio de años de consumo hasta el inicio del tratamiento también ha aumentado de 10 a 12,3 años.
- En cuanto a la vía principal de consumo, se ha producido un descenso en el uso de la vía fumada o inhalada (de 97,3% a 92,7%), mientras que se ha incrementado el porcentaje de la vía oral (de 2,1% a 7,3%).
- En el consumo de otras drogas durante los 30 días previos, la única variación estadísticamente significativa se ha producido en el consumo de alcohol, el cual se ha visto reducido de 23,1% a 13,8%.
- En cuanto a la fuente de referencia principal, ha aumentado el número de pacientes referidos desde hospital (de 2,7% a 6,5%), desde prisión o centros de reforma (de 9,5% a 15,8%) y especialmente desde los servicios legales policiales (de 8,2% a 24,2%). Sin embargo, ha disminuido el porcentaje de pacientes que demandan tratamiento por iniciativa propia (de 39,5% a 24,7%).

## **5.2. PACIENTES CON TRATAMIENTO PREVIO POR CONSUMO DE CANNABIS**

El número de casos que habían sido tratados previamente por esta misma sustancia fue de 34 casos en el año 2008, lo que suponía un 2,9% de todos los casos con tratamientos anteriores por alguna sustancia; esta cifra aumentó en el año 2015 a 113 casos, representando el 15,2% de todos los casos que habían recibido tratamiento previo. Este aumento es estadísticamente significativo, con un IC 95%: 9,6–15,1.

### **5.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

El perfil en el año 2015 de los pacientes con tratamiento previo por dependencia de cannabis es el de un varón (88,5%) de 28,4 años, desempleado (60,2%) y con los estudios primarios completados (43,4%), residente en casa, piso o apartamento (71,7%).

Si se comparan los datos de este grupo de pacientes entre los años 2008 y 2015, se obtienen las siguientes diferencias significativas (*Anexo IV-1*):

- El porcentaje de pacientes sin completar los estudios primarios ha aumentado de un 2,9% a un 15,9%, y los pacientes con estudios secundarios, bachillerato o ciclos formativos han descendido de un 58,8% a un 32,7%.
- El número de pacientes residentes en otras instituciones ha aumentado, pasando de un 0% a un 13,3%.

### **5.2.2. VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO**

Su perfil actual de consumo establece la edad de inicio en los 14,9 años, comenzando el consumo problemático a los 17,1 años; el número de años de consumo hasta demandar tratamiento es de 13 años. La vía principal de consumo es la fumada/inhalada (92,9%), se acompaña en un 13,3% de consumo de cocaína y en un 9,7% de otros estimulantes. Estos pacientes vienen referidos por iniciativa propia (28,3%) o desde prisión, centros de reforma o internamiento cerrado de menores (23,9%).

Comparando los datos de los pacientes con tratamiento previo por cannabis entre los años 2008 y 2015, se obtienen las siguientes diferencias significativas (*Anexo IV-1*):

- El consumo de alcohol en los 30 días previos ha descendido de un 26,5% a un 7,1%.
- Ha aumentado la referencia de estos pacientes desde prisiones, centros de reforma o centros de internamiento de menores, pasando de un 5,9% a un 23,9%.

### **5.3. PACIENTES SIN TRATAMIENTO PREVIO POR CONSUMO DE CANNABIS**

El número de casos (n=112) que no habían recibido nunca tratamiento por cannabis supuso en el año 2008 un 16,3% de todos los primeros casos de tratamiento por drogas; en el año 2015 estos casos ascendieron a 270, suponiendo el 50,7% sobre el total de primeros tratamientos. Este aumento es estadísticamente significativo (IC 95%: 29,3-39,5).

#### **5.3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

El perfil actual de los pacientes sin un tratamiento previo por cannabis es de un varón (89,6%) de 27 años, desempleado (47,0%), con los estudios primarios completados (41,5%) y que reside en casa, piso o apartamento (81,1%).

Analizando las diferencias significativas entre los años 2008 y 2015 se han obtenido las siguientes (*Anexo IV-2*):

- En cuanto a la distribución por sexos, ha aumentado el porcentaje de hombres (de 81,3% a 89,6%) y ha disminuido el de mujeres (de 18,8% a 10,4%).
- La edad media de estos pacientes ha aumentado, pasando de 25,4 a 27,4 años, principalmente a expensas del aumento de la edad en mujeres (de 22,4 a 31,1 años).
- Ha disminuido el número de pacientes residentes en centros penitenciarios (de 12,5% a 4,1%), mientras que la residencia en otras instituciones ha aumentado (de 0,9% a 11,9%).

#### **5.3.2. VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO**

En relación al perfil de consumo y tratamiento, la edad de inicio de consumo se sitúa en los 15,5 años y el consumo problemático empieza a los 18,7 años. El número medio de años de consumo hasta que llegan a tratamiento es de 11,9 años. La vía principal de consumo es la fumada o inhalada (92,6%), y se acompaña de consumo previo de alcohol (16,7%) o cocaína (12,6%). Estos pacientes vienen referidos desde los servicios legales policiales (28,1%) o acuden por iniciativa propia (23,3%).

Analizando los datos entre los años 2008 y 2015, se han obtenido las siguientes diferencias significativas (*Anexo IV-2*):

- Ha aumentado la edad de inicio del consumo problemático, tanto en mujeres (de 17 a 21,5 años) como en total (de 17,3 a 18,7 años).
- También ha aumentado la media de años de consumo hasta que llegan a tratamiento, pasando de 9,8 a 11,9 años.
- Ha disminuido la vía de consumo fumada o inhalada (de 97,3% a 92,6%), y ha aumentado la vía oral (de 1,8% a 7,4%).
- Se ha incrementado el porcentaje de pacientes referidos desde los servicios policiales (de un 7,1% a un 28,1%), mientras que ha disminuido el número de pacientes que acuden por iniciativa propia (de 40,2% a 23,3%).

#### **5.4. PACIENTES CON TRATAMIENTO PREVIO VS PACIENTES SIN TRATAMIENTO**

Comparando los datos del año 2015 para ambos grupos (*Anexo IV-3*), se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables:

- El porcentaje de casos en tratamiento por cannabis respecto al total de drogas es mayor en el grupo de pacientes sin tratamiento previo (50,7% del total de casos) respecto al grupo con tratamiento previo (15,2%).
- La relación de pacientes desempleados es mayor en el grupo con tratamiento previo (60,2%) que en el grupo sin tratamiento (47,0%).
- El porcentaje de pacientes que residen en centros penitenciarios es mayor en el grupo de pacientes con tratamiento previo que en el otro grupo (11,5% frente a 4,1%).
- La edad media de inicio del consumo de los varones en el grupo sin tratamiento previo es ligeramente mayor que en el otro grupo (pasando de 14,4 a 15,2 años).
- La edad media del inicio del consumo problemático es mayor en los hombres y en el total de los pacientes sin tratamiento previo (aumentando de 16,7 a 18,4 años y de 17,1 a 18,7 años, respectivamente).
- Hay un mayor número de pacientes (16,7%) que han consumido alcohol el mes previo en el grupo de primeros tratamientos, en comparación con el

grupo con tratamiento previo, donde solo el 7,1% de pacientes ha consumido alcohol en los últimos 30 días.

- Los pacientes con un tratamiento previo vienen referidos más desde otros servicios de tratamiento de drogodependencias (6,2% frente a 1,5%) y desde prisión, centro de reforma o internamiento cerrado de menores (23,9% frente a 12,6%). Sin embargo, los pacientes que nunca han estado en tratamiento presentan una mayor referencia desde servicios sociales (5,2% frente a 0,0%) y desde servicios legales policiales (28,1% frente a 14,2%).

## **6. DISCUSIÓN**

El total de casos admitidos a tratamiento ambulatorio por consumo de cannabis en Castilla y León en el año 2015 presenta un perfil similar al descrito en el Informe 2016 del Plan Nacional Sobre Drogas, donde los pacientes tratados por consumo de cannabis en el año 2014 (últimos datos disponibles) fueron principalmente varones (84,2%) de 26,2 años, parados (45,2%), con la enseñanza primaria completada (55,7%) y residentes en casa, piso o apartamento (92,7%)<sup>21</sup>.

Respecto a la comparación del número de casos entre los años 2008 y 2015, destaca el aumento significativo de estos, ya que se ha cuadruplicado el número de pacientes, aumentando tanto los hombres como las mujeres. Esto concuerda con los datos nacionales, en los que la proporción de casos por cannabis respecto al total de admisiones en el año 2014 fue de un 33,7%<sup>21</sup>, y con los datos europeos, que indican que en 2014 los usuarios de cannabis constituyeron el segundo grupo más numeroso que acudió a tratamiento por drogodependencia, solo por debajo de los usuarios de opioides<sup>18</sup>. Se podría pensar que este aumento de los casos de tratamiento por cannabis viene determinado por un incremento paralelo de su consumo, sin embargo, analizando los datos de la encuesta EDADES 2013, el consumo de cannabis diario en los últimos 30 días no ha presentado casi variación en los últimos años (siendo en el año 2007 un 1,7% y en el año 2013 un 1,9%)<sup>16</sup>.

Se debe destacar el aumento de la edad media de los pacientes, debido principalmente a la mayor edad de las mujeres. Además, también se ha incrementado el porcentaje de los casos que estudian, circunstancia que podría estar relacionada con la situación económica actual. También ha aumentado el porcentaje que vive en otras instituciones, lo que puede ser una manifestación del incremento de los casos con situaciones sociales más complejas; sin embargo, sería necesario conocer el tipo de instituciones donde residen.

Por otro lado, la edad media del inicio de consumo se sitúa en la adolescencia, un periodo en el que se produce un desarrollo neurológico importante y donde la vulnerabilidad psicológica es mayor<sup>8</sup>, aunque en las mujeres se detecta un retraso significativo de la misma. Estos resultados son similares a los proporcionados por el Informe Europeo sobre Drogas 2016, que establece la edad de inicio del consumo de cannabis en los 16 años<sup>18</sup>, y el Informe 2016 del Plan Nacional Sobre Drogas, que sitúa la edad de inicio en los 15,6 años<sup>21</sup>. Sin embargo, la edad de inicio del consumo problemático se mantiene estable, lo que indica que los problemas aparecen con mayor rapidez, especialmente en las mujeres, que son más vulnerables a los efectos de las drogas<sup>25</sup>. Esto quizás muestra el mayor grado de adicción que pueden estar sufriendo los usuarios de cannabis, relacionado con el incremento de su potencia en los últimos años<sup>26,27</sup>. Además, los pacientes llegan a los recursos de tratamiento más tarde, pasando a ser la media de años de consumo de 10 en 2008 a 12,3 años en 2015, lo que puede implicar un mayor impacto sobre su salud.

En relación al consumo de otras drogas en el último mes, las más frecuentemente consumidas son el alcohol (que desciende significativamente), seguido por la cocaína y otros estimulantes. Es destacable la notable diferencia respecto al Informe 2016, donde las drogas más consumidas en estos pacientes fueron la cocaína (29,6%) y el alcohol (77%), situándose en niveles mucho mayores que en Castilla y León<sup>21</sup>.

La vía principal de consumo continúa siendo la fumada o inhalada, aunque desciende significativamente, mientras que la vía oral, a pesar de ser menos frecuente, ha aumentado; esto difiere de los datos nacionales, según los cuales el consumo oral de cannabis se mantiene estable en los últimos años (suponiendo en el año 2007 un 2,5% y en el año 2014 un 2,3%)<sup>21,28</sup>. Esto

puede estar relacionado con una menor percepción del riesgo del consumo oral de cannabis (cocinado con otros alimentos, en infusiones...), siendo este dato importante a la hora de incluir esta situación en los programas de prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Por último, en relación a la forma de acudir al recurso ambulatorio de tratamiento, se detecta un descenso de la llegada por iniciativa propia (aunque sigue siendo la principal), lo que puede indicar la falta de conciencia de enfermedad por dependencia de esta droga. A su vez, se detecta un importante aumento de las derivaciones desde los servicios legales o policiales, prisiones y centros de reforma o internamiento cerrado de menores, lo que puede deberse a la posibilidad de sustituir las multas administrativas por consumir en la vía pública y los cumplimientos alternativos de las penas por el inicio de un tratamiento<sup>18</sup>; esto ha podido condicionar el gran aumento del número de casos de tratamiento. También han aumentado de forma significativa las referencias desde los centros sanitarios, lo que puede indicar una mejora en la coordinación de ambos sistemas. Según un estudio realizado con pacientes de la Comunidad de Madrid, el consumo de cannabis y de alcohol es más grave en pacientes con patología dual (presencia de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo, dentro de un periodo concreto) que en pacientes adictos puros<sup>29</sup>, lo que aumenta la importancia de hacer un cribado sistemático de consumo de drogas desde la red de salud mental y una derivación y coordinación adecuada de los recursos.

En el año 2015, los nuevos tratamientos por cannabis supusieron la mitad de todos los primeros tratamientos por drogas; es decir, actualmente el cannabis es la sustancia principal por la que los pacientes son admitidos por primera vez a tratamiento. De nuevo, esto coincide con los datos europeos y nacionales; según estos últimos, en el año 2014 el cannabis fue la droga que causó un mayor número de primeras admisiones, con un 48,1%, seguido de la cocaína y los opioides<sup>21</sup>.

En estos pacientes, el perfil sociodemográfico ha variado respecto al año 2008; se debe destacar el aumento de la proporción de hombres, el aumento de la edad media (a expensas principalmente del aumento de la edad en mujeres) y el aumento de los residentes en otras instituciones. También ha aumentado la

edad de inicio del consumo problemático, aumentando el número de años de consumo hasta que llegan a tratamiento. Sin embargo, en este grupo no existe una disminución significativa del consumo concomitante de alcohol. Estos pacientes vienen referidos principalmente desde los servicios legales policiales, lo que refuerza el papel de esta institución en la prevención de drogodependencias.

De todos los pacientes que ya habían sido tratados anteriormente por dependencia de drogas en el año 2015, el cannabis supone un 15,2% del total. El perfil de estos pacientes se ha mantenido estable respecto al año 2008; sin embargo, destaca la gran reducción de los casos que consumen alcohol y el aumento en la referencia desde prisiones, centros de reforma o internamiento cerrado de menores.

## **7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

A pesar de que los tratamientos por drogodependencias son una parte fundamental de la Salud Pública, existe muy poca literatura relacionada con el tema principal de este estudio, es decir, las características de los pacientes consumidores de cannabis que acuden a tratamiento ambulatorio. El contraste de los resultados se ha realizado con los datos proporcionados por el Plan Nacional Sobre Drogas, por lo que resultaría de interés disponer de otros estudios para analizar y establecer analogías o diferencias con nuestros resultados.

Por otro lado, este estudio ha comparado los datos entre los años 2008 y 2015 de forma aislada, estableciendo diferencias significativas entre ambos; sin embargo, sería importante analizar longitudinalmente la evolución de las variables en los últimos años para poder establecer de forma más sensible tendencias en el perfil de los pacientes.

En cuanto a los datos recogidos sobre el nivel de estudios, en el año 2015 se desglosaron más categorías, por lo que se han tenido que agrupar para poder hacer la comparación con los datos del año 2008.

## **8. CONCLUSIONES**

- El cannabis se sitúa como la principal droga responsable de las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida tanto a nivel nacional como en la comunidad de Castilla y León.
- Este aumento puede estar determinado por un mayor impacto del consumo sobre los individuos y por un mayor número de casos que están realizando cumplimientos alternativos de condenas o sanciones.
- La reducción en el número de pacientes que demandan tratamiento por iniciativa propia refleja la falta de conciencia de enfermedad en relación con el consumo de cannabis.
- En Castilla y León, el aumento del número de años de consumo hasta demandar tratamiento podría mostrar la baja percepción del riesgo que la población tiene frente al consumo de esta sustancia, pero también puede indicar que los recursos de tratamientos no son bien conocidos por la población.
- El inicio del consumo problemático se detecta en la adolescencia y se relaciona con alteraciones en el proceso de maduración biológico y psicológico de los adolescentes, pudiendo tener consecuencias importantes como el desarrollo de psicosis si existen factores predisponentes, por lo que se deben reforzar los programas de prevención del consumo de drogas en ámbitos claves como son el familiar y el escolar.
- El aumento del consumo de cannabis por vía oral en Castilla y León se debe tener en cuenta en el abordaje de la información sobre esta droga en los programas de prevención de calidad.
- Un reto que surge en el momento actual es que la nueva clasificación del DSM-V puede producir un aumento del número de casos al haber incluido en la misma categoría el abuso y la dependencia, por lo que será necesario valorar en el futuro el impacto de este cambio.

## **9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. Br J Psychiatry. 2001;178(2):101-06.

2. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Cannabis II: Informes de la Comisión Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de publicaciones; 2009.
3. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC). Guía básica sobre los cannabinoides. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2002.
4. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.
5. Fergusson D. M, Horwood L. J, Ridder E. M. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction*. 2005; 100:354-66.
6. Power R. A, Verweij K. J. H, Zuhair M, Montgomery G. W, Henders A. K, Heath A. C, et al. Genetic predisposition to schizofrenia associated with increased use of cannabis. *Mol Psychiatry*. 2015; 19(11):1201-4.
7. Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. 2015; 110(1):19–35.
8. French L, Gray C, Leonard G, Perron M, Pike G. B, Richer L, et al. Early cannabis use, polygenic risk score for schizofrenia, and brain maturation in adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(10):1002-11.
9. Becoña E. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *C. Med. Psicosom*. 2014; 110:58-61.
10. Soenksen S, Stein L. A. R, Brown J. D, Stengel J. R, Rossi J. S, Lebeau R. Cannabis withdrawal among detained adolescents: exploring the impact of nicotine and race. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2015 April 1; 24(2):119–124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1067828X.2013.770379>
11. Sznitman S. R, Bretteville-Jensen A. L. Public opinion and medical cannabis policies: examining the role of underlying beliefs and national medical cannabis policies. *Harm Reduct J*. 2015;1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12954-015-0082-x>
12. Bierut T, Krauss M. J, Sowles S. J, Cavazos-Rehg P. A. Exploring marijuana advertising on Weedmaps, a popular online directory. *Prev Sci*. 2017; 18:183-192. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-016-0702-z>
13. Krauss M. J, Sowles S. J, Sehi A, Spitznagel E. L, Berg C. J, Bierut L. J, et al. Marijuana advertising exposure among current marijuana users in the U.S. *Drug Alcohol Depend*. 2017; 174:192-200. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.017>
14. Cavazos-Rehg P. A, Krauss M. J, Sowles S. J, Bierut L. J. Marijuana-related posts on Instagram. *Prev Sci*. 2016; 710-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-016-0669-9>
15. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
16. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

17. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. Vienna: United Nations publication; 2016.
18. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2016: Tendencias y novedades. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016.
19. Del Bosque J, Fernández C, Sánchez Huesca R, Díaz D. B, Gutiérrez López A. D, Fuentes Mairena A, et al. El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud Ment (Mex)*. 2013; 36(2):149-58.
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Treatment of cannabis-related disorders in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
21. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
22. Danovitch I, Gorelick D. A. State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 June; 35(2):309–26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.003>
23. González Lomba C, López Durán A. Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Health and Addictions*. 2017; 17(1):15-26.
24. Sistema de Información Sobre Drogas de Castilla y León. Indicador Admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas: Protocolo 2014. Castilla y León: Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidad. Comisionado Regional para la Droga; 2014.
25. Diputación de Alicante. Género y drogas: guía informativa. Alicante: Diputación de Alicante. Área de igualdad y juventud; 2012.
26. ElSohly M. A, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church J. C. Changes in Cannabis potency over the last two decades (1995-2014) - Analysis of current data in the United States. *Biol Psychiatry*. 2016 April 1; 79(7):613–619. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.01.004>
27. La marihuana. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2015.
28. Observatorio Español Sobre Drogas. Informe 2009: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
29. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013; 25(2):118-27.

## **10. ANEXOS**

### **ANEXO I: CRITERIOS CLÍNICOS DE DEPENDENCIA Y ABUSO**

#### **1.- Síndrome de dependencia (criterios CIE 10)**

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo.

Pautas para el diagnóstico: En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- a. Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia.
- b. Disminución de la capacidad para controlar el consumo e la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo).
- c. Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d. Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos.
- e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

#### **2.- Dependencia (criterios DSM-IV)**

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

### **3.- Abuso (criterios DSM-IV)**

A. Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

#### **4.- Trastorno por consumo de sustancias (DSM-V)**

Patrón problemático de consumo de una sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la misma.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la misma.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
  - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
  - b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia similar) para aliviar los síntomas de la abstinencia.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Con la publicación del **DSM-5** en el año 2013 se modificaron parcialmente los criterios para la dependencia de sustancias, eliminando los diagnósticos de “abuso” y “dependencia” y quedando el término “Trastornos relacionados con sustancias” como una suma de ambos. Además, se redujeron de tres a dos el número de ítems necesarios para su diagnóstico e incorporaron los siguientes ítems:

- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
- Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

# ANEXO II: HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



## HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

### I. DATOS BÁSICOS

1. Código de caso nacional \_\_\_\_\_
2. Nº de historia clínica o SIP \_\_\_\_\_
3. Dos primeras letras de los apellidos 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_
4. Número de centro \_\_\_\_\_
5. Tipo de centro de tratamiento  
01. Centro ambulatorio. 02. Centro penitenciario. 99. Desconocido \_\_\_\_\_
6. Fecha de admisión a trata. (dd-mm-aa) \_\_\_\_\_

### II. SOCIODEMOGRÁFICOS

7. Fecha de nacimiento (dd-mm-aa) \_\_\_\_\_
8. Sexo 01. Hombre. 02. Mujer. 99. Desconocido \_\_\_\_\_
9. País de nacimiento: \_\_\_\_\_
10. Provincia de residencia (ver códigos al dorso) \_\_\_\_\_
11. Lugar donde ha vivido (30 días previos a admisión) \_\_\_\_\_  
01. Casa, piso, apartamento. 02. Centro penitenciario (o similar).  
03. Otra institución. 04. Pensión, hostal, hotel.  
05. Alojamiento inestable/precario. 99. Desconocido.  
06. Otro lugar. Especificar: \_\_\_\_\_
12. Número de hijos \_\_\_\_\_
13. Convivencia (30 días previos a admisión) \_\_\_\_\_  
01. Solo/a 02. Únicamente con pareja  
03. Únicamente con hijos 04. Con pareja e hijos  
05. Con padres o familia de origen 06. Con amigos/as  
07. Detenido (Ej: centro penitenciario, centro de inserción social)  
08. En instituciones no detenidas (ej: albergue)  
99. Desconocido  
09. Otros. Especificar: \_\_\_\_\_
14. Máximo nivel de estudios completado \_\_\_\_\_  
01. No sabe leer ni escribir (ISCDE 0) 99. Desconocido  
02. No ha finalizado la Educación primaria obligatoria (ISCED 0)  
03. Ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria (ISCED 1)  
04. Ha finalizado la Educación Secundaria Obligatoria (ISCED 2)  
05. Ha finalizado bachillerato o ciclo formativo de grado medio (ISCED 3)  
06. Ha finalizado estudios superiores (ISCED 5 a 8)
15. Situación laboral en el momento de la admisión \_\_\_\_\_  
01. Con contrato o relación laboral indefinida o autónomo (aunque esté de baja)  
02. Con contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)  
03. Trabajando sin sueldo para la familia 04. Parado, NO habiendo trabajado antes  
05. Parado, habiendo trabajado antes 06. Incapacitado perm., pensionista  
07. Estudiando u opositando 08. Realizando exclus. labores del hogar  
99. Desconocido 09. Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

### III. DROGA PRINCIPAL

16. Droga principal por la que es admitido a tratamiento \_\_\_\_\_
17. Edad de inicio de consumo de la droga principal (99 Desc.) \_\_\_\_\_
18. Vía más frecuente de administración de la droga principal (últimos 30 días de consumo) \_\_\_\_\_  
01. Oral. 02. Pulmonar o fumada  
03. Intranasal o esnifada 04. Parenteral o inyectada  
99. Desconocida  
05. Otra. Especificar: \_\_\_\_\_
19. Frecuencia de consumo de la droga principal (30 días previos a admisión) \_\_\_\_\_  
01. Todos los días 02. 4-6 días/semana  
03. 2-3 días/semana 04. 1 día /semana  
05. Menos de 1 día/semana 06. No consumo  
99. Desconocida

### IV. OTRAS DROGAS CONSUMIDAS 30 DÍAS PREVIOS A LA ADMISIÓN

20. Otras drogas consumidas (30 días previos a admisión)  
a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_  
c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_  
9988. No más drogas 9999. Desconocida/s

21. Vía más frecuente de administración de otras drogas (últimos 30 días de consumo) ver codificación pregunta 18 (88. No procede)  
a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_
22. Frecuencia de consumo de otras drogas (30 días previos a admisión) ver codificación pregunta 19 (88. No procede)  
a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_
23. Policonsumo (01. Policonsumo. 02. Poliuso. 88. No procede.)  
a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

### V. TRATAMIENTOS

24. Fuente de referencia principal \_\_\_\_\_  
01. Otro servicio de tratamiento de drogodependencias  
02. Médico general, atención primaria de salud  
03. Hospital, otros servicios de salud 04. Servicios sociales  
05. Prisión, centro reforma o internamiento cerrado para menores  
06. Servicio legales o policiales 07. Empresa o empleador  
08. Familiares o amigos/as 09. Iniciativa propia  
10. Servicios de educación 99. Desconocida  
11. Otra. Especificar: \_\_\_\_\_
25. Ha recibido tratamiento previo por drogas \_\_\_\_\_  
01. Sí, por la MISMA DROGA por la que viene a tratarse actualmente  
02. Sí, por una DROGA DIFERENTE a la que viene a tratarse actualmente  
03. Sí, por la misma droga y por una droga diferente.  
04. NO, nunca. 99. Desconocido
26. Ha realizado tratamiento sustitutivo con opiáceos \_\_\_\_\_  
01. Nunca he recibido tratamiento sustitutivo con opiáceos.  
02. Alguna vez en la vida (pero no en el último año).  
03. En el último año (pero no en el último mes).  
04. En el último mes. 99. Desconocido.
27. Edad de primer tratamiento sustitutivo con opiáceos \_\_\_\_\_  
88. No procede 99. Desconocida
28. Sustancia con la que ha realizado tratamiento sustitutivo con opiáceos la última vez \_\_\_\_\_  
01. Metadona 02. Buprenorfina  
88. No procede 99. Desconocido  
03. Otros. Especificar: \_\_\_\_\_

### VI. INYECCIÓN

29. Uso vía inyectada \_\_\_\_\_  
01. Nunca se ha inyectado  
02. Se ha inyectado alguna vez en la vida (pero no en el último año)  
03. Se ha inyectado en el último año (pero no en el último mes)  
04. Se ha inyectado en el último mes 99. Desconocida
30. Edad primera inyección (88. No procede. 99. Desconocida) \_\_\_\_\_
31. Compartir jeringuillas/aguas \_\_\_\_\_  
01. Nunca ha compartido  
02. Ha compartido alguna vez en la vida (pero no en el último año)  
03. Ha compartido en el último año (pero no en el último mes)  
04. Ha compartido en el último mes 88. No procede  
99. Desconocido
32. Compartir material de inyección ver codificación pregunta 31 \_\_\_\_\_

### VII. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

33. Situación test VIH \_\_\_\_\_  
01. Nunca se ha realizado el test 02. Test realizado hace menos de 12 m.  
03. Test realizado hace más de 12 meses 99. Desconocido
34. Estado serológico frente VIH \_\_\_\_\_  
01. Positivo 02. Negativo  
03. Pendiente de resultado. 99. Desconocido
35. Situación test Hepatitis C ver codificación pregunta 33 \_\_\_\_\_
36. Estado serológico frente Hepatitis C ver cod. pregunta 34 \_\_\_\_\_
37. Situación Hepatitis B \_\_\_\_\_  
01. Nunca se ha realizado el test  
02. Inmune: vacunado (AC Anti HbS) o hepatitis B pasada (AC Anti HbC)  
03. No inmune 04. Portador crónico (HBs Ag positivo)  
99. Desconocido

## ANEXO III: INFORME CEIC



### COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)

Valladolid a 23 de marzo de 2017

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE del 23 de marzo de 2017, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 17-640	PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS RECURSOS AMBULATORIOS POR CONSUMO DE CANNABIS	I.P.: SUSANA REDONDO
TFG		EQUIPO: M <sup>a</sup> CRISTINA NOVOA
NO HCUV		COMISIONADO REGIONAL PARA LA DROGA RECIBIDO: 14-03-2017

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.

Dr. F. Javier Álvarez.  
CEIC Área de Salud Valladolid Este –  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid  
Farmacología  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Valladolid,  
c/ Ramón y Cajal 7,  
47005 Valladolid  
alvarez@med.uva.es,  
jalvarezgo@saludcastillayleon.es  
tel.: 983 423077



## ANEXO IV: TABLAS DE RESULTADOS

### IV.1 - CASOS EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE CANNABIS CON TRATAMIENTO PREVIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	2008	2015	p-valor	IC al 95%
Sexo (%)				
Hombre	91,2	88,5	0,626	-13,9 – 8,5
Mujer	8,8	11,5	0,626	-8,5 – 13,9
Edad media (años)				
Hombre	25,3	28,4	0,079	-0,4 – 6,7
Mujer	35,5	28,2	0,379	-70,6 – 55,9
Total	25,9	28,4	0,148	-0,9 – 5,9
Situación laboral (%)				
Trabaja	29,4	16,8	0,139	-29,4 – 4,2
Desempleo	58,8	60,2	0,870	-17,5 – 20,2
Estudia	8,8	15,9	0,228	-4,6 – 18,8
Incapacidad	2,9	5,3	0,499	-4,7 – 9,4
Otra	0,0	0,9	0,309	-0,8 – 2,6
Desconocido	0,0	0,9	-	-
Nivel de estudios completados (%)				
<b>Sin completar estudios primarios</b>	<b>2,9</b>	<b>16,8</b>	<b>0,004</b>	4,2 – 21,8
Primarios	38,2	43,4	0,579	-13,6 – 23,8
<b>Secundarios, Bachillerato o ciclo formativo</b>	<b>58,8</b>	<b>32,7</b>	<b>0,006</b>	-44,7 – -7,4
Universitarios	0,0	1,8	0,151	-0,7 – 4,2
Desconocido	0,0	5,3	-	-
Residencia en los últimos 30 días (%)				
Casa, piso o apartamento	85,3	71,7	0,065	-28,1 – 0,9
Centro penitenciario o similar	11,8	11,5	0,948	-12,6 – 12,1
<b>En otras instituciones</b>	<b>0,0</b>	<b>13,3</b>	<b>0,000</b>	7,0 – 19,5
Pensiones, hoteles, hostales	0,0	0,0	-	-
Alojamiento inestable/precario	0,0	0,9	-	-
Otro lugar	2,9	2,7	0,912	-6,7 – 6,1
Desconocido	0,0	0,0	-	-

VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO				
Variable	2008	2015	p-valor	IC al 95%
Edad media al inicio del consumo (años)				
Hombre	14,2	14,4	0,666	-1,0 – 1,5
Mujer	19,5	18,2	0,826	-62,3 – 59,6
Total	14,5	14,9	0,606	-1,0 – 1,8
Edad media al inicio del consumo problemático (años)				
Hombre	16,5	16,7	0,820	-1,8 – 2,2
Mujer	21,0	19,4	0,615	-13,4 – 10,2
Total	17,0	17,1	0,928	-1,9 – 2,0
Número medio de años de consumo (años)	10,8	13,0	0,142	-0,8 – 5,3
Vía principal de consumo (%)				
Oral	2,9	7,1	0,267	-3,3 – 11,5
Fumada/inhalada	94,1	92,9	0,783	-10,4 – 8,0
Esnifada	2,9	0,0	0,304	-8,6 – 2,7
Consumo de otras drogas en el último mes (%)				
Heroína	0,0	0,9	0,309	-0,8 – 2,6
Metadona	0,0	0,0	-	-
Otros opiáceos	0,0	0,9	0,309	-0,8 – 2,6
Cocaína	20,6	13,3	0,331	-22,3 – 7,6

MDMA y similares	0,0	2,7	0,078	-0,3 – 5,6
Otros estimulantes	14,7	9,7	0,448	-18,1 – 8,1
Hipnóticos y sedantes	5,9	3,5	0,582	-11,0 – 6,3
Alucinógenos	0,0	0,9	0,309	-0,8 – 2,6
<b>Alcohol</b>	<b>26,5</b>	<b>7,1</b>	<b>0,014</b>	<b>-35,0 – -3,8</b>
Mezcla heroína – cocaína	0,0	0,9	0,309	-0,8 – 2,6
Fuente de referencia principal (%)				
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	14,7	6,2	0,185	-21,2 – 4,2
Médico general, atención primaria de salud	2,9	0,9	0,487	-8,0 – 3,9
Hospital u otros servicios de salud	2,9	8,0	0,189	-2,5 – 12,6
Servicios sociales	2,9	0,0	0,304	-8,6 – 2,7
<b>Prisión, centro de reforma o internamiento cerrado de menores</b>	<b>5,9</b>	<b>23,9</b>	<b>0,002</b>	<b>6,9 – 29,2</b>
Servicios legales policiales	11,8	14,2	0,695	-10,2 – 15,0
Empresa o empleador	0,0	0,0	-	-
Familiares o amigos	17,6	12,4	0,458	-19,4 – 8,9
Por iniciativa propia	38,2	28,3	0,283	-28,2 – 8,4
Servicios de educación	-	0,0	-	-
Otra	2,9	6,2	0,369	-4,0 – 10,5
Desconocido	0,0	0,0	-	-

## IV.2 - CASOS EN TRATAMIENTO POR CONSUMO DE CANNABIS SIN TRATAMIENTO PREVIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	2008	2015	p-valor	IC al 95%
Sexo (%)				
<b>Hombre</b>	81,3	89,6	<b>0,042</b>	0,3 – 16,5
<b>Mujer</b>	18,8	10,4	<b>0,042</b>	-16,5 – -0,3
Edad media (años)				
Hombre	26,1	27,0	0,408	-1,3 – 3,2
<b>Mujer</b>	22,4	31,1	<b>0,002</b>	3,5 – 13,9
<b>Total</b>	25,4	27,4	<b>0,044</b>	0,1 – 4,0
Situación laboral (%)				
Trabaja	27,7	24,4	0,505	-13,0 – 6,5
Desempleo	47,3	47,0	0,940	-11,3 – 10,7
Estudia	16,1	24,1	0,064	-0,5 – 16,5
Incapacidad	5,4	3,0	0,305	-7,0 – 2,2
Otra	3,6	1,5	0,266	-5,8 – 1,6
Desconocido	0,0	0,0	-	-
Nivel de estudios completados (%)				
Sin completar estudios primarios	10,7	11,5	0,810	-6,1 – 7,6
Primarios	32,1	41,5	0,078	-1,1 – 19,8
Secundarios, Bachillerato o ciclo formativo	50,9	41,8	0,104	-20,0 – 1,9
Universitarios	2,7	4,1	0,463	-2,4 – 5,2
Desconocido	3,6	1,1	-	-
Residencia en los últimos 30 días (%)				
Casa, piso o apartamento	86,6	81,8	0,166	-13,3 – 2,4
<b>Centro penitenciario o similar</b>	12,5	4,1	<b>0,012</b>	<b>-15,0 – -1,9</b>
<b>En otras instituciones</b>	0,9	11,9	<b>0,000</b>	<b>6,7 – 15,2</b>
Pensiones, hoteles, hostales	0,0	0,0	-	-
Alojamiento inestable/precario	0,0	1,5	-	-
Otro lugar	0,0	1,5	-	-
Desconocido	0,0	0,0	-	-

VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO				
Variable	2008	2015	p-valor	IC al 95%
Edad media al inicio del consumo (años)				
Hombre	15,5	15,2	0,471	-1,1 – 0,5
Mujer	14,7	18,1	0,058	-0,1 – 6,9
Total	15,4	15,5	0,720	-0,7 – 1,0
Edad media al inicio del consumo problemático (años)				
Hombre	17,4	18,4	0,150	-0,3 – 2,2
<b>Mujer</b>	17,0	21,5	<b>0,045</b>	0,1 – 8,8
<b>Total</b>	17,3	18,7	<b>0,029</b>	0,1 – 2,5
<b>Número medio de años de consumo (años)</b>	9,8	11,9	<b>0,022</b>	0,3 – 3,9
Vía principal de consumo (%)				
<b>Oral</b>	1,8	7,4	<b>0,005</b>	1,7 – 9,6
<b>Fumada/inhalada</b>	97,3	92,6	<b>0,031</b>	-9,1 – -0,4
Esnifada	0,0	0,0	-	-
Consumo de otras drogas en el último mes (%)				
Heroína	0,0	0,4	0,310	-0,4 – 1,1
Metadona	0,0	0,0	-	-
Otros opiáceos	0,0	0,0	-	-
Cocaína	19,6	12,6	0,096	-15,4 – 1,3
MDMA y similares	2,7	2,2	0,781	-3,9 – 3,0
Otros estimulantes	11,6	7,8	0,260	-10,6 – 2,9
Hipnóticos y sedantes	0,9	3,0	0,126	-0,6 – 4,7
Alucinógenos	0,9	0,7	0,865	-2,2 – 1,9
Alcohol	22,3	16,7	0,209	-14,6 – 3,2
Mezcla heroína – cocaína	0,0	0,0	-	-
Fuente de referencia principal (%)				
Otro servicio de tratamiento de drogodependencias	0,9	1,5	0,598	-1,7 – 2,8
Médico general, atención primaria de salud	5,4	1,9	0,122	-8,0 – 1,0
Hospital u otros servicios de salud	2,7	5,6	0,161	-1,2 – 6,9
Servicios sociales	3,6	5,2	0,456	-2,7 – 6,0
Prisión, centro de reforma o internamiento cerrado de menores	10,7	12,6	0,585	-5,1 – 8,8
<b>Servicios legales policiales</b>	7,1	28,1	<b>0,000</b>	13,8 – 28,2
Empresa o empleador	0,0	0,7	-	-
Familiares o amigos	22,3	17,0	0,241	-14,2 – 3,6
<b>Por iniciativa propia</b>	40,2	23,3	<b>0,001</b>	-27,2 – -6,5
Servicios de educación	-	0,0	-	-
Otra	7,1	3,7	0,197	-8,7 – 1,8
Desconocido	0,0	0,4	-	-

### IV.3 - AÑO 2015. PACIENTES CON TRATAMIENTO PREVIO VS PACIENTES SIN TRATAMIENTO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	Con tratamiento previo	Sin tratamiento previo	p-valor	IC al 95%
Sexo (%)				
Hombre	88,5	89,6	0,748	-5,8 – 8,1
Mujer	11,5	10,4	0,748	-8,1 – 5,8
Edad media (años)				
Hombre	28,4	27,0	0,209	-3,7 – 0,8
Mujer	28,2	31,1	0,345	-3,6 – 9,5

Total	28,4	27,4	0,361	-3,1 – 1,1
Situación laboral (%)				
Trabaja	16,8	24,4	0,082	-1,0 – 16,2
<b>Desempleo</b>	<b>60,2</b>	<b>47,0</b>	<b>0,017</b>	<b>-24,0 – -2,3</b>
Estudia	15,9	24,1	0,059	-0,3 – 16,6
Incapacidad	5,3	3,0	0,318	-6,9 – 2,3
Otra	0,9	1,5	0,603	-1,7 – 2,
Desconocido	0,9	0,0	-	-
Nivel de estudios completados (%)				
Ni leer ni escribir	0,9	0,0	-	-
Sin completar estudios primarios	15,9	11,5	0,260	-12,2 – 3,3
Primarios	43,4	41,5	0,734	-12,7 – 9,0
Secundarios	22,1	24,8	0,568	-6,5– 11,9
Bachillerato o ciclo	10,6	17,0	0,082	-0,8 – 13,7
Universitarios	1,8	4,1	0,182	-1,1 – 5,7
Desconocido	5,3	1,1	0,057	-8,5 – 0,1
Residencia en los últimos 30 días (%)				
Casa, piso o apartamento	71,7	81,1	0,052	-0,1– 19,0
<b>Centro penitenciario o similar</b>	<b>11,5</b>	<b>4,1</b>	<b>0,022</b>	<b>-13,8 – -1,1</b>
En otras instituciones	13,3	11,9	0,704	-8,8 – 5,9
Pensiones, hoteles, hostales	0,0	0,0	-	-
Alojamiento inestable/precario	0,9	1,5	0,603	-1,7 – 2,8
Otro lugar	2,7	1,5	0,485	-4,5 – 2,1
Desconocido	0,0	0,0	-	-

VARIABLES DE CONSUMO Y TRATAMIENTO				
Variable	Con tratamiento previo	Sin tratamiento previo	p-valor	IC al 95%
Edad media al inicio del consumo (años)				
<b>Hombre</b>	<b>14,4</b>	<b>15,2</b>	<b>0,011</b>	0,2 – 1,4
Mujer	18,2	18,1	0,984	-4,9 – 4,8
Total	14,9	15,5	0,089	-0,1 – 1,4
Edad media al inicio del consumo problemático (años)				
<b>Hombre</b>	<b>16,7</b>	<b>18,4</b>	<b>0,010</b>	0,4 – 2,8
Mujer	19,4	21,5	0,435	-3,5 – 7,7
<b>Total</b>	<b>17,1</b>	<b>18,7</b>	<b>0,010</b>	0,4 – 2,9
Número medio de años de consumo (años)	13,0	11,9	0,259	-3,1 – 0,8
Vía principal de consumo (%)				
Oral	7,1	7,4	0,910	-5,3 – 6,0
Fumada/inhalada	92,9	92,6	0,910	-6,0– 5,3
Esnifada	0,0	0,0	-	-
Consumo de otras drogas en el último mes (%)				
Heroína	0,9	0,4	0,590	-2,4 – 1,4
Cocaína	13,3	12,6	0,857	-8,1 – 6,7
MDMA y similares	2,7	2,2	0,806	-3,9 – 3,0
Otros estimulantes	9,7	7,8	0,545	-9,7 – 2,3
Hipnóticos y sedantes	3,5	3,0	0,775	-8,3 – 4,4
Alucinógenos	0,9	0,7	0,888	-2,2 – 1,9
<b>Alcohol</b>	<b>7,1</b>	<b>16,7</b>	<b>0,004</b>	3,1–16,1
Fuente de referencia principal (%)				
<b>Otro servicio de tratamiento de drogodependencias</b>	<b>6,2</b>	<b>1,5</b>	<b>0,048</b>	-9,4 – 0,0
Médico general, atención primaria de salud	0,9	1,9	0,422	-1,4 – 3,3
Hospital u otros servicios de salud	8,0	5,6	0,407	-8,1 – 3,3
<b>Servicios sociales</b>	<b>0,0</b>	<b>5,2</b>	<b>0,000</b>	2,5 – 7,8
<b>Prisión, centro de reforma o internamiento</b>	<b>23,9</b>	<b>12,6</b>	<b>0,012</b>	-20,1 – -2,5

<b>cerrado de menores</b>				
<b>Servicios legales policiales</b>	<b>14,2</b>	<b>28,1</b>	<b>0,001</b>	5,6 – 22,4
Empresa o empleador	0,0	0,7	0,156	-0,3 – 1,8
Familiares o amigos	12,4	17,0	0,228	-2,9 – 12,2
Por iniciativa propia	28,3	23,3	0,315	-14,7– 4,7
Otra	6,2	3,7	0,327	-7,5 – 2,5
Desconocido	0,0	0,4	0,316	-0,4 – 1,1