


INFORME SOBRE LAS ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO EN ANDALUCÍA 2004



**Dirección General para las
Drogodependencias y Adicciones**

Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Índice

INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGÍA	4
RESULTADOS EN ANDALUCÍA.....	6
1. Evolución del nº de admisiones y readmisiones	6
1.1. Admisiones y readmisiones a tratamiento por provincia, 2004 .	10
1.2. Admisiones y readmisiones a tratamiento en prisión, 2004	11
1.3. Admisiones y readmisiones a tratamiento de pacientes menores de edad, 2004	12
1.4. Admisiones y readmisiones a tratamiento de pacientes nacidos fuera de España, 2004	13
2. Perfil de los admitidos y readmitidos a tratamiento según sustancia principal	15
2.1. Sustancias psicoactivas	16
2.1.1. Admisiones y readmisiones a tratamiento.....	16
2.1.2. Características sociodemográficas	17
2.1.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	24
2.1.4. Aspectos relacionados con el consumo	28
2.1.5. Trastornos somáticos y psicológicos.....	32
2.2. Tabaco	38
2.2.1. Admisiones a tratamiento	38
2.2.2. Características sociodemográficas	38
2.2.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	41
2.2.4. Aspectos relacionados con el consumo	43
2.2.5. Estado de salud de los pacientes.....	45
2.2. Juego patológico	46
2.3.1. Admisiones a tratamiento	46
2.3.2. Características sociodemográficas	46
2.3.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	49
2.3.4. Aspectos relacionados con la dependencia	51
2.3.5. Aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas	53
CONCLUSIONES	55

Introducción

El indicador admisiones y readmisiones a tratamiento en Andalucía se define como el número de admisiones y readmisiones a tratamiento en los centros ambulatorios por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas, recogidas en la clasificación de sustancias adoptada por el Sistema estatal de información permanente sobre adicciones a drogas (SEIPAD) y de dependencias sin sustancia (juego patológico). Se trata, por tanto, de un indicador de prevalencia de la morbilidad asistida.

El indicador tratamiento nos ofrece información sobre características sociodemográficas, sanitarias y de pautas de consumo de la población que es admitida a tratamiento en la red asistencial en Andalucía. Esta información permite definir perfiles de los usuarios de la red en función de su tipo de adicción, resultando muy útil para elaborar estrategias preventivas y de intervención en determinados sectores de la población andaluza. Así mismo, es una información valiosa para conocer cambios en las pautas de consumo que indiquen futuras tendencias. Este indicador tiene, por tanto, una gran importancia para ajustar el servicio ofertado a las necesidades de los pacientes.

Se articula como un elemento del Sistema de Evaluación del área de atención socio-sanitaria planteado desde el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (II PASDA) y constituye, de esta forma, un instrumento útil para evaluar las nuevas necesidades y los cambios que se van produciendo dentro de esta área.

Finalmente, otra de las características que determinan su importancia es la posibilidad de relacionarlo con los datos de otros indicadores tales como el indicador urgencias o el indicador mortalidad. La combinación de la información proveniente de estos tres indicadores nos aporta información sobre tendencias emergentes de consumo problemático de sustancias así como de otras adicciones, a las que la red de atención socio-sanitaria debe dar respuesta.

Para la realización del presente informe se extrajo la base de datos del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, el día 14 de enero de 2005.

Metodología

Instrumento

La recogida de la información del indicador tratamiento se realiza a través de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (en adelante FIBAT). En la misma se incluye, principalmente, información sobre tres áreas que vienen indicadas por el Centro de Monitorización Europeo sobre Drogas y Adicciones (EMCDDA, 2000):

- Información sobre variables socio-demográficas
- Aspectos relacionados con el inicio del tratamiento
- Información relacionada con la adicción que motiva el tratamiento.

El EMCDDA ha consensuado una serie de ítems comunes para los centros ambulatorios de Europa, que le comunican. De esta forma, se pretende disponer de una base de datos que permita comparar y extraer los distintos perfiles de las personas que solicitan tratamiento.

Otros de los ítems que se utilizan en la FIBAT están propuestos por la Comunidad Autónoma Andaluza. La inclusión de éstos responde a la necesidad de ajustarse a los patrones de consumo y a las características poblacionales que se dan específicamente en Andalucía y a los objetivos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA).

Procedimiento

La recogida de los datos a través de la FIBAT se realiza en el momento en el que se produce la admisión a un tratamiento, no siendo esta información recogida en aquellas situaciones en las que las personas sólo solicitan información sin requerir su inclusión en un proceso terapéutico.

A partir del año 2003 la recogida de estos datos se lleva a cabo a través de una aplicación web informatizada. Esta tecnología permite disponer de los datos recogidos en tiempo real, es decir, los datos se vuelcan a la base de datos de forma inmediata en el momento de su grabación en la aplicación web. Esto supone poder realizar el tratamiento de datos de una forma ágil y el desarrollo de un sistema rápido de información.

Población

La población del presente informe está constituida por aquellas personas que son admitidas o readmitidas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado, por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia, en 2004.

A todas estas personas admitidas o readmitidas a tratamiento se les debe cumplimentar la FIBAT, lo que supone que se dispone de los datos de toda la población en estudio. Esto representa una gran ventaja para el posterior análisis estadístico de los datos, ya que no es necesario realizar inferencias para generalizar la información obtenida a la población.



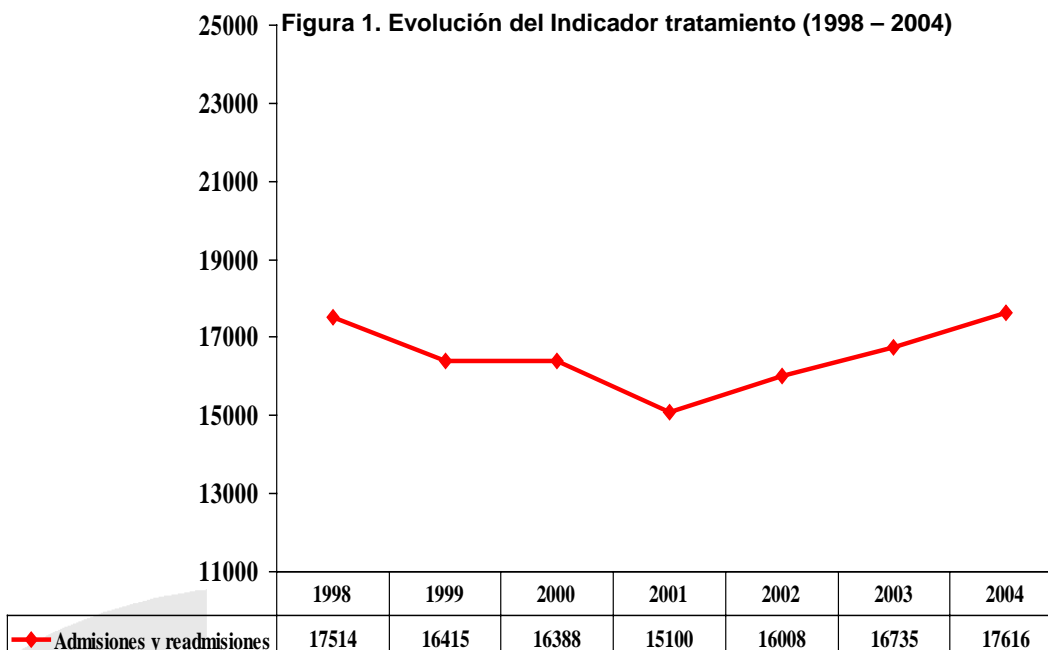
Resultados en Andalucía

1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO EN ANDALUCÍA

En 2004, se han producido en Andalucía un total de 17.616 admisiones y readmisiones a tratamiento, lo que supone 881 más que el año pasado.

La incorporación de los tratamientos motivados por juego patológico, el incremento de la demanda y, consiguientemente, la ampliación de la oferta de tratamiento por tabaco deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar el incremento del número total de FIBATs notificadas. Así, progresivamente pasamos de 15.100 registradas en 2001, a 16.008 en 2002, 16.735 en 2003 y 17.616 en 2004¹. Paralelamente, el número total de admisiones o readmisiones a tratamiento por sustancias ilegales ha disminuido durante estos años: 10.582 en 2001, 10.579 en 2002, 9.625 en 2003, aumentando levemente en 2004, con 9.729.

Figura 1. Evolución del Indicador tratamiento (1998 – 2004)



Al comparar la evolución del número de admisiones y readmisiones a tratamiento desde 1998, observamos que tras una progresiva reducción entre 1998 y 2001, se inicia un incremento del número total de FIBATs notificadas (Figura 1). Sin embargo, la composición por tipo de sustancia o adicción de la demanda de tratamiento ha variado sustancialmente, como tendremos ocasión de comprobar a lo largo de este informe.

¹ El nº total de admisiones y readmisiones correspondiente a 2003 que consta en febrero de 2005 en la base de datos del sistema de información es de 17.691. Esto se debe a que con posterioridad al corte de la base de datos para su análisis anual, han seguido introduciéndose FIBATs de pacientes de 2003. De igual forma, el nº de FIBAT correspondientes a 2004 se incrementará durante los primeros meses de 2005.

Es importante destacar el progresivo incremento del número de tratamientos motivados por **alcohol**, posicionándose en 2003 como el principal motivo de tratamiento, por delante de la heroína y/o 'rebujao'. En 2004 esta sustancia sigue siendo la que ocasiona un mayor número de demandas: 5.548 tratamientos debidos a la dependencia o abuso de alcohol, frente a 4.497 debidos a heroína y/o 'rebujao'. Es preciso tener en cuenta que a partir de 2002 se introducen más centros notificadores de tratamiento de alcohol.

Así mismo, desde su incorporación al indicador en 2002, los tratamientos por **tabaco** han incrementado notablemente su peso en la actividad asistencial de los centros de tratamiento ambulatorio. Aunque aumenta considerablemente, hay que tener en cuenta que no todos los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias atienden esta adicción; en 2002, sólo se asistía en 39 centros de tratamiento ambulatorio de los 110 centros públicos y concertados que componen la red asistencial andaluza, en 2003 se amplía a 54 centros y a 60 en 2004. Como complemento para el tratamiento de esta adicción, desde los centros de atención primaria y centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud se llevan a cabo tratamientos para el tabaquismo, aunque éstos no comunican los casos a la red de drogodependencias. Desde 2002 el número de admisiones a tratamiento por tabaco notificadas ha pasado de 573 a 2.121 en 2004.

En 2003 se incluye por primera vez las admisiones a tratamiento por **juego patológico** y se registran en Andalucía 174 admisiones a tratamiento en la red de drogodependencias por adicción al juego, pasando en 2004 a 218 notificaciones.

Es decir, nos encontramos ante una progresiva reducción de los tratamientos iniciados por drogas ilegales. Este descenso se debe principalmente a la reducción del número de tratamientos por heroína y/o "rebujao", ya que el número absoluto de tratamientos motivados por otras sustancias ilegales se incrementa, como ocurre, sobre todo, con las admisiones de cocaína y cannabis. Por otro lado, se produce un aumento del número de tratamientos motivados por las sustancias legales (alcohol y tabaco) y por juego patológico.



Tabla 1. Nº de admisiones y readmisiones a tratamiento motivadas por las diversas sustancias y adicciones

	2001	2002	2003	2004
Heroína y 'rebujao'	8411	6251	4941	4497
Otros opiáceos	116	144	420	268
Cocaína	1174	1728	2897	3565
Anfetaminas	10	9	13	27
MDMA	46	88	47	43
Hipnosedantes	60	103	119	174
Cannabis	593	895	1062	1101
Otras drogas	172	1361	126	54
Total ilegales	10.582	10.579	9.625	9.729
Alcohol	4518	4856	5311	5548
Tabaco*		573	1624	2121
Juego patológico**			174	218
Total legales	4.518	5.429	7.109	7.887
Total FIBATs	15.100	16.008	16.734	17.616

*Sustancia introducida en 2002.
** Sustancia introducida en 2003.

Como puede observarse en la tabla 1, en 2004, se ha producido un incremento en el número de fibats abiertas para todas las sustancias, excepto opiáceos y MDMA; pero los incrementos más notables se observan para las admisiones y readmisiones a tratamiento por tabaco y juego patológico, que son precisamente los dos tipos de adicciones que se han incorporado más tarde al indicador tratamiento.

Los datos correspondientes a 2004 confirman las tendencias observadas en 2003: así, en la tabla 2 observamos una progresiva reducción del peso porcentual de las sustancias ilegales en el total de admisiones y readmisiones a tratamiento, reducción que se basa en la importante caída de la heroína y del rebujao como sustancias principales, si bien se observa una tendencia al alza de la cocaína y el cannabis como causantes de la admisión a tratamiento.

Por otra parte, las adicciones de carácter legal (alcohol, tabaco y juego patológico) aumentan su peso proporcional en la demanda asistencial. Todo ello ha traído consigo un cambio importante en el perfil psico-social y de salud de los pacientes tratados en los centros de tratamiento ambulatorio, lo que implica una necesidad de adaptación a nuevas necesidades asistenciales de este tipo de pacientes.

Tabla 2. % de admisiones y readmisiones a tratamiento motivadas por las diversas sustancias y adicciones

	2001	2002	2003	2004
Heroína y 'rebujaos'	55,70%	39.05	29.22	25.53
Otros opiáceos	0.77	0.90	2.48	1.52
Cocaína	7.77	10.79	17.13	20.24
Anfetaminas	0.07	0.06	0.08	0.15
MDMA	0.30	0.55	0.28	0.24
Hipnosedantes	0.40	0.64	0.70	0.99
Cannabis	3.93	5.59	6.28	6.25
Otras drogas	1.14	8.51	0.76	0.31
Total ilegales	70.08	66.09	56.93	55.23
Alcohol	29.92	30.33	31.41	31.49
Tabaco*		3.58	9.60	12.04
Juego patológico**			2.06	1.24
Total FIBATs	15.100	16.008	16.735	17.616

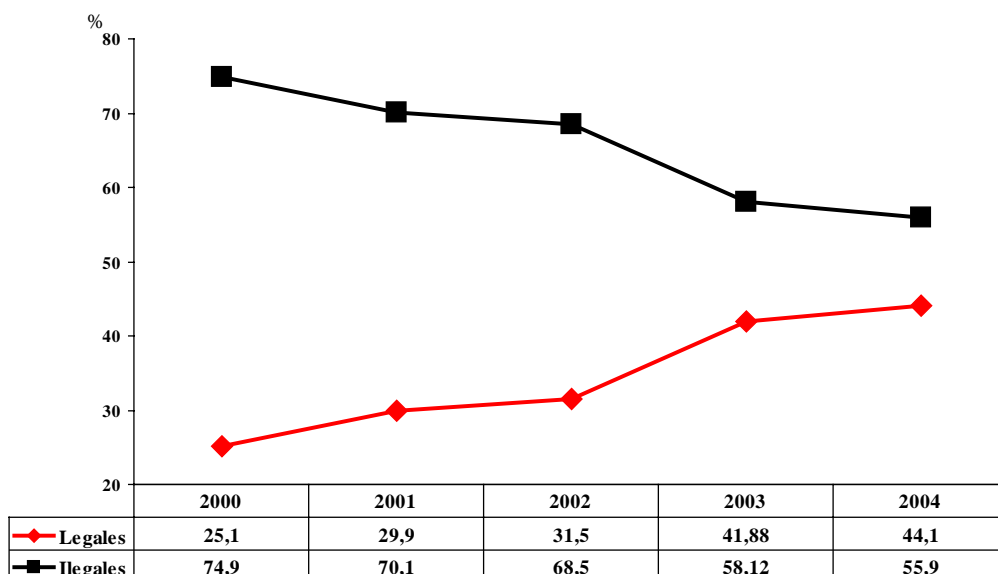
*Sustancia introducida en 2002.
** Sustancia introducida en 2003.

Si se diferencia entre las admisiones y readmisiones a tratamiento producidas por drogas legales (alcohol y tabaco) y las debidas a drogas ilegales (heroína, cocaína, cannabis, medicamentos sin la correcta utilización prescrita, etc.), se encuentra que, en 2004, un total de 7.887 (44.1%) admisiones a tratamiento son debidas a drogas legales, mientras que 9.729 (55.9%) son debidas a ilegales.

El progresivo incremento del peso proporcional de las sustancias legales en la actividad asistencial de los centros de tratamiento ambulatorio se observa claramente en la figura 2, que muestra la sostenida tendencia a la baja de las sustancias ilegales y el aumento proporcional de las admisiones a tratamiento por sustancias legales desde 2001.

Se han eliminado de este análisis las admisiones producidas por juego patológico con el fin de obtener resultados comparables a los años anteriores a la introducción de esta adicción en el indicador tratamiento.

Figura 2. Evolución de las admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales desde el año 2000.



Se excluye el juego patológico en el cálculo de porcentajes de 2003 y 2004.

En la figura anterior puede apreciarse cómo las admisiones a tratamiento por alcohol y tabaco representan un porcentaje cada vez mayor respecto al número total de demandas, mientras que el porcentaje de drogas ilegales va disminuyendo. Se confirma así la tendencia observada en los últimos años.

1.1. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO POR PROVINCIA, 2004.

Si las admisiones y readmisiones se analizan según la provincia en la que se encuentran los centros, en Almería se registraron 1.049, en Cádiz 2.916, en Córdoba 2.741, en Granada 1.951, en Huelva 1.152, en Jaén 1.151, en Málaga 2.546 y en Sevilla 3.750. Sevilla con un 21,3% y Cádiz (16,6%) vuelven a ser, en 2004, las provincias que mayor porcentaje de admisiones y readmisiones han notificado. Estas dos provincias son las que más notifican por sustancias ilegales y juego patológico; sin embargo, cuando se trata de tabaco y alcohol destaca la provincia de Córdoba, donde se han producido el 49% de las admisiones a tratamiento por tabaco y el 20,5% de las de alcohol. Hay que tener en cuenta que los profesionales de Córdoba prestan asistencia en dispositivos de Atención Primaria de Salud.

En la tabla 3, puede observarse el número de admisiones a tratamiento notificadas por provincia según se trate de sustancias psicoactivas ilegales, alcohol, tabaco o juego patológico:

Tabla 3. Número de FIBAT por provincia

Provincia	Sustancias ilegales	Alcohol	Tabaco	Juego patológico	Total FIBATS	Porcentaje
Almería	548	464	21	16	1049	6%
Cádiz	2142	651	61	62	2916	16.6%
Córdoba	546	1136	1040	19	2741	15.6%
Granada	1054	766	108	23	1951	11.1%
Huelva	833	204	103	12	1152	6.5%
Jaén	531	586	373	21	1511	8.6%
Málaga	1659	806	60	21	2546	14.5%
Sevilla	2416	935	355	44	3750	21.3%
Total Andalucía	9729	5548	2121	218	17.616	100%

1.2. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO EN PRISIÓN, 2004.

Hemos de tener en cuenta que un número considerable de los pacientes admitidos a tratamiento se encuentran en prisión: en 2004, han sido admitidos o readmitidos a tratamiento en prisión 1.074 pacientes, es decir, un 6,1% del total de las admisiones y readmisiones producidas. Prácticamente todas los admitidos a tratamiento que provienen de instituciones penitenciarias son por sustancias psicoactivas ilegales (1.041 fibats); se han abierto también 32 por alcohol y una por adicción al tabaco.

Tabla 4. Número de FIBAT por institución penitenciaria

Institución	Sustancias ilegales	Alcohol	Total FIBATS	Porcentaje
E.A.I.P. Puerto II	245	9	254	23,7%
E.A.I.P. Almería	17		17	1,6%
E.A.I.P. Córdoba	57		57	5,3%
E.A.I.P. Granada	61	4	65	6,1%
E.A.I.P. Huelva	146	10	156	14,5%
E.A.I.P. Jaén	31	3	34	3,2%
E.A.I.P. Málaga	82		82	7,6%
E.A.I.P. Sevilla II	180	4	184	17,1%
E.A.I.P. Algeciras	128	1	129	12%
E.A.I.P. Puerto I	67		67	6,2%
E.A.I.P. Alcalá de Guadaira	27	1	28	2,6%
Total	1.041	32	1.073	100%

Distinguiendo por tipo de sustancia por la que es admitido a tratamiento, observamos que el 75,5% de los pacientes en prisión, han sido admitidos por heroína y/o “rebujaos”, lo que representa un porcentaje muy superior al que representa dicha sustancia entre el total de los pacientes admisiones y readmitidos en Andalucía este año (25,53%).

Tabla 5. Número de FIBAT de pacientes en prisión por tipo de sustancia ilegal que motiva el tratamiento

Institución	Heroína (“Rebujaos”)	Otros opiáceos	Cocaína	Otras sustancias
E.A.I.P. Puerto II	163	3	77	2
E.A.I.P. Almería	12		4	1
E.A.I.P. Córdoba	57			
E.A.I.P. Granada	50	2	8	1
E.A.I.P. Huelva	131	5	9	1
E.A.I.P. Jaén	17	2	11	1
E.A.I.P. Málaga	62	2	16	2
E.A.I.P. Sevilla II	140		39	1
E.A.I.P. Algeciras	90	5	27	6
E.A.I.P. Puerto I	66	1		
E.A.I.P. Alcalá de Guadaira	23	1	3	
Total	811	21	194	15

1.3. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO DE PACIENTES MENORES DE EDAD, 2004.

Del total de pacientes admitidos a tratamiento en 2004, 474 son menores de edad (2,7% del registro total de 2004). De ellos, 429 han sido admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, 21 por alcohol, 20 por tabaco y 4 por juego patológico.

Entre los menores admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 277 (58,4% del total de menores) lo han sido por cannabis y 112 (23,6%) por cocaína. Los hipnóticos y sedantes son la droga principal de admisión a tratamiento para el 2,1% de los menores, el mismo porcentaje corresponde a los admitidos por heroína y/o “rebujaos” y el MDMA para el 1,1%.

Tabla 6. Droga o dependencia principal por la que es admitido a tratamiento. Menores de edad

Dependencia principal	n	%
Cannabis	277	58,4
Cocaína	112	23,6
Hipnóticos y sedantes	10	2,1
Heroína y/ "rebujaos"	10	2,1
Otros opiáceos	3	0,6
Sustancias volátiles	6	1,3
MDMA (éxtasis) y otros derivados	5	1,1
Alucinógenos	3	0,6
Anfetaminas	2	0,4
Sustancias psicoactivas sin especificar	1	0,2
Alcohol	21	4,4
Tabaco	20	4,2
Juego patológico	4	0,8
Total	474	100

En función del género, observamos que 109 de los 474 menores son mujeres, es decir, las mujeres representan el 23% de los pacientes menores de 18 años admitidos a tratamiento, mientras que los hombres son el 77%. Este porcentaje es superior al representado por las mujeres en el total de pacientes admitidos a tratamiento (17,5% de mujeres), lo que puede estar indicando una progresiva incorporación de la mujer joven al abuso y a la dependencia de sustancias psicoactivas.

1.4. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO DE NACIDOS FUERA DE ESPAÑA, 2004.

En 2004, 703 inmigrantes fueron admitidos a tratamiento, es decir, un 4% del total de admisiones y readmisiones realizadas correspondieron a esta población.

De los 703 pacientes nacidos fuera de España, 306 proceden de la Unión Europea, 63 de otros países europeos, 136 proceden del Magreb, 19 del resto de África, 144 de América Latina, 23 de Asia, 9 de Estados Unidos, 2 de Australia y uno de Canadá.

Tabla 7. Pacientes admitidos procedentes de fuera de España

	Sustancias				Total
	psicoactivas ilegales	Alcohol	Juego	Tabaco	
Unión Europea	187	97	8	14	306
Resto de Europa	34	29			63
Magreb	87	37	2	10	136
Resto de África	6	13			19
Asia	13	7		3	23
América Latina	57	75		12	144
Estados Unidos	7	2			9
Australia	1	1			2
Canada		1			1
Total	392	262	10	39	703

En función del tipo de adicción, observamos que 392 usuarios son admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 262 por alcohol, 39 lo son por tabaco y 10 por juego patológico. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la heroína y o “rebujaio” y la cocaína son las que más admisiones motivan (Tabla 8). La heroína y/o “rebujaio” representan más del 40% de las admisiones en todos los lugares de origen, excepto América Latina, donde el 50,9% de las admisiones se deben a cocaína.

En la tabla 8 se pueden observar los porcentajes detallados de pacientes admitidos según la sustancia psicoactiva que motiva el tratamiento y en función del lugar de origen.

Tabla 8. Tipo de sustancia ilegal que motiva la admisión a tratamiento según lugar de origen (% col)

Total (n)	Unión Europea	Resto de Europa	Magreb	Resto de África	Asia	América Latina	Estados Unidos	Australia
	187	34	87	6	13	57	7	1
Otros opioides	9,6	11,8	1,1	16,7	0,0	3,5	0,0	0,0
Heroína y/o rebujaio	53,5	55,9	40,2	66,7	69,2	14,0	71,4	0,0
Cocaína	25,7	29,4	24,1	0,0	23,1	50,9	14,3	100,0
MDMA (extasis)	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
Hipnóticos y sedantes	1,1	0,0	5,7	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0
Alucinógenos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0
Sustancias volátiles	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cannabis	9,1	2,9	20,7	16,7	7,7	24,6	14,3	0,0
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. PERFIL DE LOS USUARIOS ADMITIDOS Y READMITIDOS A TRATAMIENTO SEGÚN SUSTANCIA PRINCIPAL

En este apartado analizaremos la información obtenida a través de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento, según el tipo de dependencia, distinguiendo en primer lugar tres grandes apartados:

- 2.1. Sustancias psicoactivas
- 2.2. Tabaco
- 2.3. Juego patológico

A su vez, dentro de las sustancias psicoactivas, se realizará un análisis diferenciado por sustancias que motivan la mayor parte de las admisiones a tratamiento, estas son: alcohol, heroína y/o rebujao, cocaína y cannabis.

Estos análisis pretenden identificar con la mayor precisión posible los distintos perfiles de pacientes atendidos en la red andaluza de drogodependencias. Se trata de lograr un conocimiento detallado de las características de los diversos grupos de pacientes, con el fin de adecuar la oferta de servicios a las peculiaridades y patrones de consumo diferenciados que se detectan entre los usuarios.

2.1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A continuación analizaremos las fichas notificadas en 2004 de admisiones a tratamiento motivadas por sustancias psicoactivas.

2.1.1. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO

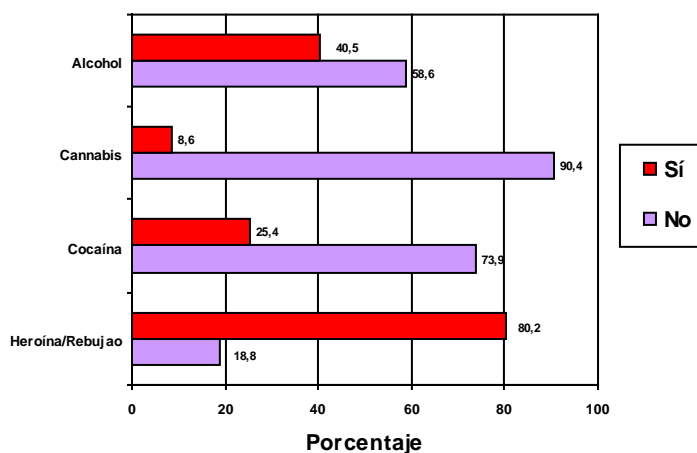
En 2004 se han registrado 9.729 admisiones y readmisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas ilegales y 5.548 por abuso o dependencia a alcohol. Entre las admisiones a tratamiento por sustancias ilegales, 4.497 vienen motivadas por el consumo problemático de heroína y/o "rebujao", 3.565 por cocaína y 1.101 por cannabis. Es decir, el 94% de las admisiones y readmisiones a tratamiento por sustancias ilegales están motivadas por estas sustancias.

Al distinguir entre pacientes que ya han realizado tratamientos previos por la misma droga y aquellos que no habían seguido anteriormente otro tratamiento, observamos importantes diferencias según la sustancia. Así, observamos que las admisiones nuevas a

tratamiento por heroína y/o 'rebujaos' son muy escasas, sólo el 18,8% de estos pacientes inicia por primera vez un tratamiento, mientras que el 80,2% ya había seguido otros previamente (Figura 4). Sin embargo, cuando se trata del alcohol como droga principal, más de la mitad de los pacientes (58,6%) comienzan en 2004 su primer tratamiento para esta sustancia.

Las admisiones nuevas representan también la mayor parte de los tratamientos iniciados en 2004 para el cannabis y la cocaína. En el primer caso, el 90,4% de los pacientes indican que se trata de su primer tratamiento y en el caso de la cocaína lo refiere el 73,4% de los pacientes.

Figura 4. Tratamientos previos por la misma sustancia (%)



2.1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Como se ha visto anteriormente, en las admisiones que han tenido lugar durante el año 2004 existe más de una droga principal de las admisiones a tratamiento. Los porcentajes están repartidos principalmente entre el alcohol, la heroína y 'rebujaos', la cocaína y el cannabis. El perfil de paciente que solicita tratamiento por adicción a cada una de estas sustancias difiere, resultando de gran interés observar cada uno de estos perfiles por separado, en lugar de analizar un perfil genérico de usuario que demanda tratamiento.

EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO

Al analizar la edad media que tienen los pacientes, se encuentran los resultados que aparecen en la tabla 9.

Tabla 9. Edad de los pacientes según la droga principal

Sustancia/ Adicción	Media	Desviación típica	1er cuartil (25% más joven)	% < 18 años
Heroína y/o "rebujaio"	35.3	7.2	31	0.2
Cocaína	28.9	8.2	23	3.14
Cannabis	23.2	7.7	17	25.16
Alcohol	42.4	10.5	35	0.38

Los pacientes que presentan la edad media más elevada son los admitidos a tratamiento por alcohol: su media de edad se sitúa en los 42,4 años, aunque la desviación típica que presenta es relativamente elevada (10,5). Se observa que el percentil 25 (el valor que deja por debajo de sí el 25% de la muestra) es 35, de forma que el 75% de los pacientes de alcohol tiene una edad superior a los 35 años. Los menores de edad atendidos por esta sustancia representan el 0,38% del total de pacientes admitidos por alcohol.

Los admitidos a tratamiento por el consumo de **heroína** (o **rebujaio**) tienen una edad media de 35,3 años. La desviación típica es de 7,2, lo que indica que las edades de los pacientes también se encuentran dispersas en torno a este valor medio. No obstante, se encuentran más concentradas que en el caso anterior. Se puede observar en la tabla 9 que el 25% del total de estos pacientes tiene una edad de 31 años o inferior, luego el 75% restante supera los 31 años. El porcentaje representado por los menores de edad es reducido (0,2%).

Entre los consumidores de **cocaína** la edad media es más joven: 28,9 años, y la desviación típica que presenta es de 8.2. Esto indica que los valores no aparecen muy concentrados sobre la media. El 25% de los pacientes más jóvenes se encuentra por debajo de los 23 años de edad.

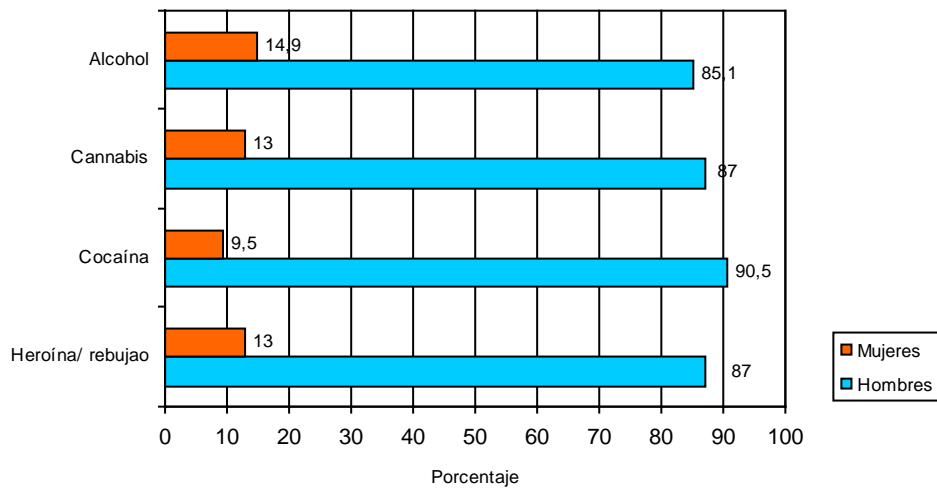
Finalmente, el grupo más joven de pacientes que demandan tratamiento lo constituyen los admitidos por **cannabis**. Entre éstos, la edad media es de 23,2 años. Al analizar los percentiles, llama la atención que el 25% de esta población tiene una edad de 17 años o inferior, siendo el 25,16% menores de edad.

Resumiendo, la comparación de la edad media de los pacientes según el tipo de droga que motiva el tratamiento indica que existen notables diferencias entre unos grupos y otros. Los que acuden por el consumo de alcohol son los mayores mientras que los que acuden por el cannabis son los más jóvenes.

GÉNERO DE LOS PACIENTES

Al analizar el sexo de los pacientes, se aprecia que, independientemente de la droga que motiva el tratamiento, los pacientes que demandan tratamiento son mayoritariamente hombres. Las diferencias que existen respecto al sexo entre los consumidores de las cuatro sustancias son escasas, siendo ligeramente más elevado el porcentaje de mujeres en el caso del alcohol (14,9% de mujeres). En el caso del cannabis y la heroína y/o “rebujaio”, las mujeres representan el 13%.

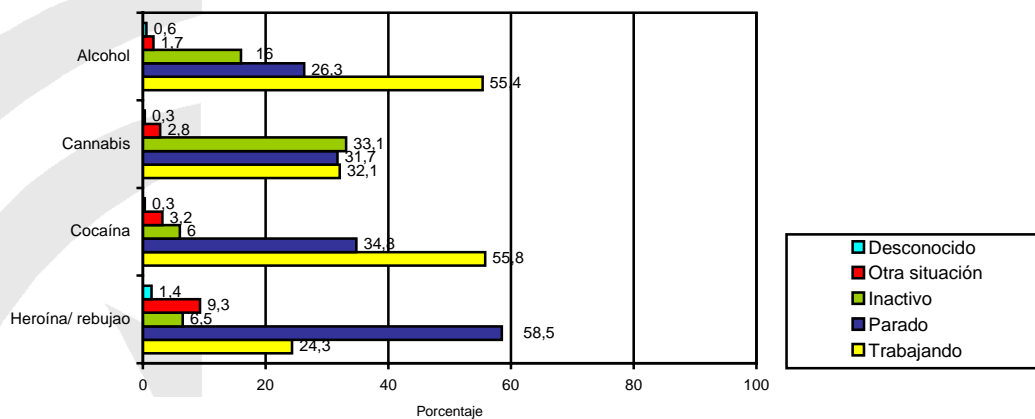
Figura 5. Demandas de tratamiento según el sexo (%)



SITUACIÓN LABORAL

Si se analiza la situación laboral de los pacientes, existen claras diferencias en función de la droga que motiva el tratamiento. En la figura 6 se muestran las alternativas de respuesta más significativas encontradas.

Figura 6. Situación laboral (%)



En todos los casos, salvo en el grupo de admitidos a tratamiento por **heroína y/o rebujao**, los pacientes que se encuentran trabajando en el momento de iniciar tratamiento representan el porcentaje más alto. En el caso del **cannabis**, el porcentaje de pacientes inactivos es ligeramente superior al de los que están ocupados laboralmente, debido a la alta presencia de estudiantes entre estos pacientes (29,7% están estudiando).

Entre quienes están en tratamiento por adicción al **alcohol** o a la **cocaína** encontramos los porcentajes más elevados de personas que se encuentran empleados en el momento de solicitar el tratamiento (ya sea con un contrato temporal, indefinido o trabajando sin sueldo en un negocio familiar).

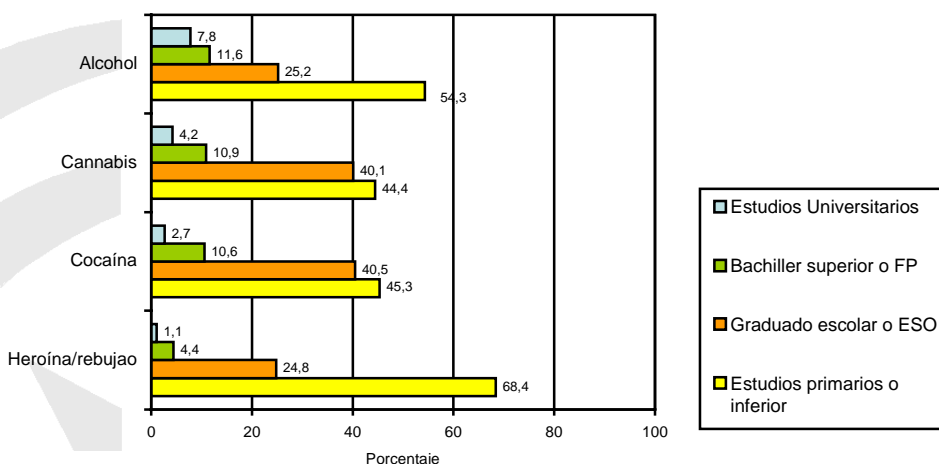
Por otro lado, entre los usuarios que indican como droga principal la **heroína y/o el “rebujao”**, más de la mitad (58,5%) se encuentra en el paro, siendo este grupo el que presenta un porcentaje de parados más alto.

Los porcentajes más altos de pacientes en situación laboral inactiva (pensionistas o con incapacidad permanente, estudiantes y amas de casa) los encontramos en el grupo de **cannabis** y **alcohol**. Revisando esta categoría en detalle, detectamos que ambos grupos de inactivos están compuestos por pacientes en situaciones muy diferentes: mientras que entre los admitidos por cannabis el porcentaje de inactivos se compone principalmente de estudiantes (29,7%), entre los pacientes que inician tratamiento por alcohol, se observa una elevada presencia de pensionistas o personas con una incapacidad permanente (12,2%).

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel máximo de estudios de los pacientes, el siguiente gráfico muestra la situación por droga principal.

Figura 7. Máximo nivel de estudios (%)



En todos los grupos, el porcentaje más elevado tienen un nivel máximo de estudios de enseñanza primaria o menos, especialmente entre los admitidos a tratamiento por adicción a la heroína y/o rebujao, para los que dicho porcentaje es del 68,4%. Entre los usuarios que demandan tratamiento por adicción a la **cocaína** o al **cannabis**, el porcentaje de aquellos pacientes con Graduado Escolar o ESO completos está muy próximo al de los pacientes con enseñanza primaria o menos.

Para todos los grupos, el porcentaje de pacientes con estudios universitarios, medios o superiores, es reducido, siendo algo más alto entre los pacientes que señalan el **alcohol** como droga principal (7,8%) y el **cannabis** (4,2%).

CONVIVENCIA

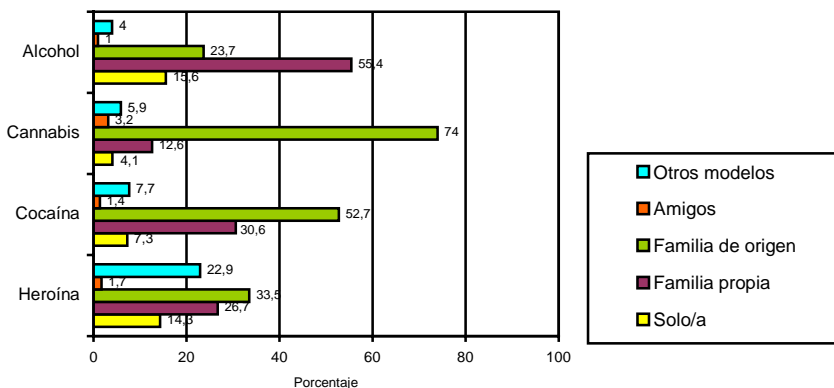
Cuando se analiza el modelo de convivencia de los pacientes, también se encuentran diferencias claras entre los pacientes según la droga principal que motiva el tratamiento. La familia propia o la de origen son los dos modelos de convivencia mayoritarios entre los pacientes registrados. Entre los pacientes admitidos por **cannabis** la familia de origen es el principal modelo de convivencia (74% de ellos viven con su familia de origen). También es un modelo destacado entre los pacientes de **cocaína** (52,7%) y **heroína y/o “rebujao”** (33,5%).

La familia propia es el modelo de convivencia más habitual entre los pacientes de **alcohol** (55,4%) y representa el segundo modelo de convivencia para los pacientes de **cocaína** (30,6%) y **heroína y/o “rebujao”** (26,7%).

Entre los que demandan tratamiento por **alcohol** y por **heroína y/o “rebujao”**, aparecen los porcentajes más elevados de pacientes que viven solos (15,6% y 14,3% respectivamente).

En el caso de los admitidos por adicción a la **heroína y /o “rebujao”**, la opción “otras situaciones de convivencia” representa un 22,9%, concretamente un 17,8% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína han vivido en prisión durante los últimos seis meses. Al observar el porcentaje que representan entre los admitidos a tratamiento para el resto de sustancias analizadas, quienes han vivido en prisión en el mismo periodo, observamos que los porcentajes se reducen notablemente: el 4,3% entre los admitidos por cocaína, el 1% para los admitidos por cannabis y el 0,6% entre los admitidos por alcohol.

Figura 8. Convivencia (%)

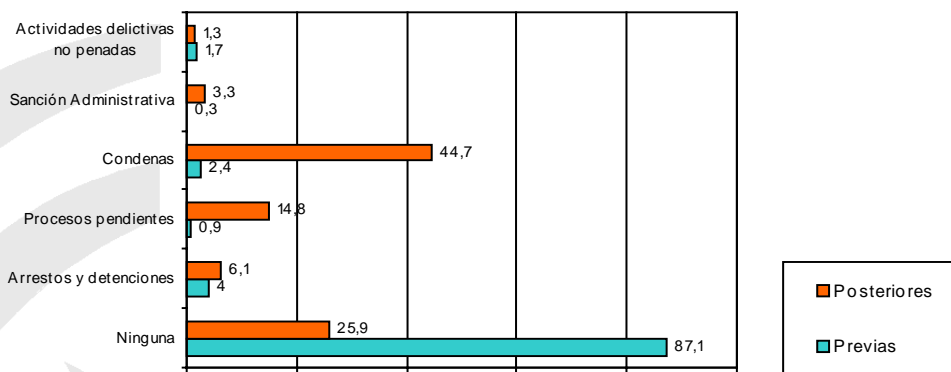


INCIDENCIAS LEGALES

En el análisis de las incidencias legales de los pacientes, se representan en un mismo gráfico las incidencias previas y posteriores al consumo para cada tipo de pacientes, con el fin de observar la modificación que se produce en su situación judicial antes y después del consumo.

Entre los pacientes que inician tratamiento por adicción a **heroína y/o “rebujaó”**, el porcentaje que tenía incidencias legales antes de iniciar el consumo era del 12,9%. Tras el inicio del consumo de esta sustancia, el porcentaje de pacientes que tienen incidencias legales se incrementa hasta el 74,1%. A pesar de esta diferencia en la situación legal antes del inicio del consumo y posterior al mismo, los datos no permiten establecer una relación causa – efecto entre el inicio del consumo y cometer actos delictivos. Existen otras muchas variables que pueden influir en la realización de dichos actos y que no son controladas en este estudio. Destaca el elevado porcentaje de pacientes con condenas posteriores al inicio del consumo (44,7%).

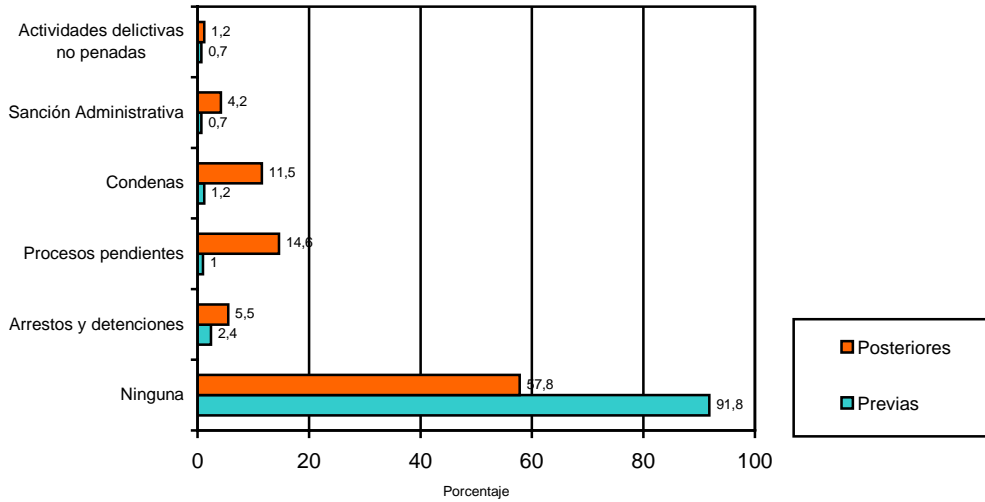
Figura 9. Incidencias legales previas y posteriores al consumo de heroína y/o rebujao (%)



Si se analizan estas variables para los pacientes en tratamiento por **cocaína**, se encuentra que el 8,2% tenían incidencias legales previas al consumo. En cambio, el porcentaje

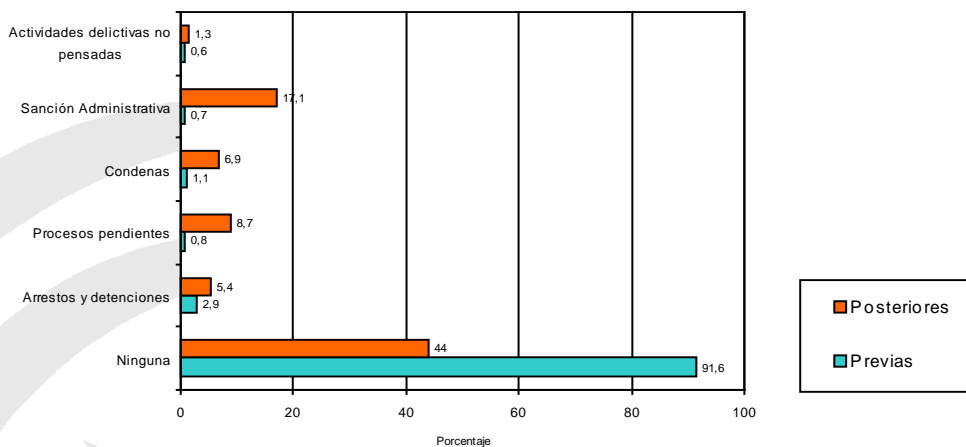
de pacientes que tiene incidencias legales después de haber iniciado el consumo es del 42,2%.

Figura 10. Incidencias legales previas y posteriores al consumo de cocaína (%)



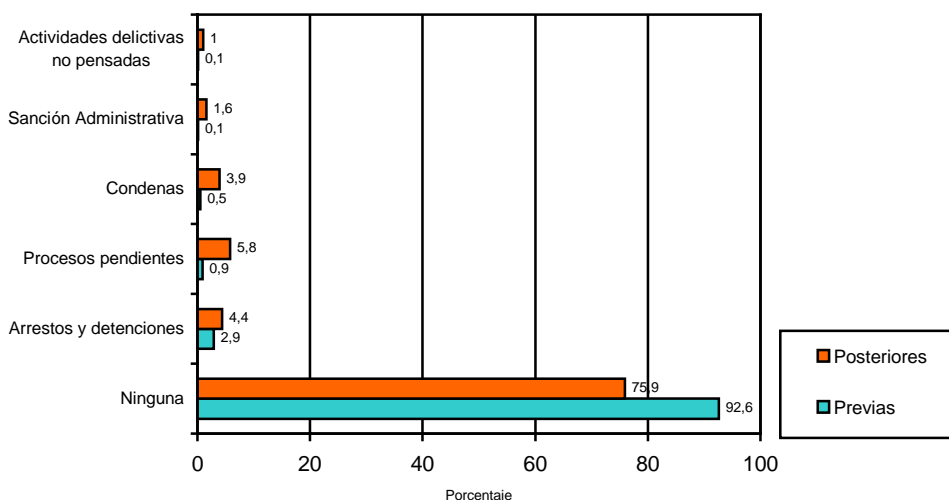
Entre los pacientes que demandan tratamiento por consumo de **cannabis**, las incidencias legales previas y posteriores al inicio del consumo de la anterior sustancia se muestran en la figura 11. En dicha gráfica se aprecia claramente que un elevado porcentaje de los pacientes han pasado a tener incidencias legales después de haber iniciado el consumo de **cannabis**. Concretamente se observa que sólo un 8,4% de los pacientes tenían incidencias antes de haber empezado a consumir, mientras que posteriormente al inicio del consumo el porcentaje asciende al 56%. El 17% de los pacientes con incidencias posteriores al consumo tiene una sanción administrativa.

Figura 11. Incidencias legales previas y posteriores al consumo de cannabis (%)



Entre los pacientes que demandan tratamiento por **alcohol**, un 7,4% tiene incidencias previas al consumo y un 24,1% tiene incidencias posteriores al mismo. El porcentaje de pacientes con incidencias legales posteriores al consumo es mucho menor entre este grupo de pacientes que aquellos admitidos por la adicción a heroína, a cannabis o a cocaína.

Figura 12. Incidencias legales previas y posteriores al consumo de alcohol (%)



Tal y como se puede observar a través de los gráficos, existen importantes diferencias en los porcentajes correspondientes a cada tipo de incidencia legal posterior al consumo en función de la sustancia psicoactiva consumida. Así, entre los pacientes con adicción a la **heroína y/o “rebujaio”**, un 44,7% ha tenido condenas posteriores al consumo, mientras que entre los adictos a la **cocaína** el porcentaje de pacientes con condenas es del 11,5%, del 6,9% entre los consumidores de cannabis y del 3,9% entre los consumidores de alcohol.

Por otro lado, las sanciones administrativas suponen el 17% de las incidencias legales posteriores al inicio del consumo de cannabis como droga principal. El porcentaje representado por las sanciones administrativas se reduce notablemente para el resto de las sustancias, especialmente para los pacientes admitidos por dependencia a alcohol (1,6%).

2.1.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

A continuación se expondrán los resultados obtenidos para un grupo de variables que se relacionan con la demanda de tratamiento. Se analizan las fuentes que recomiendan al paciente que solicite el tratamiento, el tipo de tratamiento demandado por los pacientes, así como el tipo de tratamiento prescrito por los terapeutas.

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL

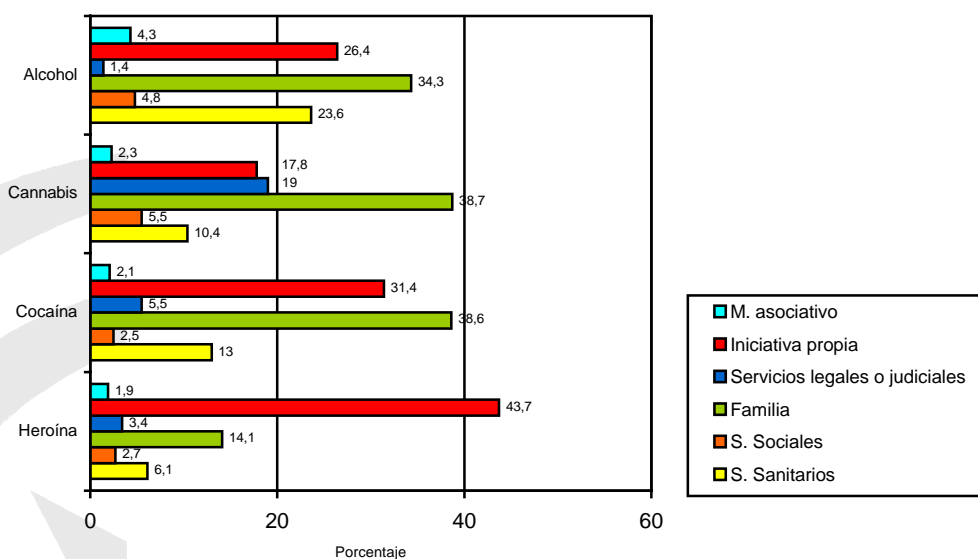
La fuente de referencia (persona, colectivo, asociación, institución, etc.) también varía según el grupo del que se trate. Asistir por ‘iniciativa propia’ representa un porcentaje importante en todos los casos, especialmente para los que inician tratamiento por adicción a **heroína y/o rebujao** (43,7%); para este grupo de usuarios, los servicios legales o judiciales ocupan el segundo lugar entre las fuentes de referencia más nombradas. En el caso de los usuarios adictos a **cocaína** los familiares o amigos (38,6%) son la principal opción seguidos de la iniciativa propia (31,4%).

Los familiares o amigos son también señalados como la fuente de referencia principal por un porcentaje importante de los usuarios admitidos a tratamiento por **cannabis** (38,7%) y por **alcohol** (34,3%); esta fuente tiene un peso notablemente menor para los admitidos a tratamiento por adicción a **heroína y/o “rebujao”** (14,1%).

En cuanto a los servicios sanitarios, en la figura 12 podemos observar que ocupan el tercer lugar para los usuarios que demandan tratamiento por adicción a **alcohol** (23,6%); concretamente señalan en mayor medida los servicios de atención primaria como fuente principal (15,3%).

Los servicios legales o policiales resultan más mencionados como fuente de referencia por los usuarios admitidos a tratamiento por adicción a **cannabis**, el 19% de estos pacientes señala esta fuente de referencia.

Figura 13. Fuente de referencia principal (%)



TIPO DE DEMANDA

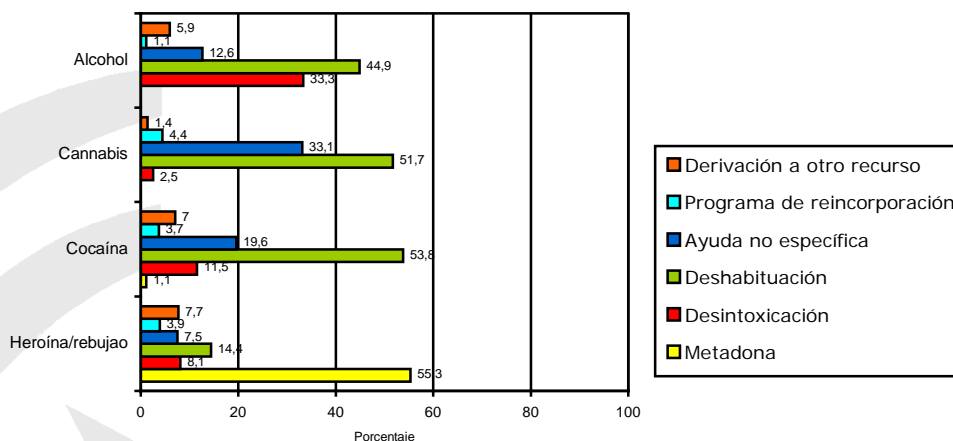
Cuando los pacientes solicitan tratamiento, en los cuatro grupos se encuentran diferencias en el tipo de demanda que realizan. La solicitud de ayuda inespecífica tiene un peso considerable entre los usuarios admitidos a tratamiento por todas las adicciones a sustancias psicoactivas, pero resulta especialmente elevado entre aquellos que lo solicitan por adicción a cannabis (33,1%) y cocaína (19,6%).

Entre los pacientes admitidos por **heroína y/o “rebujaio”**, el 55,3% acude para solicitar la admisión en el Programa de Tratamiento con Metadona, un 14,4% demanda deshabituación y un 8,1% desintoxicación ambulatoria. En el grupo de pacientes por **cocaína**, la deshabituación es el tipo de tratamiento más solicitado (53,8%), un 11,5% de los pacientes quieren iniciar un programa de desintoxicación. En el grupo de pacientes que demandan tratamiento por **alcohol**, los pacientes demandan principalmente un tratamiento de deshabituación (44,9%) y de desintoxicación (33,3%). Finalmente, en el grupo de pacientes por **cannabis** existe un 51,7% de pacientes que solicitan iniciar un programa de deshabituación y un 33,1% solicita ayuda inespecífica.

Los programas de incorporación social son escasamente solicitados por los usuarios en el momento de entrada a la red asistencial, especialmente entre los pacientes que acuden por alcohol.

La solicitud de derivación a otros recursos de la red asistencial de drogodependencias (comunidades terapéuticas, unidades de desintoxicación hospitalaria y viviendas) representa un porcentaje similar en los que la droga principal es la **heroína y/o “rebujaio”** (7,7%) y la **cocaína** (7%). Tal y como se aprecia en la figura 14, en los pacientes por **alcohol** el porcentaje de quienes solicitan la derivación a otros recursos representa un 5,9%. En el caso de los usuarios de **cannabis**, este porcentaje se reduce al 1,4%.

Figura 14. Tipo de demanda inicial (%)



TIPO DE ASISTENCIA PRESCRITA

A pesar de la demanda solicitada por los pacientes, el tipo de asistencia prescrita por los terapeutas puede diferir según las necesidades identificadas por estos. No obstante, en general, los resultados de una y otra variable son similares.

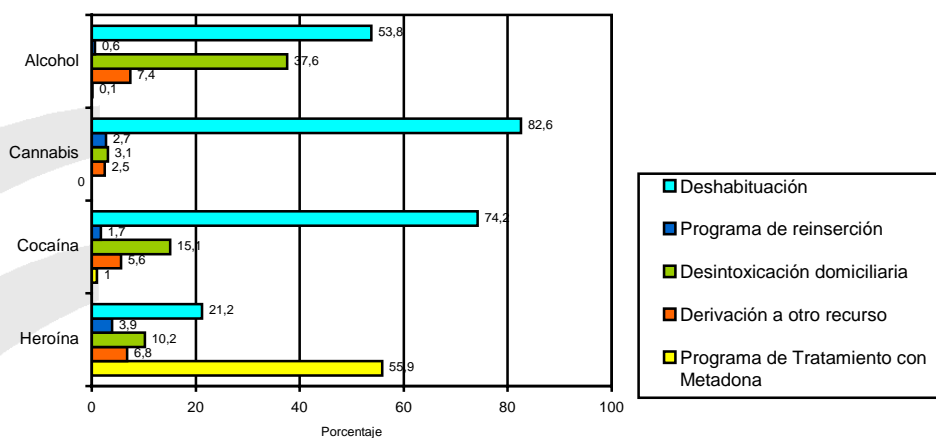
En el caso de los pacientes admitidos por **heroína y/o 'rebujao'**, un 55,9% de los pacientes inician un programa de tratamiento con Metadona. Concretamente el 95,2% de los usuarios que entraron en el Programa de Tratamiento con Metadona lo habían solicitado previamente.

Un 74,2% de los pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cocaína** inician un tratamiento de deshabituación; de ellos, el 64,5% había solicitado una terapia de deshabituación. Además, un 15,1% realiza un tratamiento de desintoxicación ambulatoria, que había sido demandado por el 59,2% de los 306 pacientes que lo realizan.

En el grupo de pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cannabis**, la demanda inicial de ayuda inespecífica es muy superior a la del resto de pacientes: el 33,1% no especifica el tipo de ayuda que demanda. Esta situación hace que el tipo de tratamiento prescrito por el terapeuta no tenga un porcentaje de demanda inicial tan elevado como los vistos para el resto de adicciones. Así, el 82,6% de estos pacientes empieza un programa de deshabituación, habiendo sido solicitado previamente por un 61,3% de ellos.

Entre los pacientes de **alcohol**, un 53,8% inician un programa de deshabituación que es demandando por el 79,7% de aquellos a los que se les ha prescrito. Un 37,6% empieza un programa de desintoxicación (ambulatoria rápida o domiciliaria).

Figura 15. Tipo de asistencia prescrita (%)



2.1.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

A continuación se presentan un grupo de variables que están relacionadas con el consumo de las sustancias psicoactivas. Éstas aportan datos acerca del inicio del consumo y las pautas de consumo de los usuarios que demandan tratamiento.

EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO

En relación a la edad media con la que los pacientes empezaron a consumir las respectivas drogas por las que demandan tratamiento, se encuentran diferencias notables que comentamos a continuación.

La heroína y/o “rebujaos” y la cocaína son las sustancias que más tarde comienzan a utilizarse por los pacientes que demandan un tratamiento motivado principalmente por su consumo. Es en torno a los 21 años cuando se inician estos consumos para la población en tratamiento. Por su parte el cannabis es la sustancia que presenta una edad de inicio más joven: los 16 años.

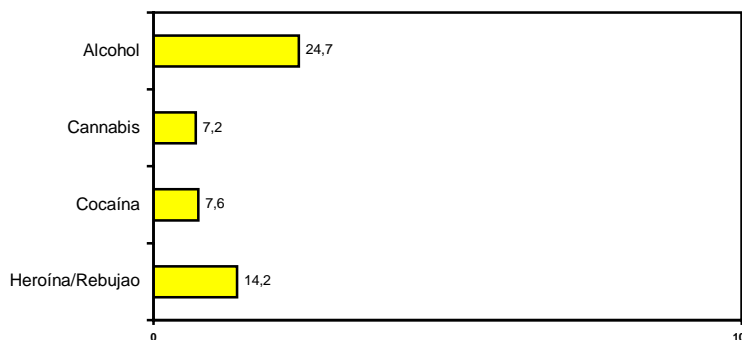
Tabla 9. Edad de inicio al consumo de la droga principal

Sustancia/ Adicción	Media	Desviación típica	1er cuartil (25% más joven)
Heroína y/o “rebujaos”	21.1	6.5	17
Cocaína	21.3	6.7	17
Cannabis	16	3.6	14

TIEMPO CONSUMIENDO DESDE EL INICIO DEL CONSUMO

En cuanto al número de años que lleva consumiendo la droga principal, se observa que los pacientes admitidos a tratamiento por consumo abusivo o adicción al **alcohol** son los que llevan un número mayor de años consumiendo como media (24,7 años, con una desviación típica de 11,79 que muestra una dispersión considerable de los datos en torno a esta media); el primer cuartil de este grupo de pacientes (el 25% de pacientes que menos años llevan consumiendo) han consumido durante al menos 17 años.

Figura 16. Nº medio de años que lleva consumiendo la sustancia

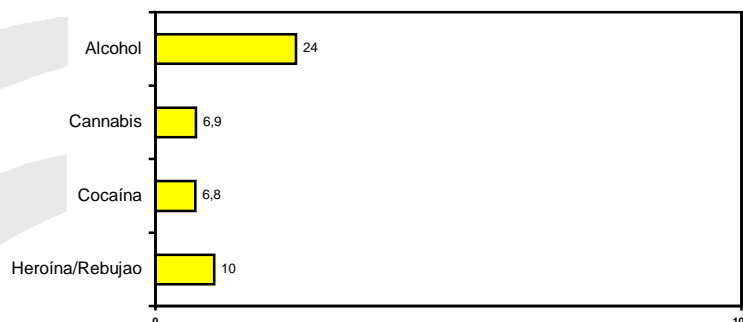


El segundo grupo de pacientes que más tiempo, como media, lleva consumiendo la droga que motiva el tratamiento actual es el de adictos a la **heroína (“rebujao”)**, que presentan una media de 14,2 años consumiendo (los datos se muestran más concentrados en torno a esta media según indica la desviación típica de 6,63). El 25% de pacientes que menos años llevan consumiendo, lo han hecho como máximo por 10 años, mientras que el 25% que más años lleva consumiendo se encuentra por encima de los 19 años de consumo.

Los pacientes admitidos por adicción a la **cocaína o cannabis** son los que menos años de consumo llevan (7,6 años y 7,2 como media respectivamente).

Si nos centramos únicamente en aquellos pacientes que acuden a demandar tratamiento por primera vez, observamos que quienes solicitan el tratamiento por alcohol siguen siendo los que más años llevan consumiendo, como media, la sustancia hasta el momento de demandar su primer tratamiento (24 años). Quienes demandan tratamiento por primera vez por heroína y/o “rebujao” llevan una media de 10 años consumiendo la sustancia y aquellos que demandan tratamiento por cannabis o cocaína llevan alrededor de 7 años consumiendo.

Figura 17. Nº medio de años transcurridos hasta la primera demanda de tratamiento



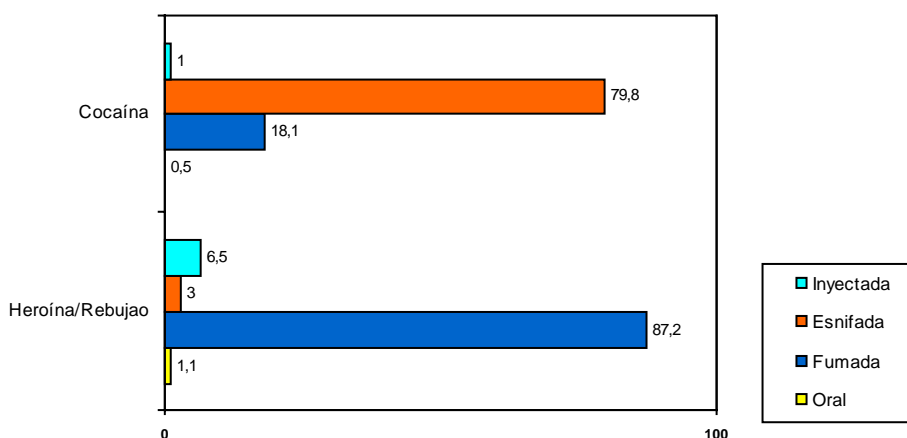
VÍA DE ADMINISTRACIÓN

La vía de administración de la droga principal sólo se va a analizar para los pacientes de heroína y para los de cocaína.

Entre los pacientes de **heroína y/o “rebujaio”**, la vía más frecuente es la fumada (‘chinos’ o ‘papel de plata’), utilizándola un 87,2% de éstos. Respecto a la vía inyectada, ésta la han utilizado como vía principal un 6,5% de los pacientes durante el mes anterior a la solicitud de tratamiento.

De los pacientes admitidos por **cocaína**, el 79,8% utilizan la vía esnifada durante el mes anterior a iniciar el tratamiento. Un 18,1% la fuman en chinos, papel de plata, etc. También se aprecia que un 1% utilizan la vía inyectada como vía principal de administración de la cocaína.

Figura 18. Vía de administración más frecuente (%)



CONSUMO DE OTRAS DROGAS

A continuación se analiza el consumo de otras drogas, además de la principal, en los últimos 30 días.

En general, observamos como el tabaco es una sustancia altamente mencionada independientemente de cual sea la droga principal que motiva el tratamiento, si bien el porcentaje de fumadores es probablemente superior al notificado.

En cuanto al resto de sustancias consumidas, en el grupo de admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de **heroína y/o rebujaio**, se registra alguna otra droga consumida en el último mes para el 60,9% de los pacientes. De estos 2.739 pacientes en los que se observa un perfil de policonsumo, el 48,7% refiere consumir cannabis como droga secundaria, un 29,1% indica consumo de alcohol, el 18,8% refiere haber consumido cocaína y un 18,5% otros opiáceos distintos a la heroína o el rebujaio. Otro consumo con un porcentaje

notable es el de hipnóticos y sedantes (18,6%). El resto de sustancias son escasamente mencionadas.

Entre los pacientes admitidos por **cocaína**, el 68,9% refiere haber consumido otras drogas en los 30 días previos a la admisión al tratamiento. Destacan como las drogas más frecuentemente mencionadas el alcohol (60,8%) y el cannabis (51,1%).

Entre los admitidos a tratamiento por consumo abusivo de **cannabis**, un 57,2% indica haber consumido otras drogas en los 30 días previos a su admisión a tratamiento. De ellos, el 56,5% indica consumo de alcohol y el 31,3% señala la cocaína como droga secundaria. El resto de sustancias presentan porcentajes muy bajos.

Finalmente, el 44,4% de los pacientes admitidos por **alcohol** refiere consumo de otras drogas en los últimos 30 días, siendo las drogas más consumidas la cocaína (14,2%) y el cannabis (12,5%). Este perfil de policonsumo se observa más claramente cuando se desagrega el conjunto de paciente de alcohol por grupos de edad, distinguiendo entre pacientes hasta 30 años y mayores de 30 (Tabla 11). Es entre los más jóvenes donde se detecta un mayor consumo de cocaína (45,98%) y cannabis (38,69%) junto con el alcohol como droga problema; sin embargo, en el grupo de mayor edad, se acentúa el consumo de tabaco (77,8%).

Tabla 10. Otras drogas consumidas en los últimos 30 días, según droga principal referida

	Heroína / "rebujaos"		Cocaína		Cannabis		Alcohol	
	Recuento	% de columna	Recuento	% de columna	Recuento	% de columna	Recuento	% de columna
Otros opioides	506	18,50%	31	1,30%	1	0,20%	19	0,50%
Heroína	51	1,90%	77	3,10%	8	1,30%	24	0,60%
Heroína+Cocaína base(Mezcla)	67	2,40%	63	2,60%	8	1,30%	35	0,80%
Heroína+clorhidrato de cocaína (Mezcla)	15	0,50%	10	0,40%	1	0,20%	9	0,20%
Estimulantes sin especificar	3	0,10%	6	0,20%	1	0,20%	3	0,10%
Cocaína	516	18,80%			197	31,30%	593	14,20%
Anfetaminas	16	0,60%	24	1,00%	11	1,70%	9	0,20%
Otros estimulantes	8	0,30%	3	0,10%	1	0,20%	11	0,30%
MDMA (extasis) y otros derivados	18	0,70%	121	4,90%	20	3,20%	11	0,30%
Tabaco	1243	45,30%	892	36,20%	303	48,10%	1830	43,90%
Hipnóticos y sedantes	511	18,60%	173	7,00%	16	2,50%	87	2,10%
Alucinógenos	25	0,90%	26	1,10%	9	1,40%	10	0,20%
Sustancias volátiles	3	0,10%	1	0,00%	5	0,80%	0	0,00%
Cannabis	1335	48,70%	1258	51,10%			522	12,50%
Alcohol	797	29,10%	1497	60,80%	356	56,50%		
Otras sustancias psicoactivas	16	0,60%	4	0,20%	3	0,50%	4	0,10%

Tabla 11. Otras drogas consumidas además del alcohol por grupos de edad

	Hasta 30 años		Mayor de 30	
	Recuento	% de columna	Recuento	% de columna
Otros opioides	5	1,26	14	0,7
Heroína	2	0,50	21	1,0
Heroína+Cocaína base(Mezcla)	8	2,01	27	1,3
Heroína+clorhidrato de cocaína (Mezcla)	1	0,25	8	0,4
Estimulantes sin especificar	2	0,50	1	0,0
Cocaína	183	45,98	405	19,6
Anfetaminas	3	0,75	6	0,3
Otros estimulantes	0	0,00	11	0,5
MDMA (extasis) y otros derivados	9	2,26	1	0,0
Tabaco	221	55,53	1607	77,8
Hipnóticos y sedantes	16	4,02	71	3,4
Alucinógenos	5	1,26	5	0,2
Sustancias volátiles	0	0,00	0	0,0
Cannabis	154	38,69	365	17,7
Otras sustancias psicoactivas	1	0,25	3	0,1

2.1.5. TRASTORNOS SOMÁTICOS Y PSICOLÓGICOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al analizar las determinaciones analíticas a las siguientes enfermedades: VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y alteraciones psicopatológicas.

En años anteriores se advertía sobre el elevado porcentaje de no respuesta en estas variables, debido a que en el momento de cumplimentar la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT), no se disponía de un diagnóstico para estos pacientes. La reducida base de datos válidos, limitaba la representatividad de los resultados extraídos.

La introducción del sistema de registro de la FIBAT vía web, que da la opción de rellenar estas variables una vez realizadas las analíticas, ha permitido que el porcentaje de no respuesta se reduzca de manera notable. La mejora del registro, implica una mayor representatividad y validez de la información obtenida sobre las enfermedades asociadas al consumo de los pacientes admitidos a tratamiento. Como tendremos ocasión de comprobar en los siguientes gráficos, existe todavía un porcentaje importante de casos para los que no se notifica su estado en relación a la enfermedad. Por el interés que aporta esta información, esperamos que continúe reduciéndose en los próximos años.

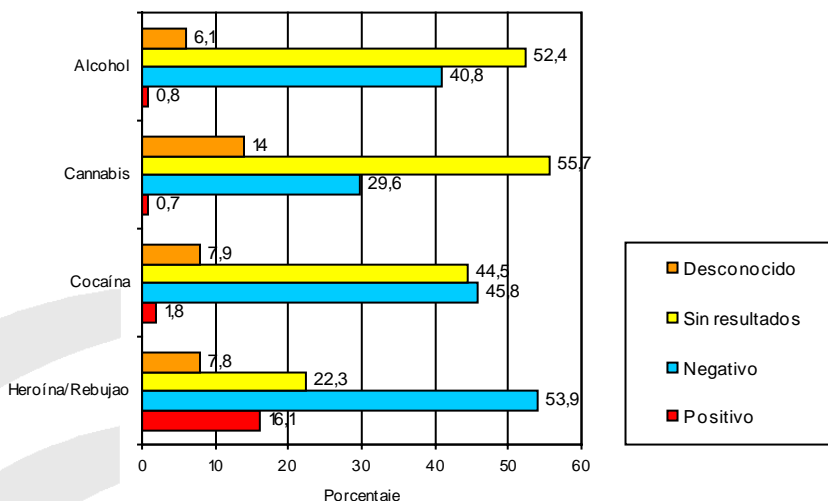
TRASTORNOS SOMÁTICOS

Respecto a los trastornos somáticos que padecen los pacientes que inician tratamiento, los admitidos a tratamiento por **heroína y/o ‘rebujao’** son los que tienen un peor estado de salud.

Centrándonos en el grupo de pacientes admitidos por **heroína y/o “rebujao”**, el porcentaje de pacientes que son positivos al **VIH** es del 16,1%. El porcentaje de respuestas del que se desconocen los resultados es del 7,8% y un 22,3% no dispone de resultados de analíticas, concretamente, el 17,8% no se ha realizado análisis.

En el grupo de pacientes que es admitido a tratamiento por **cocaína**, el porcentaje de positivos al VIH es del 1,8%, hallándose un 7,9% de datos desconocidos; además, entre el 44,5% sin resultados, un 36% no se ha realizado nunca análisis. En el de **cannabis** el porcentaje de positivos se reduce al 0,7% y el porcentaje de desconocidos es el 14%, si bien hay un 55,7% de pacientes sin resultados de analítica, el 51,7% debido a que nunca se ha realizado análisis. Finalmente, en el grupo de pacientes cuya droga principal es el **alcohol** hay un 0,8% de positivos y un 6,1% de desconocidos, el 47,1% de ellos no se ha realizado nunca análisis.

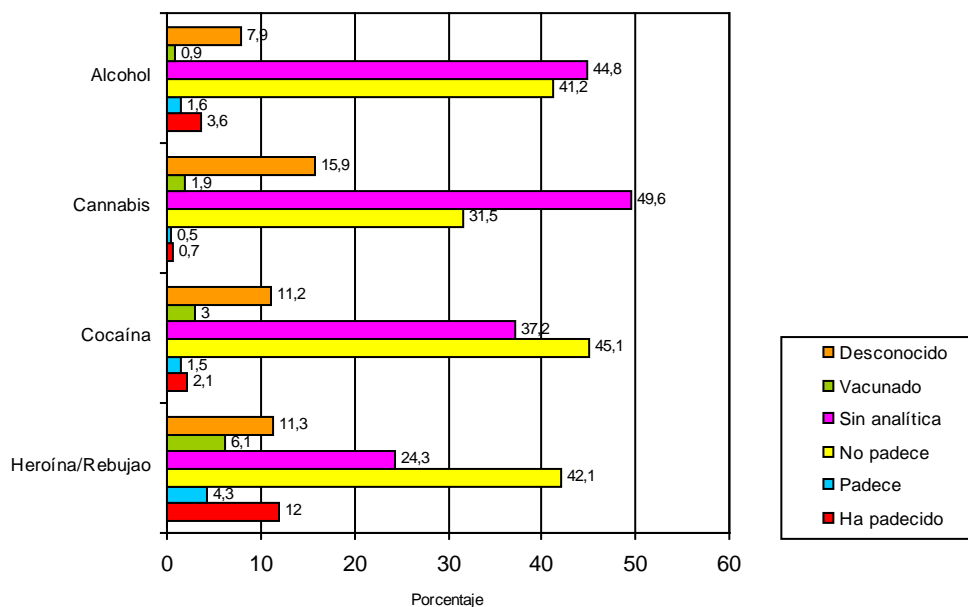
Figura 19. Estado serológico frente a VIH (%)



El porcentaje de pacientes de los que no se cuenta con resultados de analítica para **hepatitis B** es muy elevado en todos los casos, especialmente entre los admitidos a tratamiento por **cannabis** (49,6%) y por **alcohol** (44,8). Entre los pacientes cuya droga principal es la **heroína y/o ‘rebujaio’**, los que padecen actualmente hepatitis B representan un 4,3% y un 12% dice haberla tenido en el pasado. El porcentaje de respuestas desconocidas es del 11,3%. En este grupo encontramos el porcentaje más alto de pacientes vacunados (6,1%).

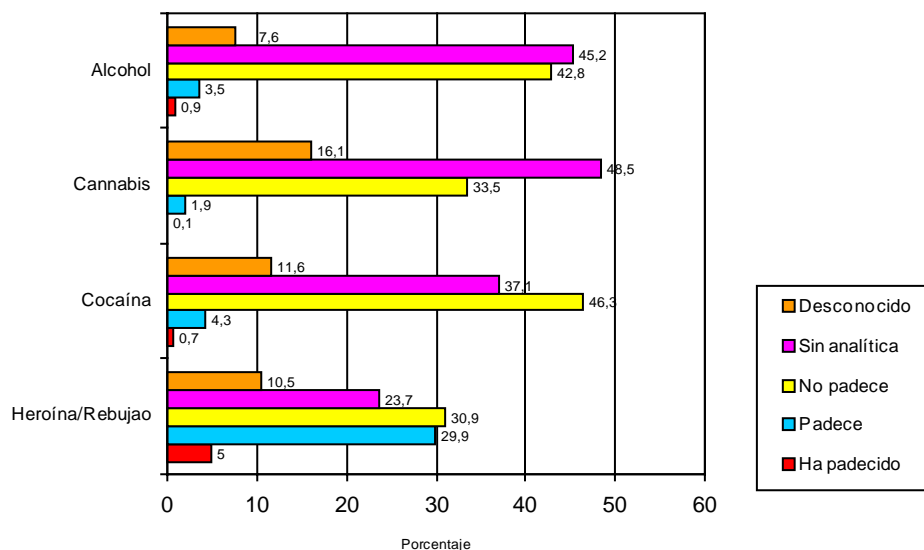
Entre los admitidos a tratamiento por dependencia a la **cocaína**, el porcentaje de quienes padecen actualmente **hepatitis B** desciende al 1,5% y un 2,1% la ha padecido en el pasado. Entre los admitidos por dependencia al **cannabis**, un 0,7% padece la enfermedad en el momento de ser admitido a tratamiento y entre los admitidos por consumo abusivo de **alcohol**, un 1,6% la padece.

Figura 20. Hepatitis B (%)



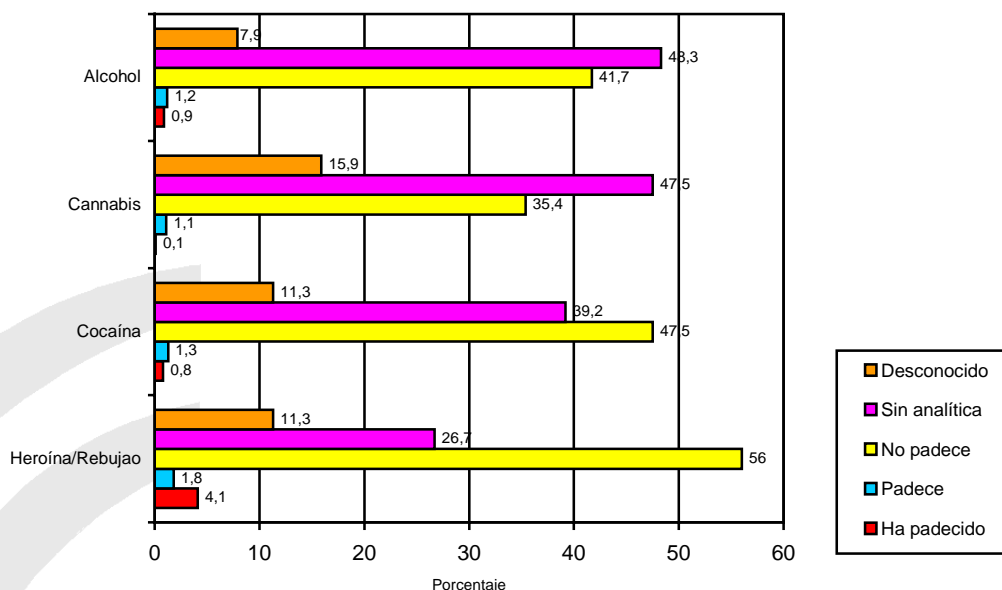
Respecto a la **hepatitis C**, es preciso volver a insistir en el elevado porcentaje de pacientes sin analítica disponible. Observando los porcentajes de pacientes diagnosticados, vemos que entre los pacientes admitidos por **heroína y/o “rebujaio”** un 29,9% padece actualmente hepatitis C y un 5% afirma haberla padecido; se desconoce la situación en relación a este antígeno del 10,5% de estos pacientes. El porcentaje de quienes padecen esta enfermedad en el momento de admisión a tratamiento por **cocaína** es un 4,3% y un 0,7% la han padecido anteriormente. Entre los admitidos a tratamiento por adicción a **cannabis** un 1,9% padece hepatitis C y entre los admitidos por dependencia al **alcohol**, un 3,5% la padece.

Figura 21. Hepatitis C (%)



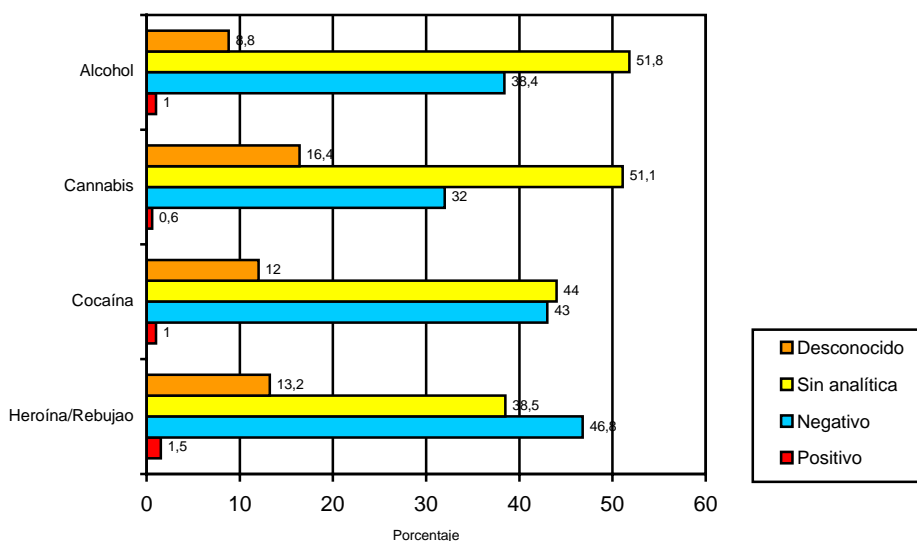
También en relación a la **tuberculosis**, el porcentaje de pacientes sin diagnosticar es importante (de nuevo por encima del 45% para los admitidos por cannabis y alcohol). El 4,1% de los pacientes cuya droga principal es la heroína afirma haberla padecido, y un 1,8% la padece en el momento de iniciar el tratamiento. Un 26,7% no se ha realizado análisis y su situación es desconocida para un 11,3%. En cuanto a los admitidos por cocaína, el 1,3% padecen tuberculosis en el momento de admisión a tratamiento. Entre los admitidos por cannabis, este porcentaje se reduce al 1,1% y entre los admitidos por dependencia a alcohol, al 1,2%.

Figura 22. TBC (%)



Las **enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)** detectadas son aún menos frecuentes entre los pacientes que demandan tratamiento. Entre los pacientes cuya droga principal es la **heroína y/o “rebujaio”**, el 1,5% padece algún tipo de enfermedad de transmisión sexual en el momento de solicitar tratamiento. Para los pacientes cuya droga principal es el **cannabis**, el **alcohol** o la **cocaína**, las enfermedades de transmisión sexual son poco frecuentes, tal y como se aprecia en la figura 23, si bien es preciso subrayar una vez más el alto porcentaje de pacientes para los que no se cuenta con resultados de analítica.

Figura 23. Enfermedades de transmisión sexual (%)

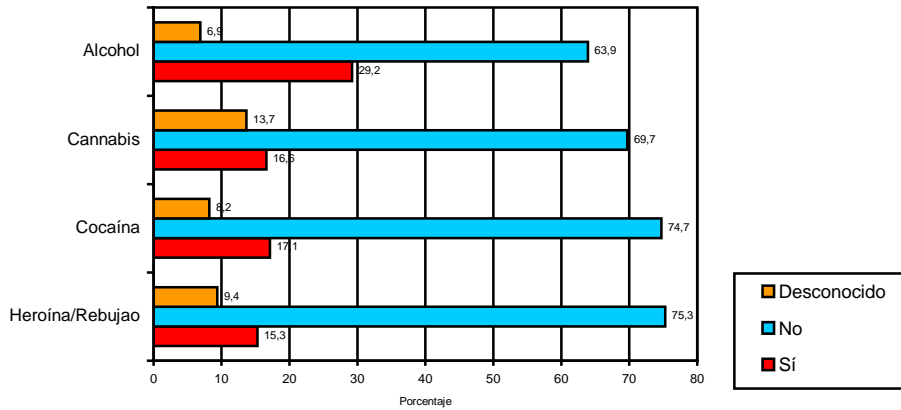


TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Para analizar el estado psicológico de los pacientes, se analiza si los pacientes han padecido, padecen o no padecen algún tipo de alteración psicopatológica, sin diferenciar entre alteraciones. En la figura 24 se muestran los resultados.

Para este tipo de patologías se reduce el porcentaje de “desconocidos” en los datos notificados. Según el tipo de sustancia que motiva el tratamiento, los pacientes admitidos por **alcohol** son los que en mayor medida presentan alteraciones psicopatológicas (29,2%); les siguen los pacientes admitidos por cocaína (17,1%) y **cannabis** (16,6%). Los pacientes de **heroína y/o “rebujaio”** tienen un porcentaje algo menor de enfermedades psicopatológicas (15,3%).

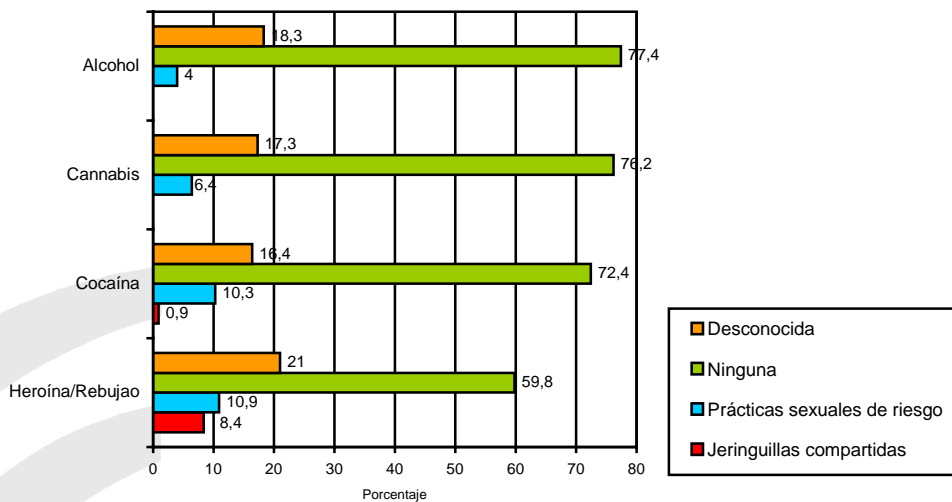
Figura 24. Alteraciones psicopatológicas (%)



PRÁCTICAS DE RIESGO

En cuanto a la realización de prácticas de riesgo, son los pacientes admitidos por **heroína y/o “rebujao”** los que mantienen más prácticas de riesgo: el 8,4% ha compartido jeringuillas y un 10,9% afirma mantener prácticas sexuales de riesgo. El porcentaje de pacientes admitidos por **cocaína** que refiere tener prácticas sexuales de riesgo es prácticamente igual al de pacientes admitidos por **heroína y/o “rebujao”** (10,3%). La práctica de compartir jeringuillas para la inyección de esta sustancia se reduce de forma importante en este grupo de pacientes (0,9%).

Figura 25. Prácticas de riesgo (%)



2.2. TABACO

La Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento por Tabaco contiene variables comunes a las que se recogen en la FIBAT de sustancias psicoactivas y otra serie de variables diferentes, por lo que el análisis realizado es distinto en función de las variables disponibles.

En general, las variables sociodemográficas son comunes para todos los tipos de fichas, mientras que aquellas variables referidas al tipo de tratamiento y al consumo son diferentes.

2.2.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En 2002 se incluyeron por primera vez las admisiones a tratamiento por **tabaco**. A lo largo de ese año se realizaron 573 admisiones a tratamiento por dependencia al tabaco. En 2003 se admitieron a tratamiento por tabaco 1.624 pacientes y en 2004, de nuevo casi se duplica el número de admisiones: 2.121, si bien hay que tener en cuenta el número de centros que notifican al año.

La adicción al tabaco no se atiende en todos los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias, pero desde 2002 el número de centros que notifican admisiones a tratamiento por tabaco ha pasado de 39 a 60. Desde el Servicio Andaluz de Salud se llevan a cabo tratamientos para el tabaquismo, tanto desde los centros de atención primaria como desde los hospitales, completando así la oferta de tratamiento para esta adicción. Sin embargo, el Servicio Andaluz de Salud no comunica a la red de drogodependencias las admisiones a tratamiento que realiza, de manera que el número notificado no equivale al total de tratamientos realizados en Andalucía para la adicción al tabaco.

2.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD MEDIA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

La edad media de los pacientes admitidos a tratamiento es de 43 años; hay que tener en cuenta que la desviación típica de 11,74 indica una notable dispersión de los valores de esta variable, de hecho, las edades de los pacientes oscilan entre un valor mínimo de 12 años y un

máximo de 81. El 25% de los pacientes admitidos tienen menos de 35 años y el 50% tiene menos de 42.

Tabla 12. Edad del paciente

Media	43
Desviación típica	11,74
Mínimo	12
Máximo	81
1er cuartil (25%)	35
2º cuartil (50%)	42
3er cuartil (75%)	50

GÉNERO

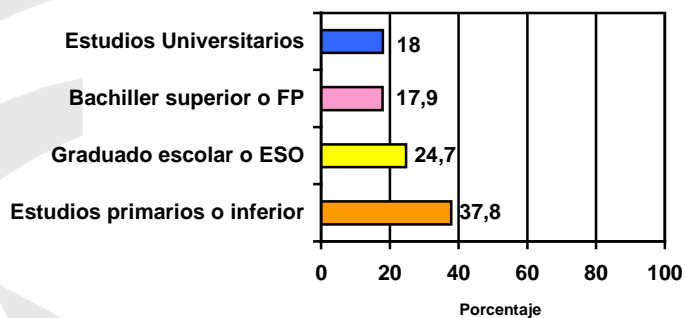
En función del género, los pacientes admitidos por tabaco se distribuyen al 50% (50,8% son hombres y el 49,2% son mujeres). Se trata de la adicción con un mayor porcentaje de mujeres admitidas.

ESTUDIOS REALIZADOS

El 50% de los pacientes admitidos por tabaco han finalizado o bien la enseñanza primaria o bien la primera etapa de secundaria. El porcentaje de pacientes sin estudios completados es del 12,5%. Este porcentaje es prácticamente el mismo que el encontrado entre los pacientes admitidos a tratamiento con cocaína (12,9% sin estudios finalizados) y superior al detectado entre los pacientes admitidos por cannabis (9,4%), pero notablemente inferior al encontrado entre los admitidos por dependencia o consumo abusivo de alcohol (20,9% de pacientes sin estudios) y entre los admitidos por dependencia a la heroína o “rebujaos” (27,9%).

El porcentaje de pacientes admitidos por tabaco con estudios universitarios es el más elevado (18%).

Figura 26. Máximo nivel de estudios (%)

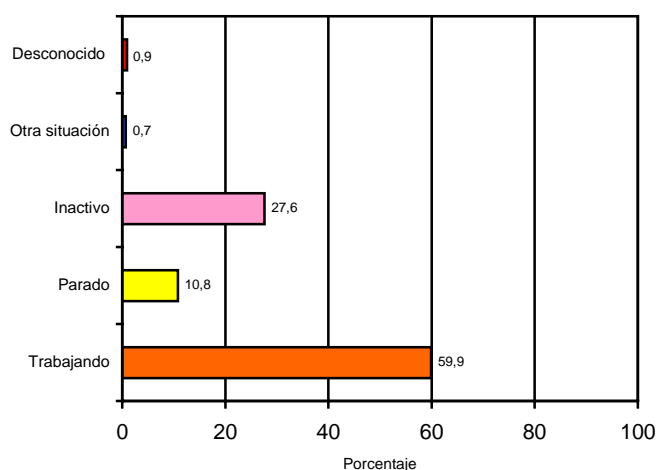


SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a la **situación laboral** de los pacientes admitidos por adicción al tabaco, el 57,5% tiene actualmente un trabajo remunerado; de ellos un 41,8% tiene un contrato indefinido o es autónomo y un 15,7% tiene un contrato temporal. Un 2,5% trabaja sin sueldo para su familia.

El porcentaje de pacientes en paro (10,8%) es inferior a los encontrados en el resto de sustancias analizadas. Sin embargo, se encuentra un porcentaje elevado de inactivos (27,6%), que se explica porque en este grupo de pacientes hay un 12,1% de personas dedicadas a las labores del hogar que hace que se incremente notablemente. El porcentaje de personas dedicadas a estas labores es del 0,6% en el grupo de heroína, del 0,5% en el de cocaína, del 0,4% para el de cannabis y del 3,3% en el grupo de alcohol. El mayor porcentaje de mujeres entre los pacientes por adicción al tabaco explica también ese superior porcentaje.

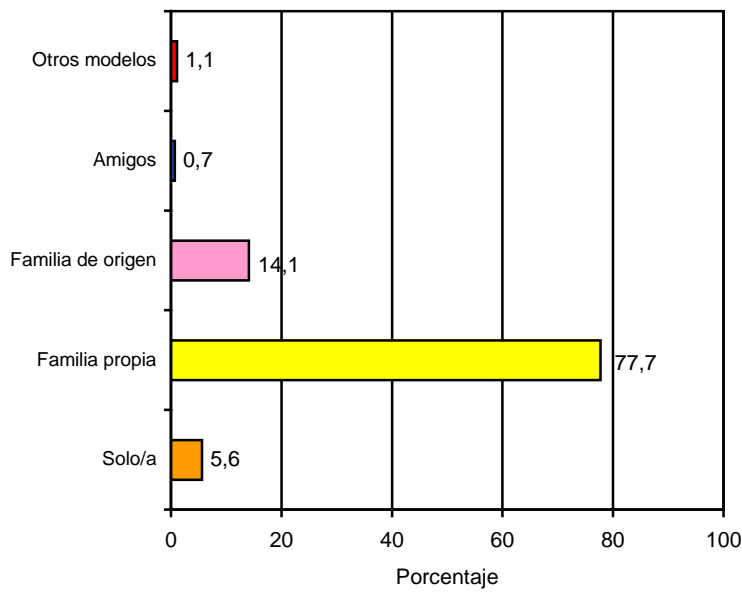
Figura 27. Situación laboral (%)



TIPO DE CONVIVENCIA

En cuanto al modelo de convivencia en los últimos 30 días de estos pacientes, se observa que el 71,6% viven con su pareja, con o sin hijos, y un 6,1% vive solo con sus hijos (en total un 77,7% vive con su familia propia); el 14,1% vive con su familia de origen y un 5,6% vive solo.

Figura 28. Convivencia (%)

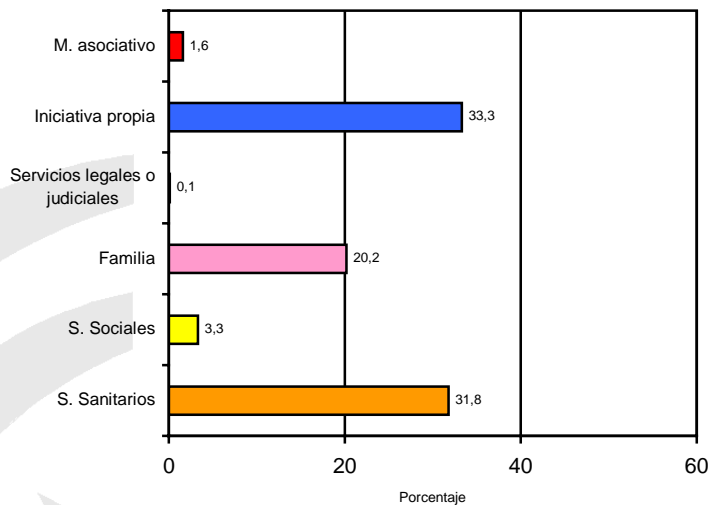


2.2.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

FUENTE DE REFERENCIA

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia al tabaco refieren como principal fuente de referencia la iniciativa propia (33,3%). La segunda opción más mencionada son los servicios de salud (31,8%) y especialmente los servicios de Atención Primaria (28,8%). Los familiares y amigos son también una fuente de referencia importante (20,2%). Es destacable el escaso porcentaje de pacientes, en comparación con el resto de sustancias, que acuden a tratamiento motivados por los servicios legales o judiciales (0,1%).

Figura 29. Fuente de referencia principal (%)



Entre los 88 pacientes que indican otra fuente de referencia, las más mencionadas son el ayuntamiento (22 menciones), la farmacia (20), los medios de comunicación (11) y carteles publicitarios en general (11).

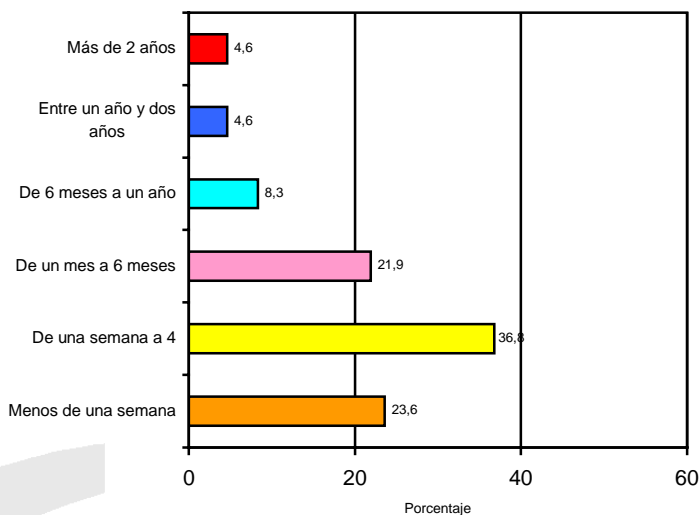
INTENTOS PREVIOS PARA DEJAR DE FUMAR

El 46,8% de los pacientes ha intentado dejar de fumar en otras ocasiones en los dos últimos años. De ellos, el 75,2% lo ha intentado una o dos veces, el 17,5% lo ha intentado tres o cuatro veces y el 7,3% restante más de 4 veces.

De los 941 pacientes que intentaron dejar de fumar previamente, el 16,5% solicitó ayuda profesional para dejarlo.

Teniendo en cuenta todas aquellas personas que han intentado dejar de fumar alguna vez, aunque haya sido antes de hace dos años (1.121 personas), un 60,5% estuvo sin fumar menos de un mes la última vez que lo intentó.

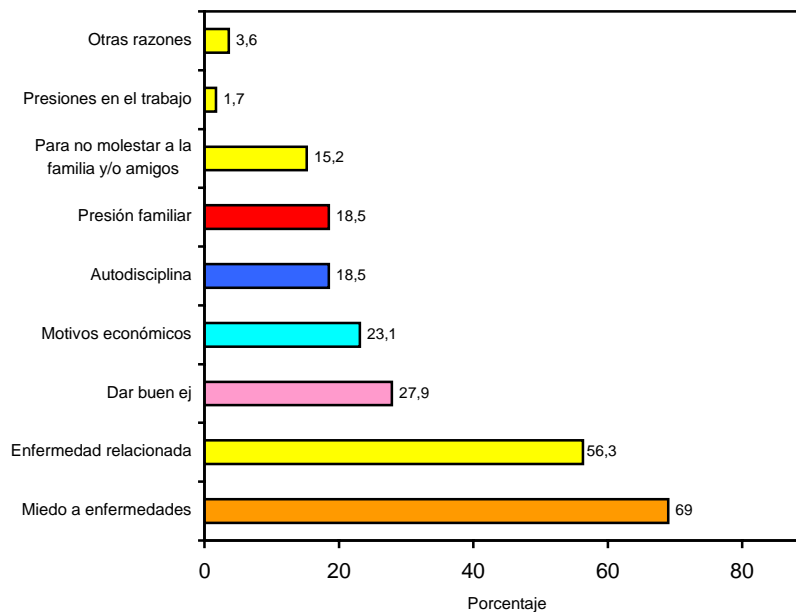
Figura 30. Tiempo sin fumar la última vez que lo intentó (%)



MOTIVOS POR LOS QUE DEMANDA EL TRATAMIENTO

En cuanto a los motivos aducidos para solicitar el actual tratamiento, el miedo a las enfermedades relacionadas con el tabaco es el más mencionado: el 69% de los pacientes lo menciona. El padecer una enfermedad relacionada es mencionado por el 56,3% de los pacientes. Un 27,9% refiere como motivo el dar ejemplo a otras personas, como hijos/as o pareja. Los motivos económicos y la presión familiar son otras motivaciones habituales (27,9%). Sin embargo, la presión en el trabajo es un motivo minoritario (1,7%) (Figura 31).

Figura 31. Motivos para dejar de fumar (% respuesta múltiple)

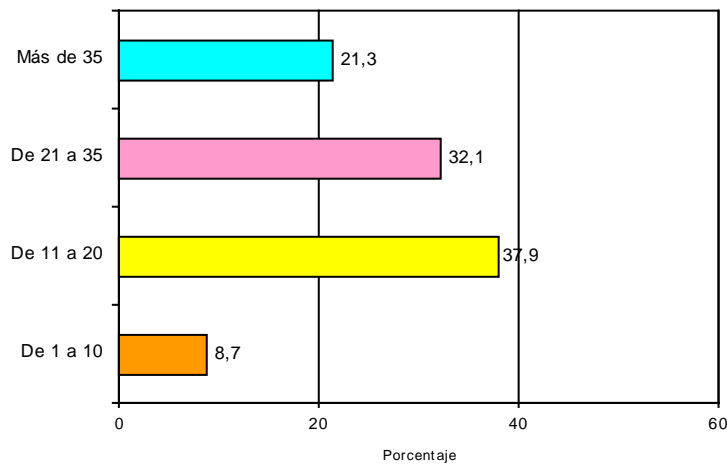


2.2.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

FRECUENCIA

El 8,7% de los usuarios admitidos a tratamiento por adicción al tabaco refiere fumar menos de 10 cigarrillos al día. Otro 37,9% fuma actualmente entre 11 y 20 cigarrillos. Más de la mitad (53,4%) fuma más de 20 cigarrillos diarios.

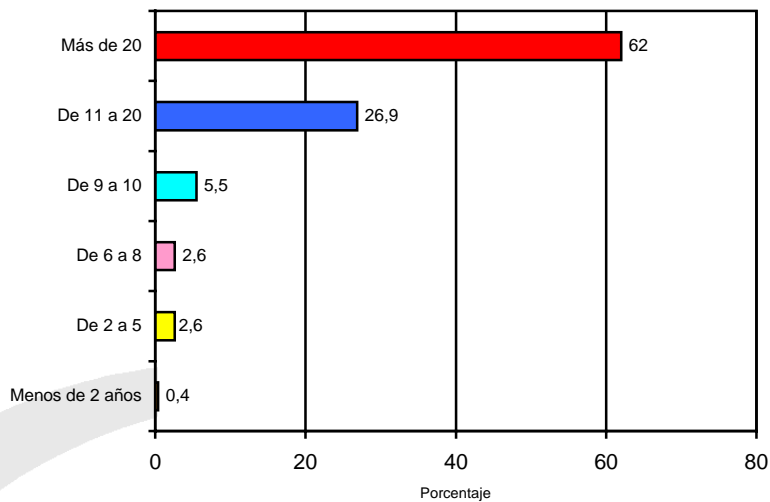
Figura 32. N° de cigarrillos fumados al día (%)



TIEMPO DE CONSUMO

En cuanto al tiempo que lleva fumando, el 62% de los pacientes admitidos lleva más de 20 años fumando, otro 26,9% lleva entre 11 y 20 años. Es decir, el 89,9% de los pacientes admitidos a tratamiento lleva fumando más de 10 años.

Figura 33. Tiempo que lleva fumando (%)



2.2.5. ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES

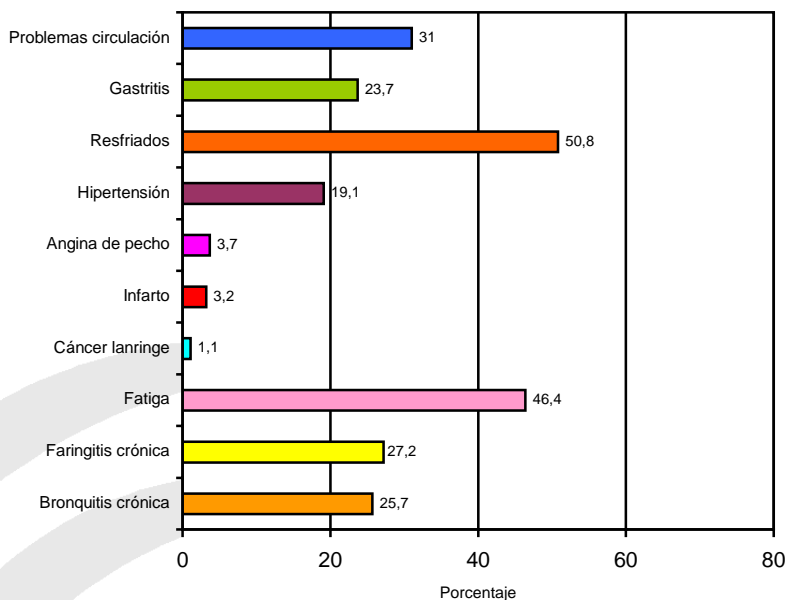
En este apartado se recoge información sobre diversas enfermedades y consecuencias para la salud, relacionadas con el consumo de tabaco, con el fin de conocer el estado de salud de los pacientes adictos al tabaco y la prevalencia de estas enfermedades entre los pacientes en tratamiento por adicción a esta sustancia en la red de drogodependencias.

Concretamente, se registra información sobre bronquitis crónica, faringitis crónica, fatiga, cáncer de laringe, infarto, angina de pecho, hipertensión, continuos resfriados, gastritis y problemas de circulación sanguínea.

Los síntomas más prevalentes entre los usuarios admitidos a tratamiento por adicción a tabaco son los continuos resfriados (50,8%) y la fatiga (46,4%). El porcentaje de pacientes que padece faringitis crónica es también elevado (27,2%), le siguen los problemas circulatorios (31%) y la bronquitis crónica (25,7%).

Un 3,2% de los admitidos a tratamiento ha tenido un infarto en alguna ocasión y un 3,7% padece angina de pecho. El 0,6% padece cáncer de laringe, además, otro 1,1% lo ha padecido en el pasado.

Figura 34. Dolencias que padece o ha padecido (%)



2.3. JUEGO PATOLÓGICO

La Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento por Juego Patológico tiene variables comunes a las que se recogen en la FIBAT de sustancias psicoactivas y otras variables diferentes, por lo que el análisis realizado es distinto según las variables disponibles.

2.3.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En 2003 se analizan por primera vez las admisiones a tratamiento por **juego patológico**. Ese año se produjeron en Andalucía 174 admisiones a tratamiento en la red de drogodependencias por adicción al juego. En 2004, el número de admisiones se eleva a 218, de ellos el 17,9% refiere haber realizado tratamientos previos para esta adicción.

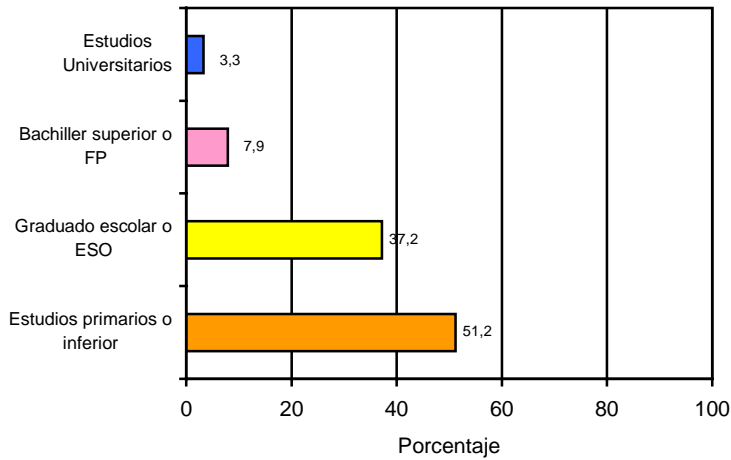
Una gran parte de las admisiones se sigue realizando en las asociaciones de jugadores de azar, que no son notificadas al sistema de información, por lo que las 218 admisiones registradas por el sistema son un porcentaje limitado de las que se producen en Andalucía.

2.3.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El 93,1% de los pacientes admitidos son hombres, encontrándose un 6,9% de mujeres. La edad de los pacientes oscila entre 15 y 67 años, con una media de 36,6 años (desviación típica de 11,9),

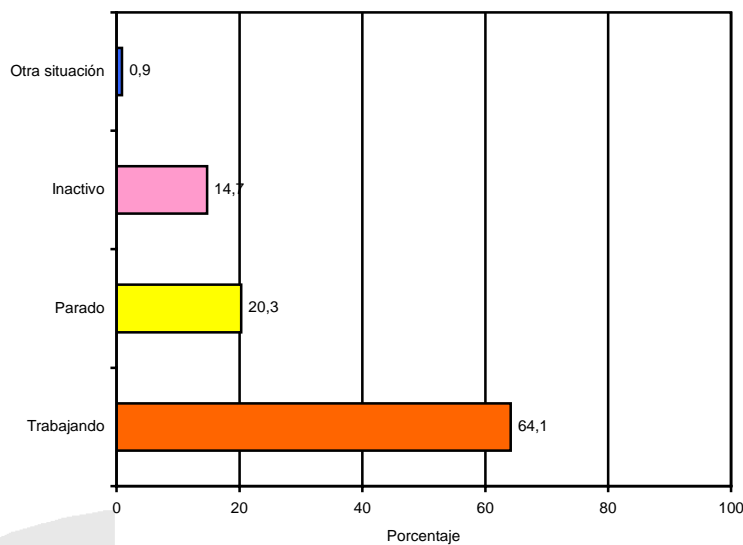
En cuanto al **nivel máximo de estudios** superado por los pacientes, el 51,2% de ellos ha finalizado como máximo la enseñanza primaria y el 37,2% la primera etapa de la secundaria. Un 7,9% ha finalizado la enseñanza secundaria completa y un 3,3% tienen estudios universitarios medios, no encontrándose ningún paciente con estudios universitarios superiores.

Figura 35. Máximo nivel de estudios (%)



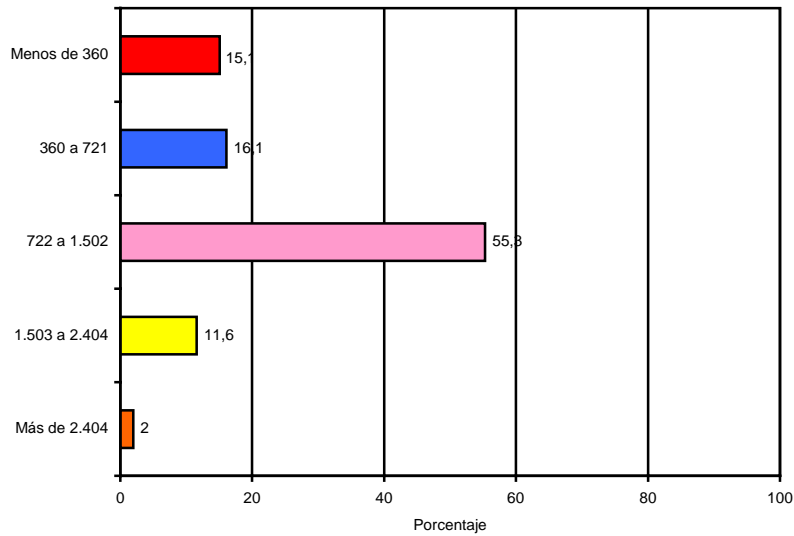
Por lo que se refiere a la **situación laboral**, el 64,1% de estos pacientes se encuentra trabajando; de ellos, un 33,6% tiene un contrato indefinido o es autónomo. Por otro lado, un 20,3% de los pacientes está en paro.

Figura 36. Situación laboral (%)



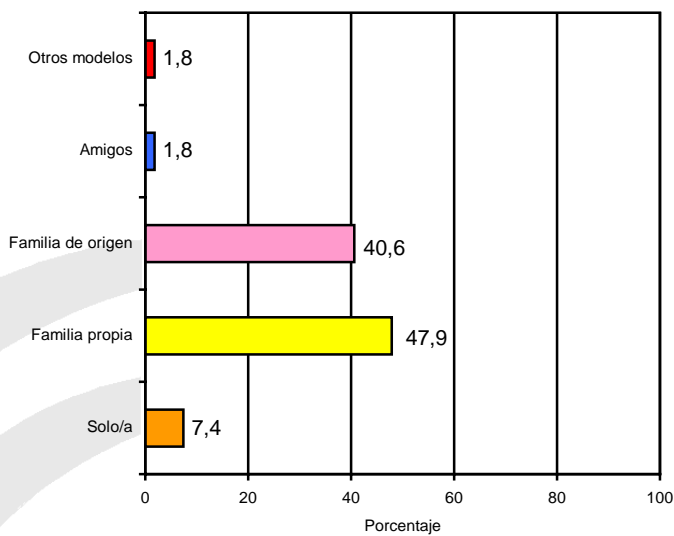
El 55,3% de estos pacientes tiene unos ingresos mensuales totales de entre 722 euros y 1.502. Un 31,2% tiene unos ingresos inferiores a 721 euros al mes y un 13,6% tiene ingresos por encima de los 1.502.53 euros.

Figura 37. Ingresos mensuales totales (%)



En cuanto al **modelo de convivencia**, el 47,9% de los pacientes vive con su pareja y/o con sus hijos. Otro 40,6% vive con sus padres o familia de origen. El 7,4% vive solo y un 1,8% de los pacientes ha vivido en otras circunstancias.

Figura 38. Modelo de convivencia (%)

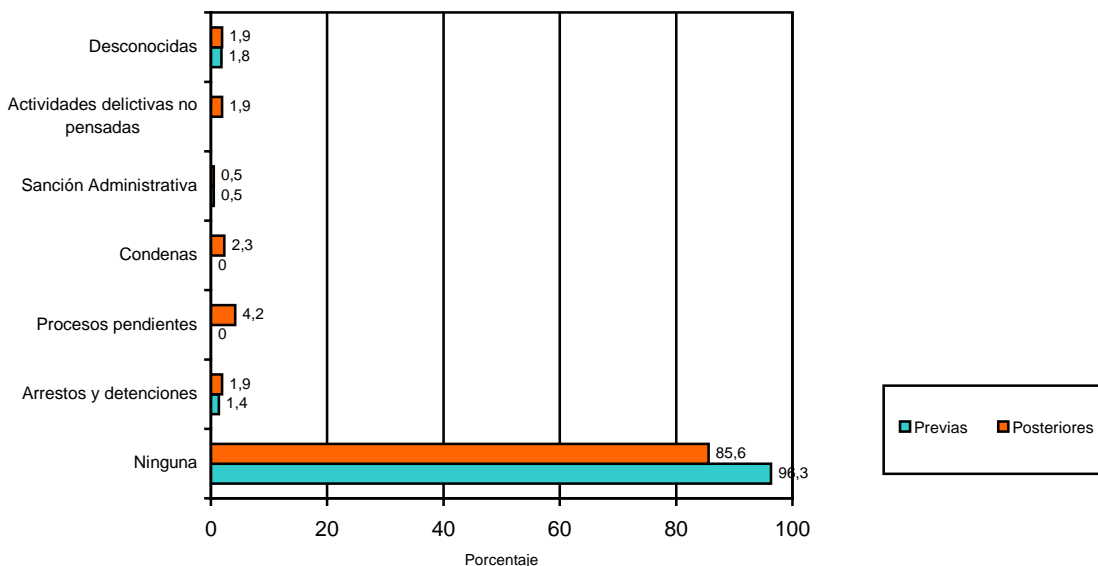


Resulta elevado el porcentaje de pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico que conviven con sus padres o su familia de origen, si bien la mayor parte de ellos (el 65%) es menor de 30 años.

Atendiendo a la **situación legal** de los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico, observamos que el 3,7% de los pacientes tenía alguna incidencia legal previa a la dependencia, incrementándose ese porcentaje hasta el 14,4% tras iniciarse su dependencia. En ningún caso puede afirmarse que este incremento se deba exclusivamente al inicio de la dependencia, ya que existen muchos otros factores a los que puede atribuirse.

En cualquier caso, el porcentaje de pacientes con alguna incidencia legal es reducido en este grupo de usuarios si lo comparamos con los consumidores de sustancias psicoactivas.

Figura 39. Incidencias legales previas y posteriores (%)

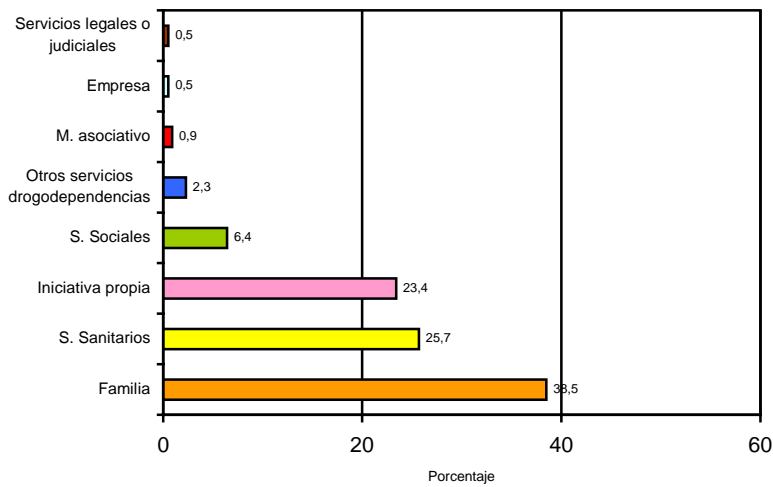


2.3.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

FUENTE DE REFERENCIA PARA LA DEMANDA DE TRATAMIENTO

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia al juego señalan como principal fuente de referencia los familiares y amigos (38,5%). Los servicios de salud (25,7%) y especialmente los servicios de Atención Primaria (17%) son la segunda fuente más mencionada. La iniciativa propia (23,4%), a diferencia de lo que ocurre en el resto de dependencias analizadas, no ocupa el primer puesto, sino que queda como tercera fuente de referencia.

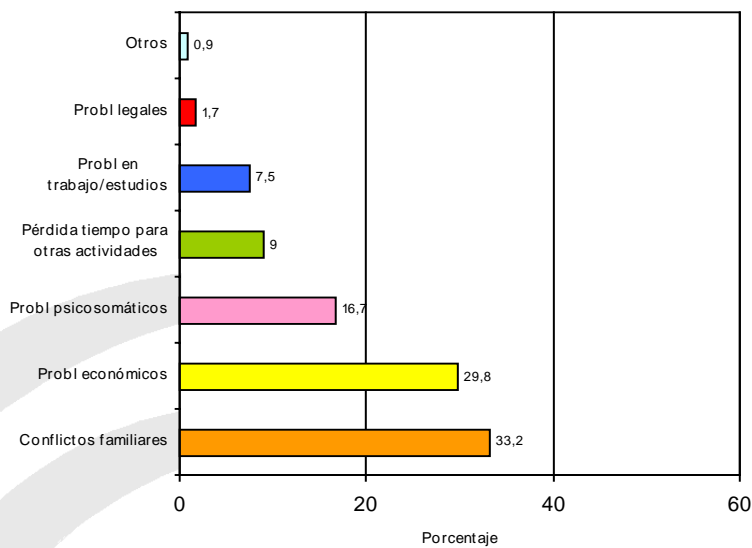
Figura 40. Fuente de referencia principal (%)



PROBLEMAS OCASIONADOS POR LA ADICCIÓN AL JUEGO

En cuanto al tipo de problemas que le ocasionó el juego, los más mencionados son los conflictos familiares (33,2%), un 29,8% indica problemas económicos y un 16,7% señalan problemas relacionados, como dolores de cabeza, malestar o nerviosismo.

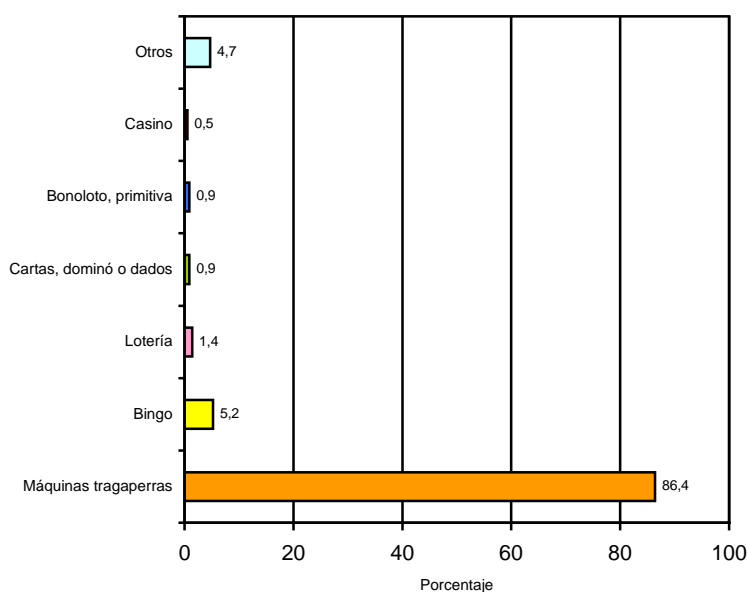
Figura 41. Problemas ocasionados por el juego (%)



2.3.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

De los 218 pacientes admitidos por juego patológico, el 86,4% refiere como juego que más frecuentemente realiza las máquinas tragaperras, un 5,2% indica el bingo y un 4,1% otros juegos.

Figura 42. Juego principal que motiva el tratamiento (%)

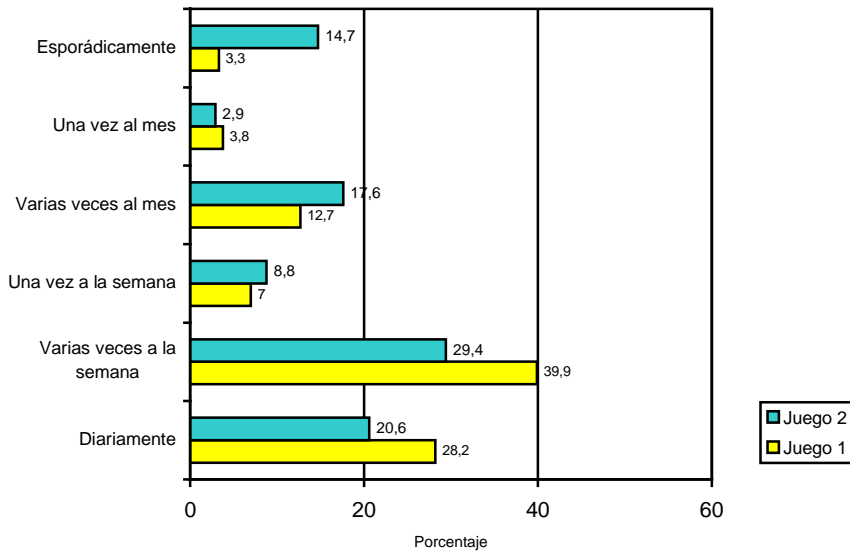


Además del juego principal al que el paciente muestra adicción, se recoge información sobre otros juegos a los que el usuario manifiesta adicción. De los 218 pacientes admitidos, 171 no refieren adicción a juegos secundarios (78,4%). Entre el 21% que sí refieren otros juegos a los que son adictos además del juego principal, el 19,1% señala la bonoloto o primitiva como juego secundario, otro 19,1% la lotería, un 17,6% los cupones, un 11,8% las quinielas y el mismo porcentaje el bingo.

La **frecuencia** con la que los pacientes describen realizar cada uno de los juegos a los que es adicto se va espaciando según se trate del juego principal (el referido en primer lugar) o juegos secundarios. Así, el 39,9% de los pacientes afirma realizar el juego principal varias veces por semana y un 28,2% dice realizarlo diariamente; el restante 32% indica frecuencias inferiores. Sin embargo, para el segundo juego mencionado, el 50% indica realizarlo con una frecuencia menor que varias veces por semana. No analizaremos la frecuencia de práctica de

los juegos mencionados en tercer y cuarto lugar por ser muy pocos los pacientes que los mencionan, resultando una base insuficiente para su análisis.

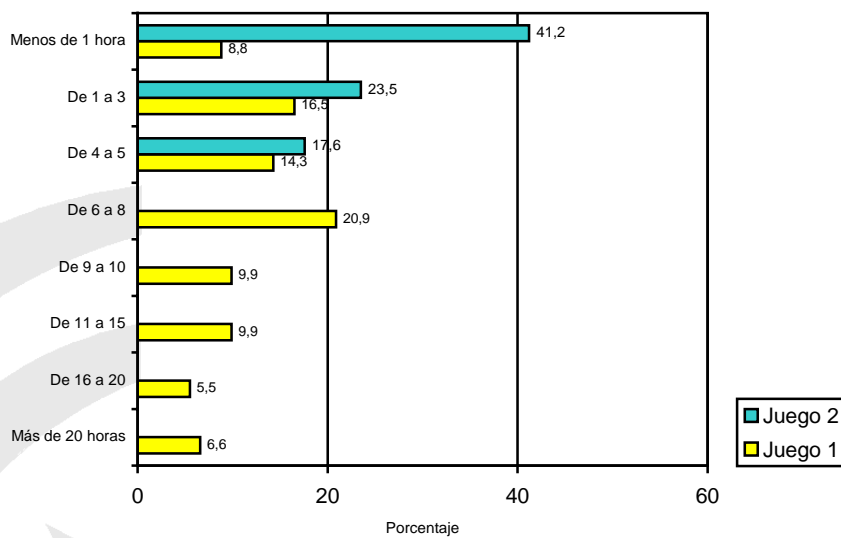
Figura 43. Frecuencia con la que juega (%)



TIEMPO DEDICADO AL JUEGO

Lo mismo se observa en relación con el tiempo dedicado a cada juego: mientras que al juego principal sólo un 8,8% de los pacientes le dedican menos de una hora semanal, al segundo juego mencionado un 41,2% de los pacientes afirman dedicarle menos de una hora semanal.

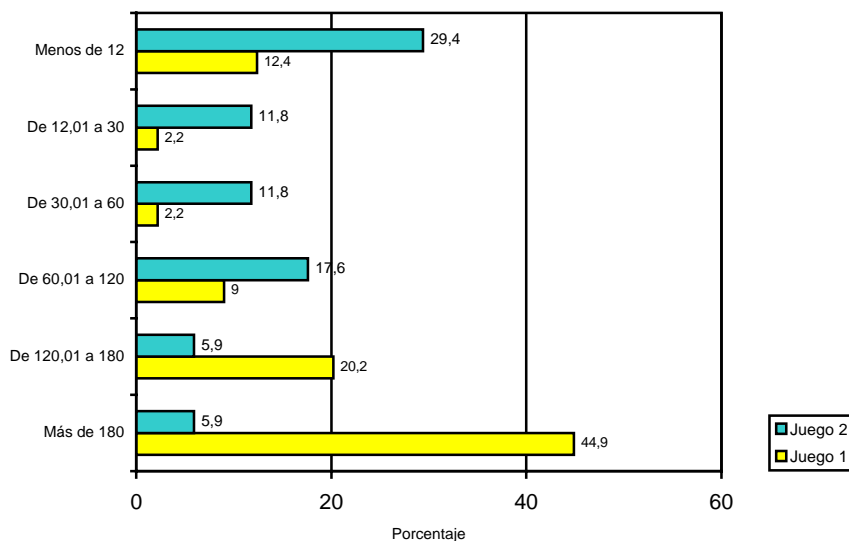
Figura 44. Tiempo dedicado al juego por semana (%)



DINERO GASTADO POR SEMANA

Como cabe esperar, se observa la misma tendencia en lo relativo al dinero gastado en cada juego. Así el 65,1% de los pacientes gasta más de 120 euros semanales en el juego principal y solo un 12,4% afirma gastar menos de 12 euros. Sin embargo, en el caso del juego mencionado en segundo lugar, el 29,4% de los pacientes afirma gastar en ellos menos de 12 euros semanales y sólo un 11,8% gasta más de 120 euros a la semana.

Figura 45. Dinero gastado por semana (%)



2.3.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUSTANCIA CONSUMIDA DURANTE EL JUEGO

De los 218 pacientes que inician o reinician tratamiento por juego patológico en 2004, 140 refieren consumir alguna sustancia durante el juego y 47 refieren consumir al menos dos sustancias.

Al analizar el tipo de sustancias consumidas durante el juego, observamos que el alcohol es la droga más consumida (57,8% de los pacientes que consumen alguna sustancia, indican consumir alcohol); le sigue el tabaco (23%) y la cocaína (12,8%).

Tabla 13. Sustancias consumidas durante el juego

Sustancia consumida	Nº de menciones	% de respuestas
Alcohol	108	57,8
Tabaco	43	23
Cocaína	24	12,8
Estimulantes	7	3,8
Opiáceos	2	1,1
Cannabis	1	0,5
Hipnóticos y sedantes	1	0,5
Desconocido	1	0,5

De los 218 usuarios admitidos en 2004 a tratamiento por juego patológico, 19 afirman haber realizado algún tratamiento previo por consumo abusivo o adicción a sustancias psicoactivas (un 8,9% de los pacientes).



CONCLUSIONES

Los datos ofrecidos por el indicador tratamiento en 2004 mantienen las tendencias que vienen observándose desde el comienzo de la presente década:

- El número total de admisiones y readmisiones a tratamiento aumenta, llegando a 17.616. Sin embargo, se observa una reducción del porcentaje de (re)admisiones originadas por sustancias ilegales, al tiempo que continúa el incremento del porcentaje de tratamientos motivados por adicciones legales (alcohol, tabaco y juego patológico). El incremento en el caso del tabaco y el juego patológico se debe también al aumento del número de centros notificadores.
- El descenso del número de tratamientos motivados por sustancias ilegales se debe a la sostenida reducción de tratamientos iniciados por opiáceos y más concretamente por heroína y/o “rebujaos”, que representaban más del 55% del total de (re)admisiones anuales hasta 2001 y actualmente suponen un 25,5%. Sin embargo, el número de tratamientos motivados por consumo de cocaína y cannabis presentan una tendencia ascendente. El resto de sustancias permanecen estables o con una tendencia leve al alza, como en el caso de las anfetaminas y de los hipnosedantes.
- Además, el 80,2% de los pacientes admitidos por heroína y/ “rebujaos” son readmisiones a tratamiento, es decir, corresponden a pacientes, que ya habían realizado como mínimo un tratamiento anterior por la misma droga. Sólo el 18,8% de ellos son pacientes nuevos.
- El incremento del porcentaje representado por los tratamientos originados por sustancias o adicciones legales (alcohol, tabaco y juego patológico) se debe, por un lado, a que en 2002 comienzan a notificarse los tratamientos motivados por tabaco y en 2003, los motivados por juego patológico, lo cual de por sí hace que aumente el número de tratamientos totales. Pero además, año a año se incrementa el número de (re)admisiones a tratamientos tanto por alcohol como por tabaco y por juego patológico. Desde 2003 el alcohol es la sustancia que más (re)admisiones provoca (31,4% del total), situándose por encima de la heroína y/o “rebujaos”.
- Tal y como veníamos observando desde finales de la década de los 90, el progresivo aumento de tratamientos motivados por sustancias y adicciones diferentes, ha producido una diversificación de perfiles de los pacientes atendidos en

los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la red de drogodependencias de Andalucía. Los modelos de convivencia, la situación laboral y legal de los usuarios atendidos por dependencia al tabaco, alcohol o por ludopatía reflejan una situación de estructuración social mucho más normalizada que la de los pacientes admitidos por opiáceos y también, aunque la diferencia es menor, que aquellos admitidos por cocaína o cannabis.

- Los pacientes admitidos a tratamiento por alcohol presentan la **media de edad** más elevada (42,4 años); por el contrario, los admitidos por consumo abusivo o dependencia a cannabis son los más jóvenes (media de 23,2 años). Los usuarios en tratamiento por tabaco (43) y juego patológico (36,6) presentan medias de edad superiores a los atendidos por dependencia a heroína (35,3) y a cocaína (28,9).
- El porcentaje de mujeres en tratamiento es muy inferior al de hombres (entre el 9,5% entre los pacientes por cocaína y el 15% por alcohol), excepto en el caso del tabaco, donde encontramos un 49,2% de mujeres.
- La **situación laboral** más habitual en todos los grupos de pacientes, excepto los de heroína y/o “rebujao” es estar empleado, ya sea con un contrato fijo, como autónomo o con un contrato temporal. Entre los pacientes atendidos por dependencia a heroína y/o “rebujao” la situación mayoritaria (58,5%) es el paro. Los porcentajes de población inactiva (estudiantes, pensionistas o amas de casa) son más elevados entre los pacientes admitidos por cannabis (33,1%) y tabaco (27,6%); en el primer caso la mayor parte de los usuarios inactivos son estudiantes (29,7% de los admitidos) y entre los admitidos por tabaco existe un 12% de admitidos dedicados a las tareas del hogar.
- La familia de origen o la **convivencia** con la familia propia son los modelos más habituales para todos los pacientes. El 17,8% de los pacientes admitidos por adicción a la heroína y/o “rebujao” han vivido en prisión durante los seis meses previos a la apertura de la ficha. En el caso de los admitidos por tabaco (77,7%) y alcohol (55,4%) el modelo más habitual es la familia propia. Para los admitidos a tratamiento por adicción a cannabis (74%) o por cocaína (52,7%) la situación más común es la convivencia con la familia de origen, lo cual puede atribuirse a que se trata de los pacientes con una media de edad más joven. El porcentaje de pacientes atendidos por juego patológico que conviven con su familia de origen (40,6%), pese a ser inferior al de aquellos que conviven con su familia propia (47,9%), resulta destacado.
- El porcentaje de pacientes con **incidencias legales**, ya sean previas o posteriores al consumo, resulta mínimo en el caso de los admitidos por juego

patológico y alcohol (en el caso del tabaco esta variable no se registra). Sin embargo, entre los admitidos por dependencia a heroína y/ "rebujao", cannabis y cocaína, el porcentaje de pacientes que nunca ha tenido incidencias legales es más reducido, sobre todo cuando se trata de incidencias producidas posteriormente al inicio del consumo.

- En cuanto a la **fuentes de referencia** para iniciar tratamiento, la "iniciativa propia" presenta el porcentaje de respuestas más elevado para los pacientes atendidos por heroína y/o "rebujao" y la familia lo es para los pacientes que inician tratamiento por cocaína, cannabis y alcohol, manteniéndose en un segundo puesto la iniciativa propia. Para los pacientes (re)admitidos por tabaco, la principal fuente de referencia es la iniciativa propia, seguida de los servicios de salud. En el caso del juego, la fuente de referencia más mencionada es la familia y en segundo lugar, los servicios de salud.
- En cuanto a las pautas de **consumo de sustancias psicoactivas**, el perfil detectado para todas las drogas principales (heroína y/o "rebujao", cocaína, cannabis y alcohol) es el del policonsumo. Es decir, los usuarios consumen otras drogas además de la principal, si bien el tipo de drogas secundarias varía según cual sea la droga principal. Así, en el caso de los admitidos a tratamiento por **heroína y/o "rebujao"** que afirman consumir otras drogas, un 48,7% menciona el cannabis como droga secundaria, un 29,1% señala también consumo de alcohol y otro 18,8% de cocaína. El 60,8% de los admitidos por **cocaína** policonsumidores señala consumo de alcohol y un 51,1% de cannabis. Entre los admitidos por **cannabis**, el 56,5% menciona también consumo de alcohol y la cocaína es señalada por el 31,3 % de estos pacientes. De los admitidos a tratamiento por dependencia al **alcohol**, el 14,2% cocaína y el 12,5% cannabis; entre estos pacientes se detecta además una pauta distinta de consumo en función de la edad: el 45,9% de los menores de 30 años afirman consumir cocaína y el 38,6% dice consumir cannabis. El policonsumo es menos habitual entre los mayores de 30 años, siendo el tabaco la sustancia más mencionada por este grupo (77,8% los menciona) y reduciéndose notablemente el porcentaje de quienes afirman consumir también cocaína (19,6%) y cannabis (17,7%).
- La **edad de inicio** al consumo de la droga principal más baja es la del cannabis (16 años) y la del alcohol (17,6). El consumo de heroína y/o "rebujao" y de cocaína se sitúa en los 21 años como media.
- El 53,4% de los pacientes admitidos a tratamiento por **tabaco** fuma más de 20 cigarrillos diarios y el 89,9% lleva más de 10 años fumando. Un 46,8% ha intentado

dejar de fumar anteriormente durante los últimos dos años. Los motivos relacionados con la salud (miedo a las enfermedades relacionadas con el tabaco y padecimiento de alguna de ellas) son los más mencionados para decidirse a dejar de fumar.

- El 86,4% de los 218 pacientes admitidos a tratamiento por **juego patológico** indica como principal adicción las máquinas tragaperras, el 5,2% al bingo y el 4,1% restante a otros juegos. Los conflictos familiares y los problemas económicos son los tipos de problemas ocasionados por el juego que más señalan los pacientes. El 65,1% gasta más de 120 euros semanales en el juego principal.

