

INFORME SOBRE LAS ADMISIONES
Y READMISIONES A TRATAMIENTO
EN ANDALUCÍA. 1^{er} semestre 2004

Dirección General para las
Drogodependencias y Adicciones



Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
METODOLOGÍA.....	4
Instrumento.....	4
Procedimiento.....	5
Población.....	5
RESULTADOS EN ANDALUCÍA.....	6
1. Sustancias psicoactivas ilegales.....	13
1.1. Admisiones y readmisiones.....	13
1.2 Características sociodemográficas.....	14
1.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	21
1.4. Aspectos relacionados con el consumo.....	25
2. Alcohol.....	28
2.1. Admisiones y readmisiones.....	28
2.2 Características sociodemográficas.....	28
2.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	30
2.4. Aspectos relacionados con el consumo.....	30
3. Tabaco.....	32
3.1. Admisiones a tratamiento.....	32
3.2 Características sociodemográficas.....	32
3.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	34
3.4. Aspectos relacionados con el consumo.....	36
3.5. Estado de salud de los pacientes.....	37
4. Juego patológico.....	38
4.1. Admisiones a tratamiento.....	38
4.2 Características sociodemográficas.....	38
4.3. Fuentes de referencia para la demanda de tratamiento.....	42
4.4. Aspectos relacionados con la dependencia.....	43
4.5. Aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.....	44
CONCLUSIONES.....	45

Introducción

El indicador 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 sobre Toxicomanías (SEIT) 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 las 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 muy 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.

Este indicador se articula, además, como una parte 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 el seguimiento y control del desarrollo del mismo, evaluando 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.

En este informe se presentan los resultados obtenidos para este indicador en los seis primeros meses del año 2004 (1/01/2004-30/6/2004). Es preciso tener en cuenta que se trata de resultados provisionales, ya que a lo largo del segundo semestre los resultados pueden variar. Este informe tiene, por tanto, un valor

orientativo de las tendencias observadas durante la primera mitad del año y en este sentido es como deben interpretarse los resultados presentados, a la espera de los datos definitivos del año en curso.

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.

Algunos de los ítems utilizados para recoger esta información están propuestos por el EMCDDA. La recogida de estos ítems se realiza de manera común en todos los centros de tratamiento ambulatorio que hay en Europa. De esta forma, buscan 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.

Desde 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 han sido admitidas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado, por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2004.

A todas estas personas admitidas a tratamiento se les debe cumplimentar la FIBAT, lo que supone que se dispone de los datos de toda la población en estudio. Esto supone 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

En el año 2004, hasta el 30 de Junio, se han producido en Andalucía un total de 8.657 admisiones y readmisiones a tratamiento, 1.087 más que en el mismo periodo del año pasado. Estas fichas se distribuyen, según el tipo de sustancia o adicción del siguiente modo:

Tabla 1. Nº de FIBAT por tipo de sustancia

	2003 (1er semestre)	2004 (1er semestre)
Heroína y 'rebujao'	2119	2.155
Otros opiáceos	130	179
Cocaína	977	1.632
MDMA	29	23
Hipnosedantes	58	86
Cannabis	523	531
Total ilegales	4.570	4.651
Alcohol	2.230	2.747
Tabaco*	690	1.151
Juego patológico**	78	108
Total FIBATs	7.568	8.657
*Sustancia introducida en 2002.		
** Sustancia introducida en 2003.		

Como puede observarse en la tabla anterior, en el primer semestre de 2004, con respecto al mismo período de 2003, se ha producido un incremento en el número de fibats abiertas para todas las sustancias, excepto 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. Se detecta una tendencia al incremento del número de pacientes atendidos por tabaco y juego patológico en la red asistencial pública de drogodependencias en Andalucía.

A falta de completar el año 2004, los datos correspondientes al primer semestre confirman que las tendencias observadas en 2003 se mantienen: así, 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 (heroína + cocaína) como sustancias principales, observándose por el contrario una suave tendencia al alza de la cocaína y el cannabis como sustancias causantes del tratamiento. Por otra parte, las adicciones de carácter legal (alcohol, tabaco y juego patológico) aumentan su porcentualmente 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, tal y como veremos en detalle en el análisis de las variables sociodemográficas y de salud de los apartados siguientes de este informe.

Tabla 2. Evolución porcentual de las sustancias y adicciones que motivan el tratamiento

	2001	2002	2003	2004 (1er semestre)
Heroína y 'rebujao'	55.70 %	39.05 %	29.22 %	24.89 %
Otros opiáceos	0.77 %	0.90 %	2.48 %	2.07 %
Cocaína	7.77 %	10.79 %	17.13 %	18.85 %
Anfetaminas	0.07 %	0.06 %	0.08 %	0.15 %
MDMA	0.30 %	0.55 %	0.28 %	0.27 %
Hipnosedantes	0.40 %	0.64 %	0.70 %	0.99 %
Cannabis	3.93 %	5.59 %	6.28 %	6.13 %
Total ilegales	70.08 %	66.09 %	56.93 %	53.73 %
Alcohol	29.92 %	30.33 %	31.41 %	31.73 %
Tabaco*		3.58 %	9.60 %	13.30 %
Juego patológico**			2.06 %	1.25 %
Total FIBATs	15.100	16.008	16.908	8.657
*Sustancia introducida en 2002.				
** Sustancia introducida en 2003.				

Si las admisiones y readmisiones se analizan **según la provincia** en la que se encuentran los centros, en Almería se registraron 571, en Cádiz 1.1534 en Córdoba 1.328, en Granada 1.055, en Huelva, 552, en Jaén 704, en Málaga 1.182 y en Sevilla 1.731. Sevilla (20%) y Cádiz (17,71%) vuelven a ser las provincias que mayor porcentaje de admisiones y readmisiones han notificado en estos 6 meses del año 2004. Estas dos provincias son, sin duda, las que más fibats notifican motivadas 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 46,7% de las admisiones a tratamiento por tabaco y el 20,2% de las de alcohol de toda la comunidad autónoma.

En la tabla 3 puede verse el número de FIBATs 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	301	239	19	12	571	6,60
Cádiz	1.108	352	40	34	1.534	17,72
Córdoba	226	555	537	10	1.328	15,34
Granada	541	445	57	12	1.055	12,19
Huelva	410	81	56	5	552	6,38
Jaén	267	207	226	4	704	8,13
Málaga	713	431	31	7	1.182	13,65
Sevilla	1.085	437	185	24	1.731	20,00
Total Andalucía	4.651	2747	1151	108	8.657	100,00

PACIENTES EN PRISIÓN

Hemos de tener en cuenta que un número considerable de los pacientes admitidos a tratamiento en este semestre se encuentran en prisión: en este primer semestre de 2004, ha sido admitidos o readmitidos a tratamiento en prisión 530 pacientes, es decir, un 6,12% del total de admisiones y readmisiones producidas. Prácticamente todas las FIBATs que provienen de instituciones penitenciarias son por sustancias psicoactivas ilegales (507 fibats); se han abierto también 22 fibats por alcohol y una por adicción al tabaco.

Tabla 4. Número de FIBAT por institución penitenciaria

Institución	Sustancias ilegales	Alcohol	Tabaco	Total FIBATS	Porcentaje
E.A.I.P. Puerto II	115	5	1	121	22,83
E.A.I.P. Puerto I	34			34	6,42
E.A.I.P. Algeciras	64	1		65	12,26
E.A.I.P. Sevilla II	99	2		101	19,06
E.A.I.P. Huelva	109	7		116	21,89
E.A.I.P. Jaén	13	2		15	2,83
E.A.I.P. Málaga	25			25	4,72
E.A.I.P. Granada		5			
	48			53	10
Total	507	22	1	530	100

Distinguiendo por tipo de sustancia por la que es admitido a tratamiento, observamos que el 76% de los pacientes en prisión, han sido admitidos por heroína y/o “rebujo”, lo que representa un porcentaje muy superior al de los pacientes admitidos a tratamiento por esta sustancia en el total de admisiones del semestre (24,89%). Esta importante diferencia fue entre los porcentajes representados por los pacientes admitidos por heroína y/o “rebujo” en prisión y en el total de admisiones fue también detectado en el primer semestre de 2003: en prisión estos pacientes representaban el 63,75% de los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas¹, sin embargo, este porcentaje era del 25% del total de pacientes admitidos a tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas en Andalucía.

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

Institución	Heroína (“Rebujo”)	Otros opiáceos	Cocaína	Cannabis	Alucinógenos	Hipnosedantes
E.A.I.P. Puerto II	85	2	27			1
E.A.I.P. Puerto I	33	1				
E.A.I.P. Algeciras	44	4	15	1		
E.A.I.P. Sevilla II	74		20			
E.A.I.P. Granada	39	2	6		1	
E.A.I.P. Huelva	97	5	7			
E.A.I.P. Jaén	7	1	5			
E.A.I.P. Málaga	19	2	4			
Total	403	17	84	1	1	1

¹ El año pasado se incluía el alcohol entre las sustancias psicoactivas, sin separarlo de las ilegales; sin tener en cuenta los 6 pacientes que fueron admitidos por alcohol, el porcentaje de pacientes admitidos por heroína y/o “rebujo” es del 64,5%.

PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO MENORES DE EDAD

Del total de pacientes admitidos a tratamiento en este primer semestre de 2004, 180 son menores de edad (2,08% del total de registros del semestre). De ellos, 161 han sido admitidos a tratamiento por sustancias psicoactivas ilegales, 9 por alcohol, 8 por tabaco y 2 por juego patológico.

Entre los menores admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 98 (54,4% del total de menores) lo han sido por cannabis y 42 (23,33%) por cocaína. Los hipnóticos y sedantes son la droga principal de admisión a tratamiento para el 3,33% de los menores y el MDMA para el 2,22%.

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

Dependencia principal	n	%
Cannabis	98	54,44
Cocaína	42	22,33
Alcohol	9	5,00
Tabaco	8	4,44
Hipnóticos y sedantes	6	3,33
Heroína y/ "rebujao	5	2,77
MDMA (éxtasis) y otros derivados	4	2,22
Sustancias volátiles	2	1,11
Juego patológico	2	1,1
Total	180	100,0

En función del género, observamos que 41 de los 180 menores son mujeres, es decir, las mujeres representan el 22,77% de los pacientes menores de 18 años admitidos a tratamiento. Este porcentaje es superior al representado por las mujeres en el total de pacientes admitidos a tratamiento (18,77% de mujeres), lo que puede estar indicando una progresiva incorporación de la mujer joven al abuso y a la dependencia de sustancias psicoactivas.

PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO NACIDOS FUERA DE ESPAÑA

En el primer semestre de 2004, 337 inmigrantes fueron admitidos a tratamiento, esto es, un 3,9% del total de admisiones y readmisiones realizadas correspondieron a población nacida fuera de España.

De los 337 pacientes nacidos fuera de España, 148 proceden de la Unión Europea, 29 de otros países europeos², 62 proceden del Magreb, 10 del resto de África, 73 de América Latina, 10 de Asia, 4 de Estados Unidos y uno de Canadá. En la siguiente tabla podemos ver el número de pacientes admitidos a tratamiento por tipo de adicción y lugar de nacimiento

Tabla 7. Pacientes admitidos procedentes de fuera de España

	Alcohol	Ilegales	Tabaco	Juego Patológico	Total
UE	40	97	7	4	148
Europa no comunitaria	16	13			29
EE.UU.	1	3			4
Canada	1				1
América Latina	42	25	6		73
Magreb	23	32	6	1	62
Africa subsahariana	8	2			10
Asia	2	7	1		10
	133	179	20	5	337

En función del tipo de adicción, observamos que 179 usuarios son admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 133 por alcohol, 20 lo son por tabaco y 5 por juego patológico. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la heroína y o “rebujo”, la cocaína y el cannabis son las que más admisiones motivan: 93, 41 y 22 admisiones respectivamente.

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

² No se han considerado países miembros de la Unión Europea los 10 Estados que se incorporaron el pasado 1 de mayo de 2004 (Chipre, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia), ya que durante la mayor parte del período estudiado estos países no pertenecieron a la UE.

Tabla 8. Pacientes admitidos según la sustancia psicoactiva ilegal que motiva el tratamiento y el lugar de origen

	UE	Resto Europa	Magreb	A. subsahariana	A. Latina	Asia	EE.UU.	Total
Heroína y/o rebujao	58	9	13	1	4	5	3	93
Otros opiáceos	12	2			1			15
Cocaína	17	2	7		13	2		41
Cannabis	8		8	1	5			22
MDMA	1				1			2
Hipnosedantes	1		1		1			3
Sustancias volátiles			3					3

A continuación analizaremos la información obtenida a través de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento, según el tipo de dependencia, distinguiendo cuatro apartados:

1. Sustancias psicoactivas ilegales.
2. Alcohol
3. Tabaco.
4. Juego patológico.

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

1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES.

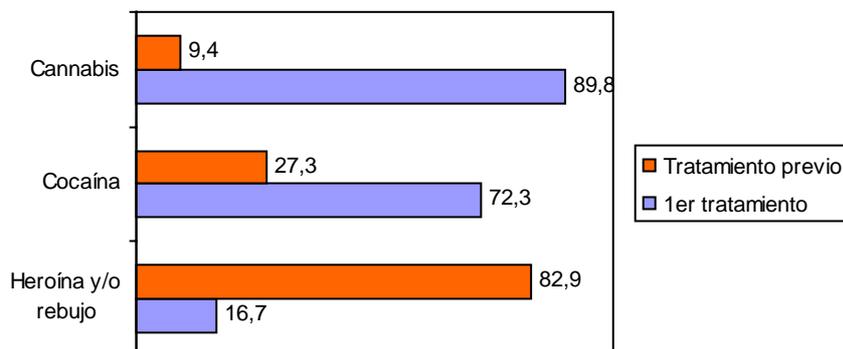
En este apartado analizaremos las Fichas notificadas en el primer semestre de 2004 de admisiones a tratamiento motivadas por drogas ilegales, distinguiendo los perfiles de los pacientes admitidos por las sustancias que más tratamientos han motivado, estas son: heroína/ “rebujao”, cocaína y cannabis.

1.1. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO.

En los seis primeros meses de 2004 se han registrado 4.651 admisiones y readmisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas ilegales. En el caso de 2.387 pacientes se trata de readmisiones a tratamiento (52,7%).

Si se diferencia entre las admisiones y readmisiones a tratamiento producidas por los distintos tipos de sustancias, observamos que es entre los pacientes que inician tratamiento por heroína y/o “rebujao” entre los que más readmisiones se han producido; es decir, entre los pacientes en tratamiento por heroína o “rebujao”, hay un porcentaje mayoritario de pacientes crónicos que ya han realizado tratamientos anteriormente para la misma adicción y que en este semestre inician un nuevo tratamiento, sin embargo, el porcentaje de personas que inicia tratamiento por primera vez por estas sustancias es reducido. Por el contrario, entre los pacientes atendidos por cannabis y cocaína, el número de nuevos pacientes es muy superior al de los pacientes antiguos.

Figura 1. Porcentaje de admisiones y readmisiones a tratamiento en el primer semestre de 2003 según sustancia



1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Como se ha visto anteriormente, en las admisiones y readmisiones que han tenido lugar durante el primer semestre del año 2004 no existe una única droga principal que represente a la mayoría de las admisiones a tratamiento. Por el contrario, los porcentajes están repartidos entre la heroína y 'rebujao', 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 en general.

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

	Heroína y/o rebujao	Cocaína	Cannabis
Media	35,26	29,33	23,96
Desviación típica	7,24	8,18	7,62
Rango	13-67	14-74	12-52
% menores	0,20%	2,60%	18,60%

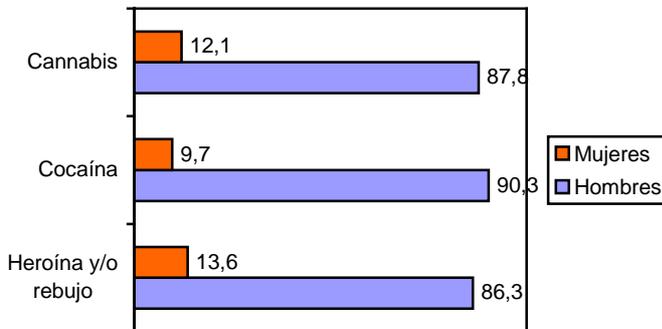
Los pacientes que solicitan tratamiento para su adicción a la heroína o "rebujao" presentan la media de edad más avanzada (35,26 años), mientras que los pacientes que lo solicitan por abuso o adicción a cannabis son los más jóvenes (23,96 años). Además, el porcentaje de pacientes admitidos a tratamiento por cannabis que

son menores de edad es notablemente más alto que para el resto de las sustancias: un 18,6% del total de los admitidos a tratamiento por esta sustancia son menores de 18 años.

GÉNERO DE LOS PACIENTES

Al analizar el sexo de los pacientes, se aprecia que, independientemente de la droga que motiva el tratamiento, los pacientes son mayoritariamente hombres. Las diferencias que existen respecto al sexo entre los consumidores de las tres sustancias son escasas, siendo ligeramente más elevado el porcentaje de pacientes mujeres en el caso de la heroína o “rebujo” (13,6% de mujeres).

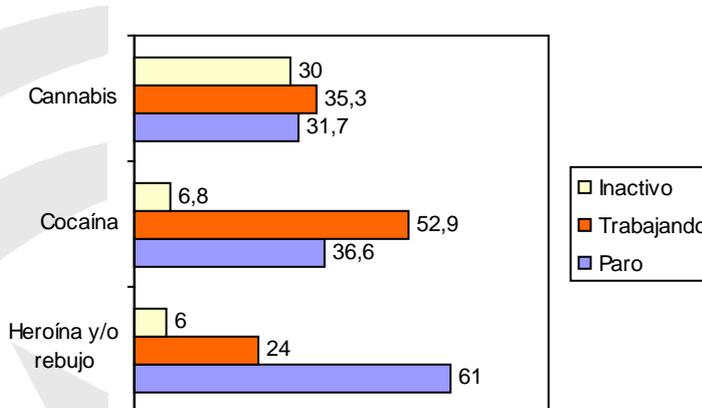
Figura 2. Porcentaje de hombres y mujeres según droga principal en el primer semestre de 2003



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 3 se muestran las alternativas de respuesta más significativas encontradas.

Figura 3. Situación laboral según sustancia

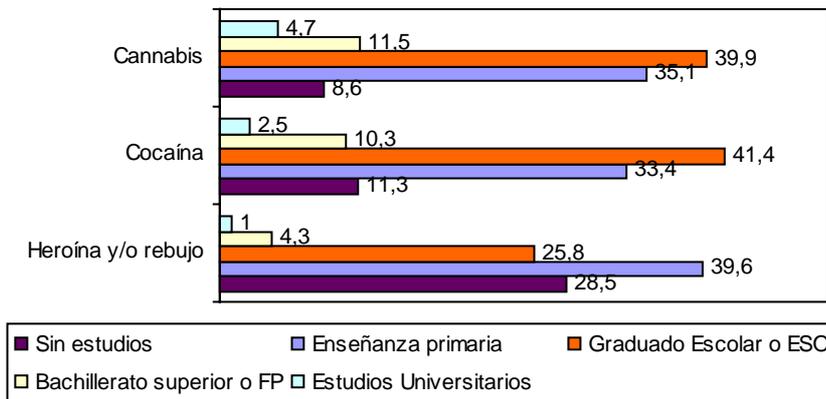


Como puede verse en la figura anterior, entre los pacientes admitidos a tratamiento por heroína, hay un 61% en paro; por su parte, entre los admitidos por cocaína, el grupo mayoritario se encuentra trabajando en el momento de ser admitido a tratamiento (52,9%), habiendo también alto el porcentaje de parados (36,6%). En cuanto a los pacientes admitidos por abuso o dependencia a cannabis, destaca la presencia de un 30% de inactivos, concretamente el 26,6% se encuentran estudiando, lo cual se explica por la juventud de este grupo de pacientes.

NIVEL DE ESTUDIOS

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

Figura 4. Nivel máximo de estudios según sustancia



Según puede verse, los pacientes admitidos a tratamiento por adicción a heroína tienen el nivel de estudios finalizados más bajo. Los porcentajes de pacientes con graduado escolar, bachillerato y estudios universitarios finalizados son similares entre los pacientes admitidos por cocaína y con cannabis.

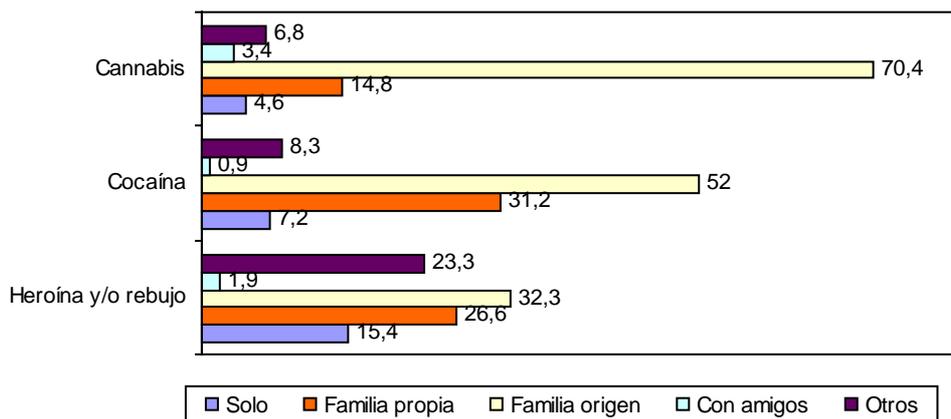
CONVIVENCIA

Cuando se analiza con quién conviven los pacientes, se observa que la familia propia o la de origen son los dos modelos de convivencia mayoritarios entre los pacientes registrados.

Entre los que demandan tratamiento por **cannabis**, la mayoría (70,4%) vive con la familia de origen, y un 14,8% vive con su pareja o con su propia familia. En los pacientes cuyo tratamiento está motivado por la **cocaína**, lo más frecuente es que vivan con su familia de origen (52%) o bien con su familia propia o pareja (31.2%).

Entre los pacientes admitidos a tratamiento por **heroína**, hay también un porcentaje importante de pacientes que indican haber vivido bajo otros modelos diferentes (23,3%). Por otro lado, el 23,8% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína y/o “rebuja” refiere haber vivido en prisión durante los últimos 6 meses, porcentaje que se reduce al 5,7% en el caso de los pacientes admitidos por cocaína y al 2,3% en el de los pacientes que tiene como droga principal el cannabis.

Figura 5. Modelo de convivencia en los últimos 6 meses



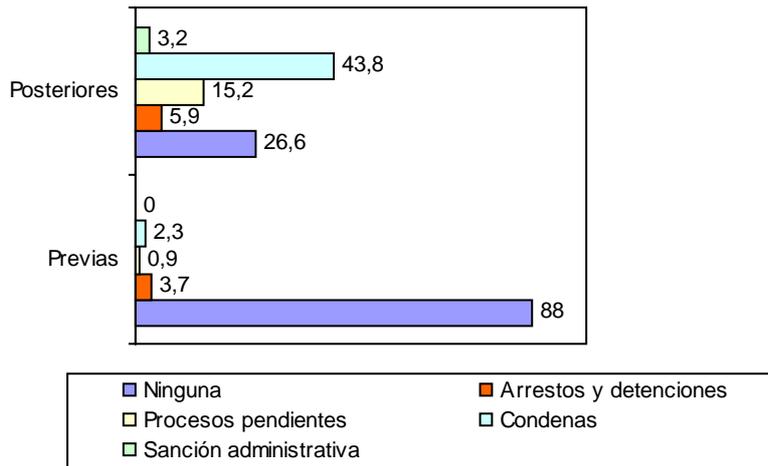
INCIDENCIAS LEGALES

En el análisis de las incidencias legales de los pacientes, se ha optado por mostrar 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 el tratamiento por adicción a **heroína**, el porcentaje que tenía incidencias legales antes de iniciar el consumo era del 12%. Tras el inicio del consumo de ésta, el porcentaje de pacientes que tienen incidencias legales se incrementa hasta el 73,4%. A pesar de esta diferencia en la situación legal

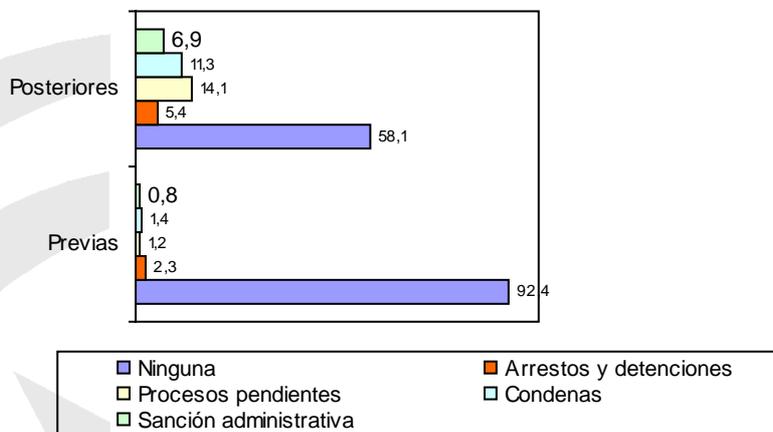
antes del inicio del consumo y posterior al mismo, los datos no permiten establecer una relación causa – efecto entre el inicio del consumo y estar encausado judicialmente por actos delictivos. Existen otras muchas variables que puedan probablemente influir en la realización de dichos actos y que no son controladas en este estudio.

Figura 6. Incidencias legales admitidos por heroína



Si se analizan estas variables entre aquellos pacientes cuya droga principal es la **cocaína**, se encuentra que el 7,6% de los pacientes tenía incidencias legales previas al consumo. En cambio, el porcentaje de pacientes que tiene incidencias legales después de haber iniciado el consumo es del 41,9%.

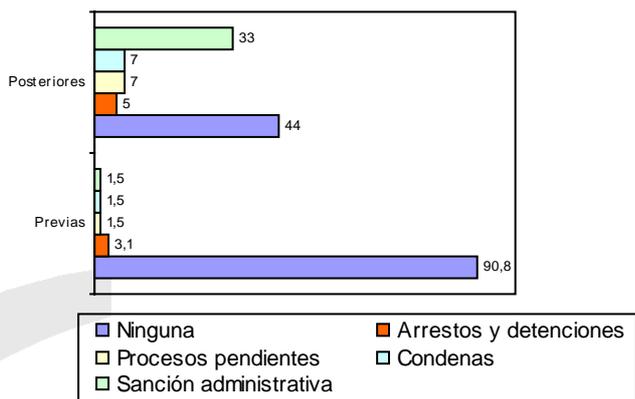
Figura 7. Incidencias legales de pacientes admitidos por cocaína



Finalmente, 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 8.

En dicha gráfica se aprecia claramente que un elevado porcentaje de los pacientes han pasado a tener sanciones administrativas después de haber iniciado el consumo de **cannabis**. Concretamente se observa que sólo un 1,5% de los pacientes tenía dichas sanciones antes de haber empezado a consumir, mientras que posteriormente al inicio del consumo el porcentaje asciende al 33%. A la hora de interpretar este porcentaje, es preciso tener en cuenta que la realización de tratamiento en un centro especializado de drogodependencias exime del pago de la multa correspondiente a la sanción administrativa por tenencia o consumo de esta sustancia, lo que puede motivar a un porcentaje importante de estos pacientes a acudir a recibir tratamiento. Con el fin de comprobar esta hipótesis, estamos actualmente investigando sobre la existencia de una sanción administrativa que motive la demanda de tratamiento entre los consumidores de esta sustancia.

Figura 8. Incidencias legales admitidos por cannabis



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** un 43,8% ha tenido condenas posteriores al consumo, mientras que entre los adictos a la **cocaína** el porcentaje de pacientes con condenas es del 11,3% y del 7% entre los consumidores de cannabis.

Por otro lado, las sanciones administrativas suponen el 33% 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 heroína o rebujo (3,2%).

Es decir, no solo encontramos diferencias en los porcentaje globales de presencia de incidencias legales según el tipo de sustancia que motiva el tratamiento, sino que también el tipo de incidencias varía.

1.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

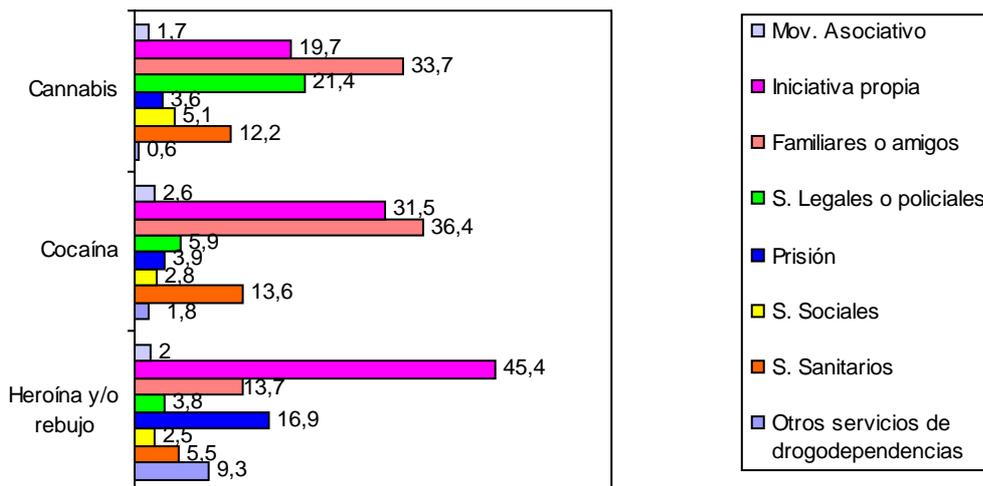
A continuación se expondrán los resultados obtenidos para un grupo de variables que se relacionan con la demanda de tratamiento por parte del paciente. Se analizan las fuentes que recomiendan al paciente que solicite el tratamiento, el tipo de tratamiento demandado por los pacientes, así como cuál es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

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL

La fuente de referencia (persona, colectivo, asociación, institución, etc.) que lleva a los pacientes a demandar tratamiento también varía según el grupo de pacientes del que se trate. Asistir por 'iniciativa propia' representa un porcentaje importante en todos los casos, especialmente para los pacientes que inician tratamiento por adicción a **heroína y/o rebujo** (45,4%), para los que es la opción de respuesta mayoritaria; para este grupo de usuarios la prisión ocupa el segundo lugar entre las fuentes de referencia más nombradas, aunque a una distancia considerable (16,9%). También en el caso de los usuarios adictos a **cocaína** la iniciativa propia es una opción altamente mencionada (31,5%), si bien algo menos que los familiares o amigos (36,4%).

Resulta notablemente superior al resto el porcentaje de usuarios admitidos a tratamiento por adicción a **cannabis** que indican los servicios legales o policiales como fuente de referencia principal (21,4%), aunque también para este grupo la principal fuente de referencia son los amigos y familiares (33,7%).

Figura 9. Fuente de referencia principal



TIPO DE DEMANDA

Cuando los pacientes solicitan tratamiento, en los tres grupos se encuentran diferencias en el tipo de demanda que realizan. La solicitud de ayuda inespecífica representa un porcentaje considerable entre los usuarios admitidos a tratamiento por las diversas adicciones a sustancias psicoactivas consideradas, pero resulta especialmente elevado entre aquellos que lo solicitan por adicción a cannabis (39,1%) y cocaína (21,6%).

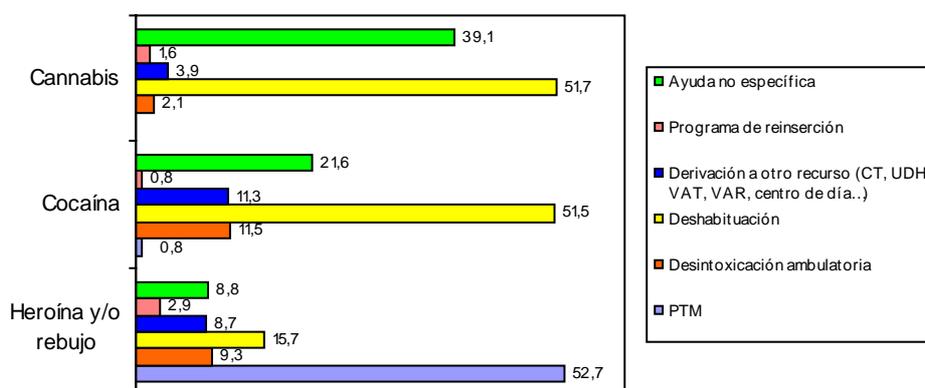
Entre los pacientes cuya droga principal es la **heroína**, el 52,7% acude para solicitar la admisión en el Programa de Tratamiento con Metadona. También hay un 15,7% que demanda deshabituación y un 9,3% desintoxicación ambulatoria. En el grupo de pacientes por **cocaína**, la deshabituación es el tipo de tratamiento más solicitado (51,5%). Además, también existe un 11,5% de los pacientes que quieren iniciar un programa de desintoxicación ambulatoria. Finalmente, en el grupo de

pacientes por **cannabis** existe un 51,7% de pacientes que solicitan iniciar un programa de deshabituación.

Los programas de reinserción son todavía poco solicitados por los usuarios en el momento de entrada a la red asistencial, si bien en este primer semestre de 2004 hay un 3% de usuarios que inician tratamiento por heroína que los solicitan.

Son los pacientes admitidos por cocaína los que en mayor proporción solicitan la derivación a otros recursos de la red asistencial de drogodependencias (comunidades terapéuticas, centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria), concretamente, el 11,3% de ellos los solicitan; este porcentaje es del 8,7% en el caso de los adictos a heroína y del 3,9% en el caso de los pacientes admitidos por cannabis.

Figura 10. Tipo de demanda



TIPO DE ASISTENCIA PRESCRITA

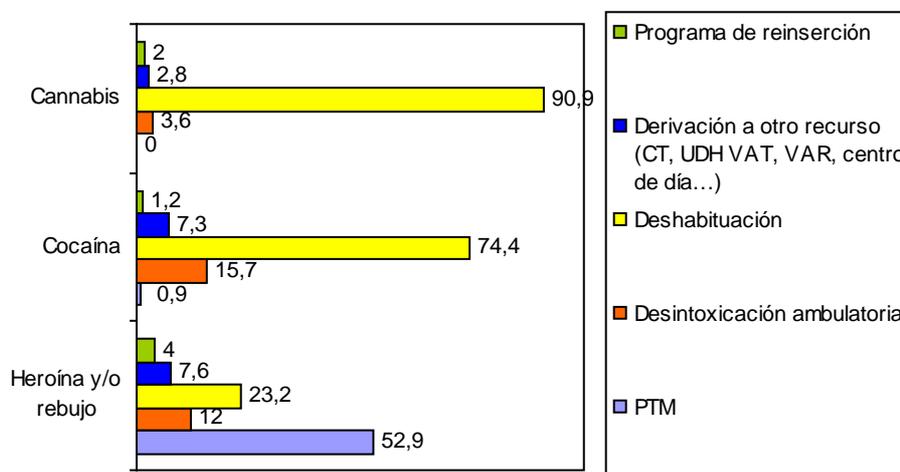
A pesar de la demanda solicitada por los pacientes, el tipo de asistencia prescrita por los terapeutas puede diferir según las necesidades identificadas por éstos. No obstante, en general, los resultados de una y otra variable son similares.

En el caso de los pacientes cuya droga principal es la **heroína ('rebujao')** un 52,9% de los pacientes inician un programa de tratamiento con Metadona. Un 74,4% de los pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cocaína** inician un

tratamiento de deshabitación. Además, un 13,2% realiza un tratamiento de desintoxicación ambulatoria rápida.

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% 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 90,9% de estos pacientes empiezan un programa de deshabitación.

Figura 11. Tipo de tratamiento prescrito



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.

En el grupo de pacientes cuya droga principal es la **heroína** se encuentra que la edad media es de 21,13 años (desviación típica: 6,5).

En cuanto a los pacientes cuya droga principal es la **cocaína** la edad de inicio al consumo de esta sustancia es prácticamente igual a la de los admitidos por heroína. Así, la edad media es de 21,58 años (desviación típica: 6,74).

En el grupo de pacientes admitidos a tratamiento por **cannabis** es en el que se encuentra la edad media de inicio del consumo inferior. Así, el valor de ésta es de 16,33 años. Además, la desviación típica (3,83) indica que los datos se concentran en torno a esa edad media.

Tabla 10. Edad de inicio al consumo de la droga principal

Droga Principal	Recuento	Máximo	Mínimo	Media	D.T.
Heroína (rebujaos)	2040	61	6	21.13	6.50
Cocaína	1571	63	6	21.58	6.75
Cannabis	496	44	7	16.33	3.83

TIEMPO 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 **heroína (“rebujo”)** son los que más tiempo llevan consumiendo esta sustancia (presentan una media de 14,11 años consumiendo).

Tabla 11. Años que lleva consumiendo la droga principal

Droga Principal	Recuento	Máximo	Mínimo	Media	D.T.
Heroína (rebujaos)	2057	36	0	14.11	6.61
Cocaína	1586	39	0	7.73	5.82
Cannabis	500	33	0	7.66	6.79

Los pacientes admitidos por adicción a la **cocaína** o **cannabis** llevan menos años de consumo (7,73 años y 7,66 como media).

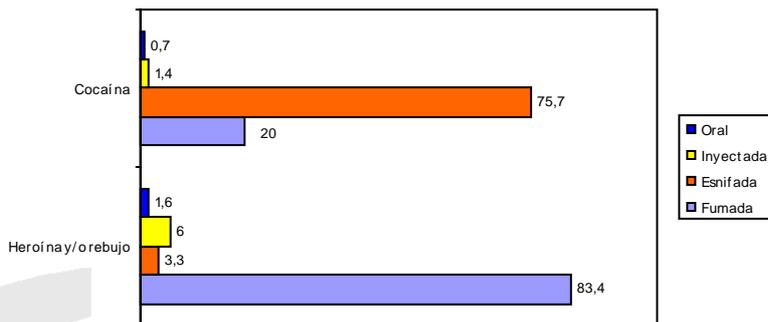
VÍA DE ADMINISTRACIÓN

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 cuya droga principal es la **heroína**, la vía más frecuente es la fumada ('chinos' o 'papel de plata'), utilizándola un 83,4% de éstos. Respecto a la vía inyectada, ésta la han utilizado un 6% de los pacientes durante el mes anterior a la solicitud de tratamiento.

De los pacientes cuya droga principal es la **cocaína**, el 75,7% utiliza la vía esnifada durante el último mes antes de iniciar el tratamiento. Un 20% la fuman en chinos, papel de plata, etc. También se aprecia que un 1,4% se la inyectan.

Figura 12. Vía principal de administración



2. ALCOHOL

En este apartado analizaremos las Fichas notificadas en el primer semestre de 2004 de admisiones a tratamiento motivadas por alcohol.

2.1. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO.

En los seis primeros meses de 2004 se han registrado 2.747 admisiones y readmisiones a tratamiento por alcohol, siendo un 39,2% de ellas readmisiones, es decir, personas que han realizado anteriormente algún tratamiento motivado por la misma sustancia.

2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO

La edad media de estos pacientes es de 42,4 años (desviación típica de 10,33), siendo el 25% más joven menor de 35 años. Nueve de estos pacientes (0,3%) son menores de edad.

GÉNERO DE LOS PACIENTES

El porcentaje de mujeres es del 15,2%, siendo el 84,8% hombres, presentando ambos grupos una media de edad muy similar, aunque algo superior en el caso de las mujeres: 42,25 años de media entre los hombres y 43,4 años las mujeres.

SITUACIÓN LABORAL

El 54,2% de los pacientes admitidos a tratamiento por alcohol se encuentran trabajando, siendo el 31,4% indefinido o autónomo. Un 27,7% de ellos se encuentra parado y el 16,4% inactivo, es decir, pensionista, estudiando o realizando labores del hogar.

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel máximo de estudios de los pacientes, el 55,7% o bien no realizó ningún nivel reglado de estudios o bien finalizó la enseñanza primaria. Un 24,3% ha finalizado estudios de formación profesional o bachillerato obligatorio, un 12,4% ha finalizado la segunda etapa de la enseñanza secundaria y 7% tiene estudios universitarios.

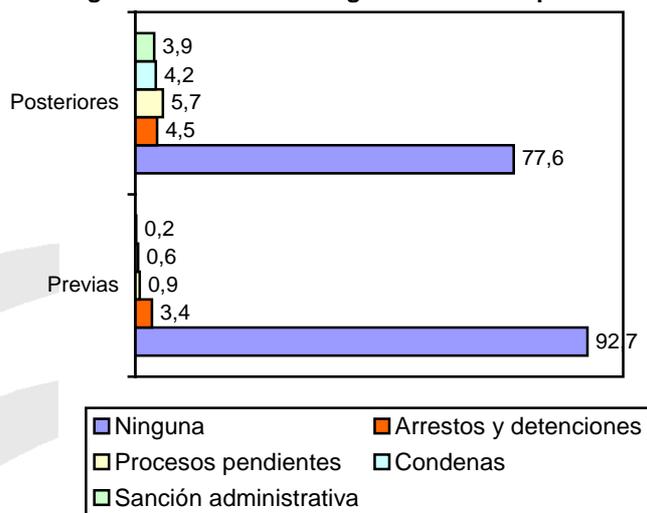
CONVIVENCIA

El 53,5% de estos pacientes convive con su familia propia (pareja y/o hijos); un 24% vive con su familia de origen y un 17,4% vive solo. Solo un 5% vive bajo otros modelos de convivencia, habiendo vivido en prisión en los últimos 6 meses un 1,4% de los pacientes.

INCIDENCIAS LEGALES

El 7,3% de los pacientes admitidos a tratamiento tenía alguna incidencia legal antes de iniciar el consumo de esta sustancia; tras iniciar el consumo, el porcentaje de pacientes con alguna incidencia legal es del 22,4%. En la siguiente gráfica pueden verse el tipo de incidencias concretas de las que se trata.

Figura 13. Incidencias legales admitidos por alcohol

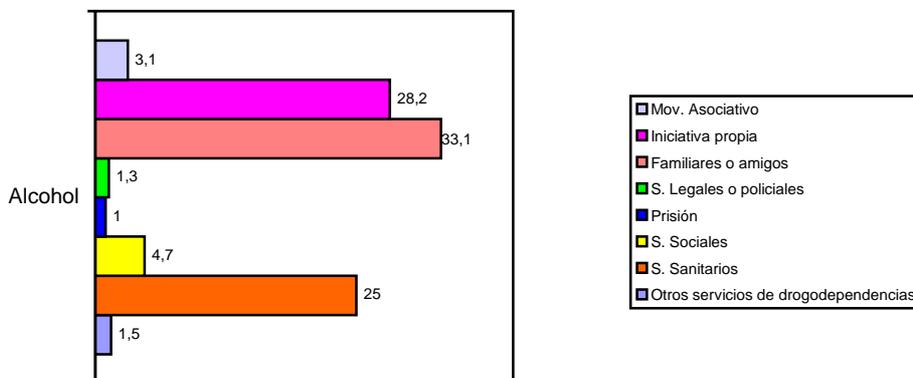


2.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL

La mayor parte de los pacientes admitidos a tratamiento por alcohol tienen como fuente de referencia la familia y amigos (33,1%) o bien la iniciativa propia (28,2%). También hay un 25% que acuden a demandar tratamiento, motivado por los servicios de salud primarios o especializados.

Figura 14. Fuente de referencia principal



2.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

A continuación se presentan un grupo de variables que están relacionadas con el consumo de alcohol. 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

La edad media con la que los pacientes empezaron a consumir alcohol son los 18 años (desviación típica 7,04), se trata por tanto de una sustancia que comienza a consumirse a edades muy tempranas, si bien esta edad media de inicio es dos años mayor a la observada para el inicio al consumo de los pacientes admitidos a tratamiento por cannabis (16,33).

Por otra parte, el inicio del abuso de alcohol, se ubica como media en los 26,65 años, es decir casi 11 años después de la prueba.

Los pacientes que han sido admitidos a tratamiento en este semestre por alcohol, llevan una media de 16 años de abuso de la sustancia.

3. TABACO

3.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En el primer semestre de 2004 se han admitido a tratamiento por tabaco 1.151 pacientes. Esta cifra es muy superior a la alcanzada en el primer semestre del año pasado, cuando se notificaron 690 admisiones a tratamiento por esta sustancia.

3.2. 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 11,21 indica una notable dispersión de los valores de esta variable, de hecho, las edades de los pacientes oscilan entre un mínimo de 15 años y un máximo de 81. El 25% de los pacientes admitidos tienen menos de 36 años y el 50% tiene menos de 42. Es preciso señalar que 8 de estos pacientes son menores de edad.

GÉNERO

A diferencia de lo observado para el resto de las sustancias psicoactivas, y – como veremos posteriormente- a diferencia del juego patológico, en el caso del tabaco la mayoría de los pacientes admitidos son mujeres (52% frente al 48% de hombres). Es la única sustancia y adicción en la que el porcentaje de mujeres supera el 15%.

ESTUDIOS REALIZADOS

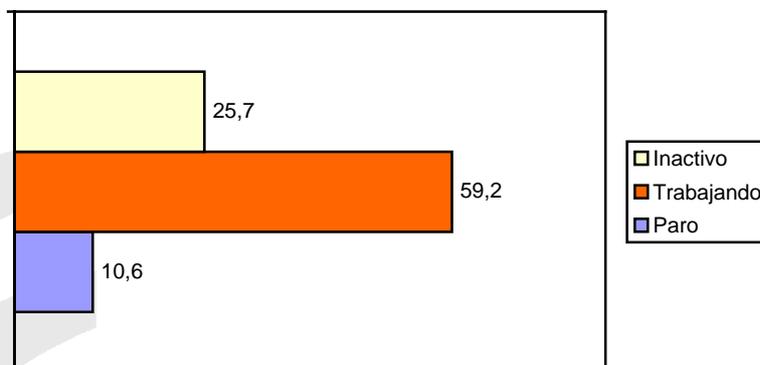
El 11,7% de los pacientes admitidos por tabaco no ha finalizado la enseñanza primaria; el 25,1% tiene la enseñanza primaria completa y un 26,8% la primera etapa de secundaria. Encontramos también un 17,1% de pacientes con la segunda etapa de secundaria finalizada y un 18,3% con estudios universitarios. Es decir, se trata de un grupo de pacientes con un nivel de estudios alto, sin duda, son pacientes con un nivel de estudios muy superior al de los admitidos por otro tipo de adicciones.

SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a la **situación laboral** de los pacientes admitidos por adicción al tabaco, el 59,2% tiene actualmente un trabajo remunerado; de ellos un 42,5% tiene un contrato indefinido o es autónomo y un 16,7% tiene un contrato temporal.

El porcentaje de pacientes en paro es muy inferior a los encontrados en el resto de sustancias analizadas (10,6%). Sin embargo, se encuentra un porcentaje elevado de inactivos (25,7%), que se explica porque en este grupo de pacientes hay un 11,8% de personas dedicadas a las labores del hogar (el porcentaje de personas dedicadas a estas labores es del 0,5% en el grupo de heroína y 0,6% en el de cocaína, del 0,2% para el de cannabis y del 3,4% en el grupo de alcohol). El mayor porcentaje de mujeres entre los pacientes por adicción al tabaco explica ese superior porcentaje.

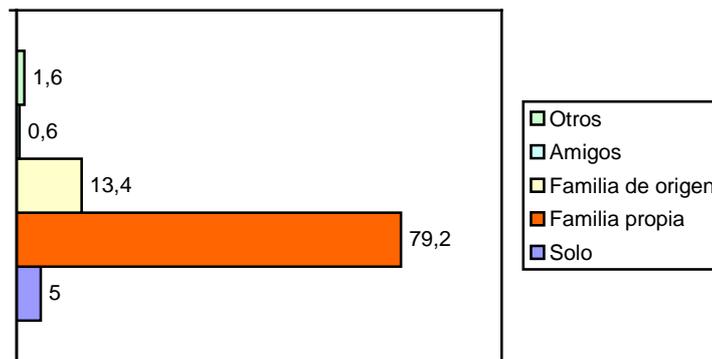
Figura 15. Situación laboral en el momento de la admisión



TIPO DE CONVIVENCIA

En cuanto al modelo de convivencia en los últimos 30 días de estos pacientes, se observa que el 79,2% vive con su pareja, con o sin hijos; el 13,4% vive con su familia de origen y un 5% vive solo.

Figura 16. Convivencia

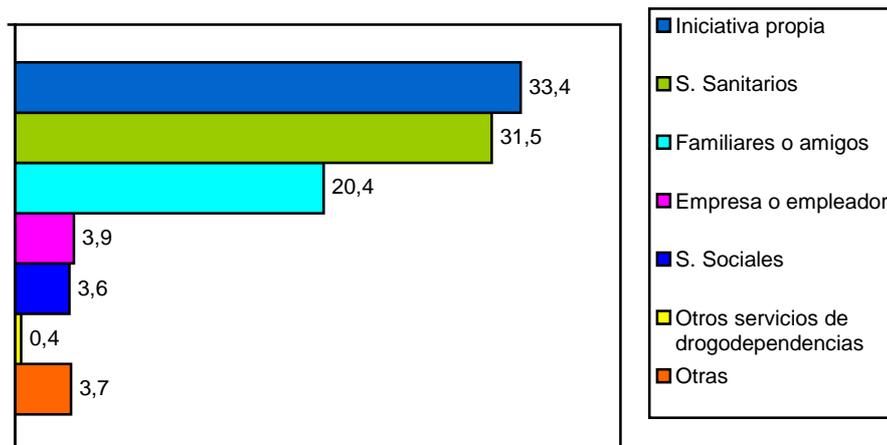


3.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

FUENTE DE REFERENCIA

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia al tabaco refieren como principal fuente de referencia la iniciativa propia (33,4%). La segunda opción más mencionada son los servicios de salud (31,5%) y especialmente los servicios de Atención Primaria (29,3%). Los familiares y amigos son también una fuente de referencia importante (20,4%).

Figura 17. Fuente de referencia principal



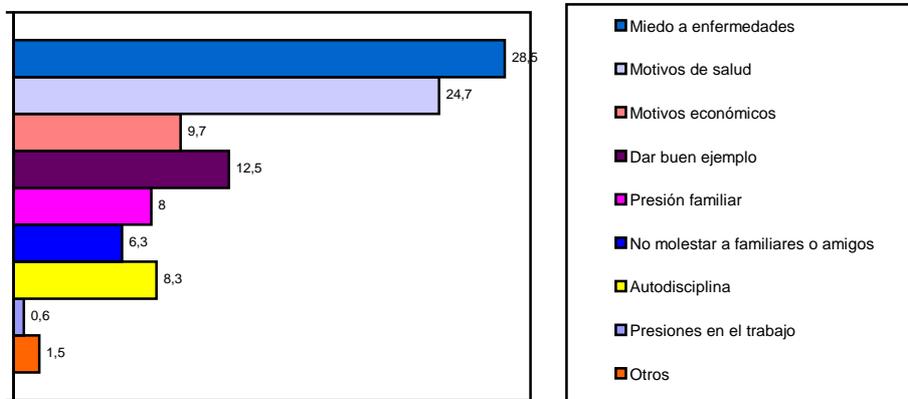
INTENTOS PREVIOS DE DEJAR DE FUMAR

El 47,6% de los pacientes ha intentado dejar de fumar en otras ocasiones en los dos últimos años. De los 524 pacientes que intentaron dejar de fumar previamente, 86 (7,5%) lo hicieron con ayuda profesional al menos en una ocasión.

MOTIVOS POR LOS QUE DEMANDA EL TRATAMIENTO

En cuanto a los motivos aducidos para solicitar el actual tratamiento, los motivos relacionados con la salud (motivos de salud o miedo a las enfermedades que produce) son los más mencionados: el 53,2% de los pacientes los menciona. Un 12,5% 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. Sin embargo, la presión en el trabajo es un motivo minoritario (0,6%).

Figura 18. Motivos para dejar de fumar

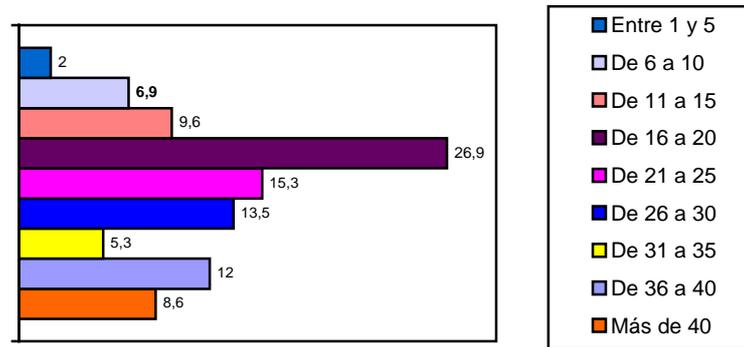


3.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

FRECUENCIA DE CONSUMO

El 8,9% de los usuarios admitidos a tratamiento por adicción al tabaco en este semestre refiere fumar menos de 10 cigarrillos al día. Otro 36,5% fuma actualmente entre 11 y 20 cigarrillos. El 54,6% restante fuma más de 20 cigarrillos diarios.

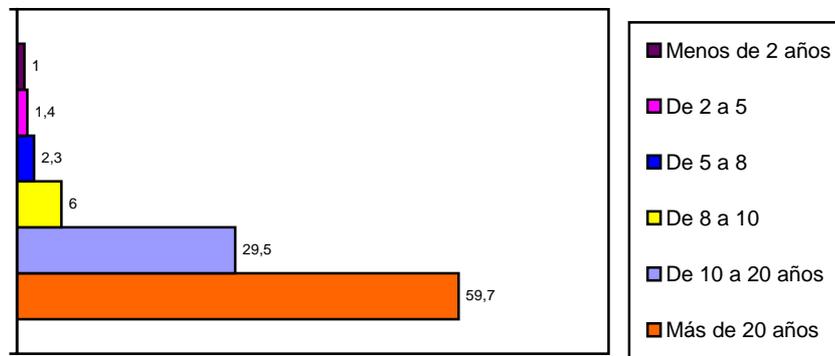
Figura 19. Número de cigarrillos que fuma al día actualmente



TIEMPO DE CONSUMO

En cuanto al tiempo que llevan fumando, el 59,7% de los pacientes admitidos lleva más de 20 años fumando, otro 29,5% lleva entre 10 y 20 años. Es decir, el 89,2% de los pacientes admitidos a tratamiento lleva fumando más de 10 años.

Figura 20. Tiempo que llevan fumando



3.5. ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES

En este apartado se recoge información sobre diversas enfermedades, 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.

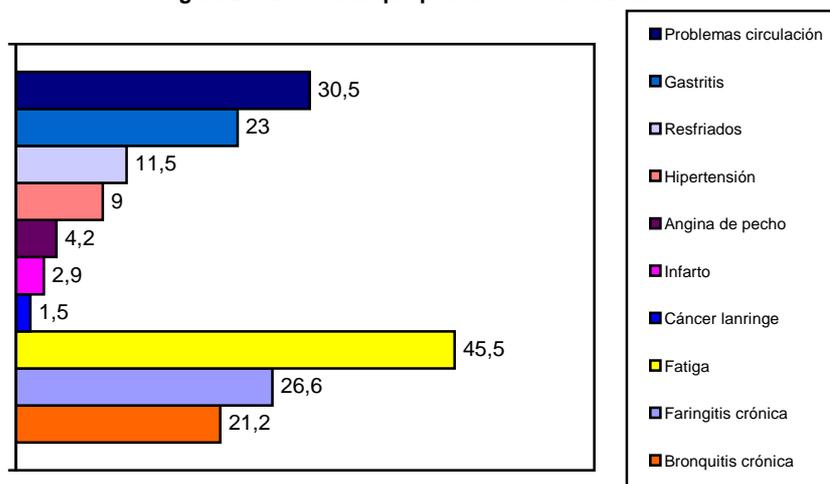
Concretamente, las enfermedades sobre las que se registra información son la bronquitis crónica, la faringitis crónica, fatiga, cáncer de laringe, infarto, angina de

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 (51,3%) y la fatiga (45,5% la padece). El porcentaje de pacientes que padece problemas circulatorios (30,5%) es también elevado, le siguen la faringitis crónica (26,6%) y la bronquitis crónica (21,2%).

Un 2,9% de los admitidos a tratamiento ha tenido un infarto en alguna ocasión y un 4,2% padece angina de pecho. El 1,5% padece o ha padecido cáncer de laringe.

Figura 21. Dolencias que padece en la actualidad



4. 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.

4.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En los seis meses analizados se han producido en Andalucía 108 admisiones a tratamiento por adicción al juego, superándose con creces la cifra de admisiones a tratamiento por esta adicción en los 6 primeros meses del año 2003 (78 admisiones).

4.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

GÉNERO

El 91,7% de los 108 pacientes admitidos son hombres, habiendo un 8,3% de mujeres.

EDAD MEDIA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

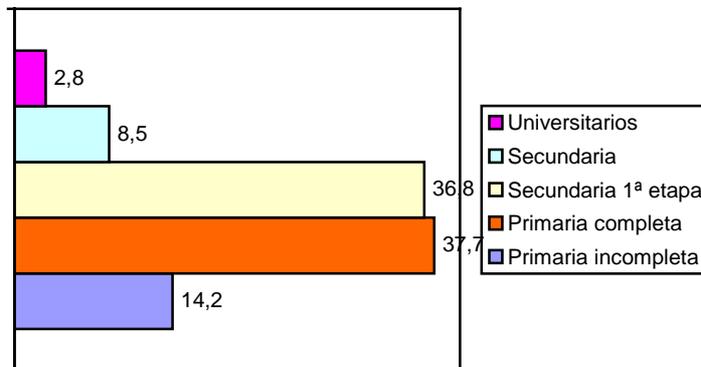
La edad media de estos pacientes es de 37,15 años, con una desviación típica de 11,77 que indica que los valores de la variable se encuentran bastante dispersos en torno a esta media. Así, las edades de los pacientes oscilan entre un mínimo de 15 años y un máximo de 67. El 25% de los pacientes admitidos tienen menos de 27 años y el 50% tiene menos de 36,5. Entre los admitidos a tratamiento por adicción al juego hay dos menores de edad.

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel máximo de estudios superado por los pacientes, el 14,2% de ellos no ha finalizado la enseñanza primaria. El 37,7% sí ha finalizado la enseñanza primaria y un 36,8% ha terminado la primera etapa de la enseñanza secundaria. Un

7,5% ha finalizado la enseñanza secundaria completa y un 2,8% tiene estudios universitarios.

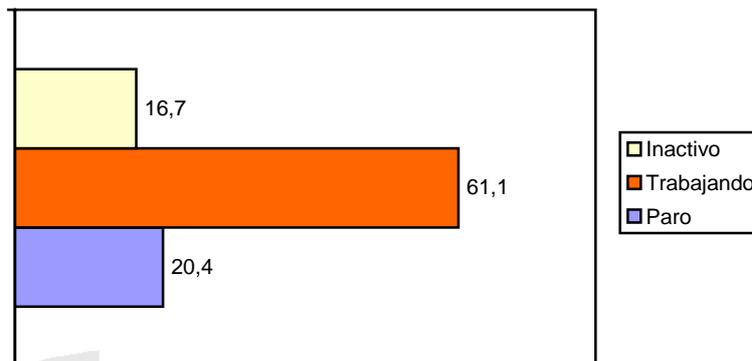
Figura 22. Nivel máximo de estudios



SITUACIÓN LABORAL

El 61,1% de estos pacientes tiene un trabajo remunerado; de ellos, un 28,7% tiene un contrato indefinido o es autónomo. Por otro lado, un 20,4% de los pacientes está en paro.

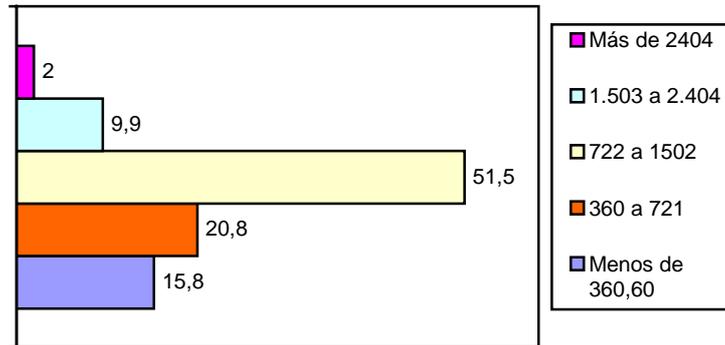
Figura 23. Situación laboral en el momento de la admisión



INGRESOS MENSUALES

El 51,5% de estos pacientes tiene unos ingresos mensuales totales de entre 721.21 euros y 1.502,53. Un 36,6% tiene unos ingresos inferiores a 721 euros al mes y un 11,9% tiene ingresos por encima de los 1.502,53 euros.

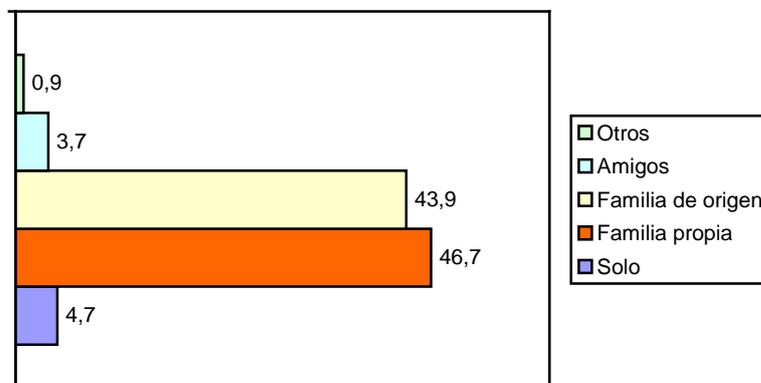
Figura 24. Porcentaje de ingresos mensuales totales en euros



MODELO DE CONVIVENCIA

En cuanto al modelo de convivencia, el 46,7% de los pacientes vive con su familia propia (pareja y/o hijos). Otro 43,9% vive con sus padres o familia de origen. El 4,7% vive solo y un 5 de los pacientes ha vivido en otras circunstancias.

Figura 25. Convivencia

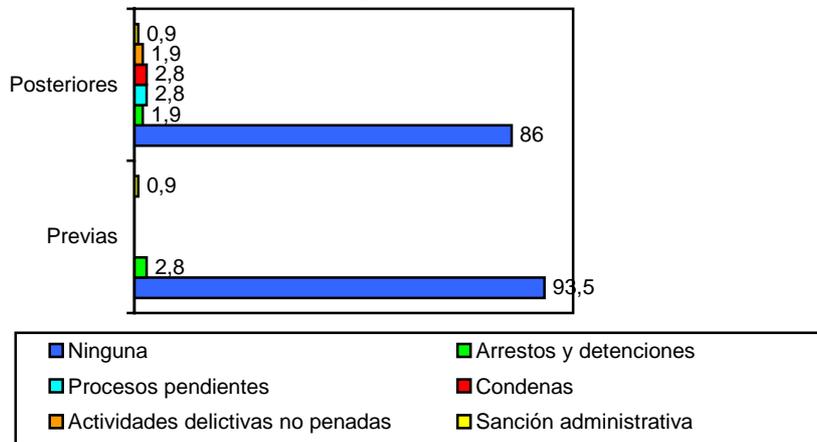


SITUACIÓN LEGAL

Atendiendo a la situación legal de los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico, observamos que 4 de ellos tenían alguna incidencia legal previa a la dependencia, incrementándose ese número hasta 15 pacientes tras iniciarse su dependencia. En ningún caso puede afirmarse que este incremento se deba al inicio de la dependencia, ya que existen muchos otros factores a los que puede atribuirse.

El porcentaje de pacientes con alguna incidencia legal es, por tanto, reducido en este grupo de usuarios.

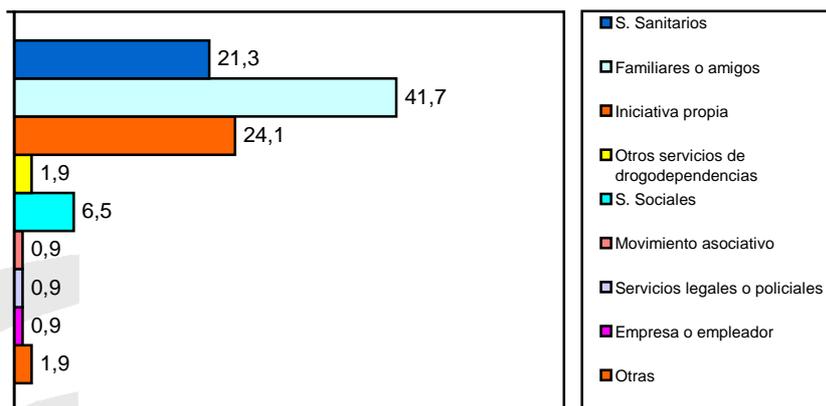
Figura 26. Incidencias legales admitidos por juego patológico



4.3. FUENTES DE REFERENCIA PARA LA DEMANDA DEL TRATAMIENTO

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia al juego señalan como principal fuente de referencia los familiares y amigos (41,7%) y la iniciativa propia (24,1%). Los servicios de salud son también una fuente de referencia muy mencionada (21,3%).

Figura 27. Fuente de referencia principal

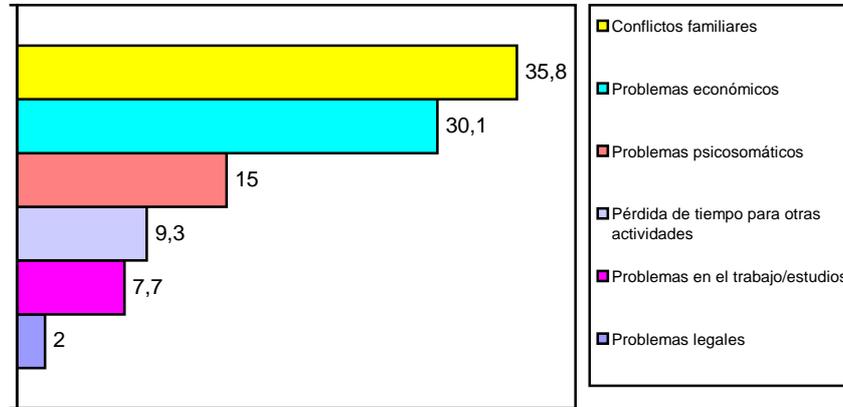


PROBLEMAS OCASIONADOS POR LA ADICCIÓN AL JUEGO

En cuanto al tipo de problemas que le ocasionó el juego, los más mencionados son los conflictos familiares (35,8%), un 30,1% indican problemas económicos y un

15% señala problemas psicosomáticos, como dolores de cabeza, malestar o nerviosismo.

Figura 28. Problemas ocasionados por el juego



4.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

TIPO DE JUEGO

De los 108 pacientes admitidos por juego patológico, el 85% (91 pacientes) refieren como dependencia principal las máquinas tragaperras, un 5,6% indica el bingo y un 9,2% a otros juegos.

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 108 pacientes admitidos, 84 no refieren adicción a juegos secundarios. Entre aquellos que sí refieren otros juegos a los que son adictos además del juego principal, el 20,8% -es decir, 5 personas- señalan la lotería y otro 20,8% los cupones como juego secundario. Para 4 pacientes su juego secundario es el bingo y para otros 4 las cartas, dados o dominó apostando dinero.

TRATAMIENTOS PREVIOS

Sólo el 21,9% de los pacientes admitidos habían realizado previamente algún tratamiento para su adicción al juego principal. En cuanto a los juegos secundarios han realizado algún tratamiento previo 2 pacientes.

De los 23 pacientes que realizaron algún tratamiento para el juego que genera la adicción principal, 11 acudieron a grupos de autoayuda, 6 a terapias individuales con especialistas, 4 realizaron tratamientos privados y 2 terapias de grupo.

DINERO GASTADO POR SEMANA

El 28,6% de los pacientes gasta más de 120 euros semanales en el juego principal y sólo un 12,2% afirma gastar menos de 12 euros. El 30,6% gasta semanalmente entre 120 y 240 euros. Un 32,7% de los pacientes gasta más de 240 euros cada semana en su juego principal.

4.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUSTANCIAS CONSUMIDAS DURANTE EL JUEGO

De los 108 pacientes admitidos a tratamiento durante este primer semestre de 2004, 70 de ellos señalan al menos una sustancia de consumo durante el juego y 20 de ellos señalan hasta dos sustancias. La sustancia más consumida durante el juego resulta ser el alcohol: el 76,8% de quienes mencionan algún consumo, señalan el alcohol. El tabaco es también una sustancia altamente mencionada (30,4%). La siguiente sustancia que más se menciona es la cocaína (7 menciones).

Tabla 12. Sustancias consumidas durante el juego

		Recuento	% de columna
Sustancias consumidas durante el juego	Opiáceos	1	1,4%
	Codeína o derivados de codeína sin especificar	1	1,4%
	Estimulantes	1	1,4%
	Cocaína sin especificar	2	2,9%
	Cocaína (Clorhidrato)	3	4,3%
	Base libre de cocaína	2	2,9%
	Cafeína	3	4,3%
	Tabaco	21	30,4%
	Otros ansiolí. o tranquil. menores no barbitú. ni benzod.	1	1,4%
	Planta	1	1,4%
	Alcohol	53	76,8%

Por otro lado, el 11,1% de los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico (12 pacientes) había realizado previamente algún tratamiento para la adicción de alguna sustancia psicoactiva.

CONCLUSIONES

Los datos registrados sobre los pacientes admitidos a tratamiento durante el primer semestre de 2004 confirman las tendencias observadas desde el año 2002:

- Se incrementa el porcentaje de pacientes admitidos por consumo abusivo o dependencia a sustancias legales (alcohol y tabaco) y por juego patológico con respecto a los pacientes en tratamiento por dependencia a sustancias ilegales. El alcohol es la droga que más admisiones y readmisiones motiva.
- Se mantiene la tendencia a la reducción del número de admisiones a tratamiento por heroína y/o “rebujaos”, al tiempo que se da una tendencia al alza de las admisiones a tratamiento por dependencia a cocaína y a cannabis.
- Se produce una diversificación de perfiles de los pacientes atendidos en los Centros Ambulatorios de Tratamiento de la red. 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 tabaco y alcohol presentan las **medias de edad** más elevadas (43 y 42,68 años respectivamente); por el contrario, los admitidos por consumo abusivo o dependencia a cannabis son los más jóvenes (media de 24 años). Los usuarios en tratamiento por juego patológico (37,15) presentan medias de edad superiores a los atendidos por dependencia a heroína (35,26) y a cocaína (29,33).
- El porcentaje de mujeres en tratamiento es muy inferior al de hombres, no superando el 15% para ninguna adicción, salvo el tabaco, donde encontramos una mayoría de pacientes mujeres (52%).
- La **situación laboral** más habitual en todos los grupos de pacientes es estar empleado, ya sea con un contrato fijo, como autónomo o con un contrato temporal. Sin embargo, entre los pacientes atendidos por dependencia a heroína

la situación mayoritaria (61%) es el paro. Destacan también los porcentajes de población inactiva (estudiantes, pensionistas o amas de casa) entre los pacientes admitidos por cannabis (30%) y tabaco (27,7%); en el primer caso la mayor parte de los usuarios inactivos son estudiantes (26,6% de los admitidos) y entre los admitidos por tabaco existe un 11,8% 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. Es destacable, sin embargo que un 23,8% de los pacientes admitidos por adicción a la heroína han vivido en prisión durante los seis meses previos a la apertura de la ficha. En el caso de los admitidos por tabaco (79,2%), alcohol (53,5%) y juego patológico (46,7%) el modelo más habitual es la familia propia. Para los admitidos a tratamiento por adicción a cannabis (70,4%) o por cocaína (52%) 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 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, cannabis y cocaína, el porcentaje de pacientes que nunca ha tenido ninguna incidencia legal resulta más reducido.
- El **tipo de incidencias legales** que los pacientes refieren posteriores al consumo son también diferentes según el tipo de sustancia que motiva el tratamiento: así, el tipo de incidencia más común entre los admitidos a tratamiento por heroína y/o “rebujao” son las condenas (43,8%); sin embargo, entre los admitidos por cannabis destaca la presencia de sanciones administrativas (33%).
- 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 (45,4%) y tabaco (33,4%). Para los pacientes adictos al juego (41,7%), alcohol (33,1%), cannabis (33,7%) y cocaína (36,4%) la principal fuente de referencia son los familiares y amigos. Destaca el alto porcentaje de menciones a los servicios de salud como fuente de referencia entre los pacientes

que acuden a tratamiento por alcohol (25%), tabaco (31,5%) y juego patológico (21,3%).

- Un 21,4% de los pacientes admitidos a tratamiento por cannabis refiere, además, como fuente de referencia principal para su demanda, los servicios legales y policiales, siendo este porcentaje muy superior al referido por los pacientes admitidos por otras sustancias (5,9% en el caso de cocaína y 3,8% en el caso de heroína y/o “rebujao”). Estos datos apuntan hacia la hipótesis de que un importante número de consumidores de cannabis demandan tratamiento en un centro especializado de drogodependencias motivados por una sanción administrativa. Actualmente, se está investigando para comprobar esta hipótesis.
- La **edad de inicio** al consumo de la droga principal más bajas son la del cannabis (16,33 años) y la del alcohol (18). En el caso del alcohol el abuso se inicia una media de 11 años más tarde que la prueba, a los 26,65 años. Por otro lado, los pacientes que presentan la heroína y/o “rebujao” como droga principal inician su consumo a los 21,13 años de media y los de cocaína a los 21,58 años.
- El 89,2% de los pacientes admitidos a tratamiento por **tabaco** lleva más de 10 años fumando. Además, el 54,6% fuma más de 20 cigarrillos diarios. Un 47,6% ha intentado dejar de fumar anteriormente durante los últimos dos años, de ellos el 7,5% solicitó ayuda profesional. 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 85% de los 108 pacientes admitidos a tratamiento por **juego patológico** indica como principal adicción las máquinas tragaperras y el 5,6% al bingo. El 32,7% de estos pacientes gasta más de 240 cada semana en su juego principal. Un 22% ha realizado anteriormente algún tratamiento para la adicción al juego. El 65% de los 108 pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico señala que consume alguna sustancia psicoactiva durante el juego (no se ha recogido información sobre abuso o dependencia a la sustancia consumida durante el juego, sino que se trata de consumo en general).