


INFORME SOBRE EL INDICADOR ADMISIONES A TRATAMIENTO EN ANDALUCÍA 2005



Dirección General para las
Drogodependencias y Adicciones

Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Índice

INTRODUCCIÓN	3
METODOLOGÍA	5
RESULTADOS EN ANDALUCÍA.....	7
1. Evolución del nº de admisiones	7
1.1. Admisiones a tratamiento por provincia, 2005.....	13
1.2. Admisiones a tratamiento en prisión, 2005.....	14
1.3. Admisiones a tratamiento de pacientes menores de edad, 2005	16
1.4. Admisiones a tratamiento de pacientes nacidos fuera de España, 2005	17
2. Perfil de los admitidos a tratamiento según sustancia principal.....	19
2.1. Sustancias psicoactivas	20
2.1.1. Características sociodemográficas	20
2.1.2. Aspectos relacionados con el consumo	27
2.1.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	29
2.2. Tabaco	35
2.2.1. Admisiones a tratamiento.....	35
2.2.2. Características sociodemográficas	35
2.2.3. Aspectos relacionados con el consumo	38
2.2.4. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	40
2.3. Juego patológico	43
2.3.1. Admisiones a tratamiento.....	43
2.3.2. Características sociodemográficas	43
2.3.3. Aspectos relacionados con la dependencia.....	46
2.3.4. Aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas	47
2.3.5. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	48
CONCLUSIONES	50

Introducción

El indicador admisiones a tratamiento en Andalucía se define como el número de admisiones a tratamiento en los centros ambulatorios por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas, que se recogen 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.

Este indicador nos ofrece información sobre las características sociodemográficas, sanitarias y 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, y junto con otros indicadores, resulta 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 y tiene, por tanto, una gran importancia para ajustar el servicio ofertado a las necesidades de los pacientes.

El Indicador Tratamiento forma parte también del Sistema de Evaluación del área de atención socio-sanitaria planteado desde el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (II PASDA). De esta forma, constituye un instrumento útil para evaluar las nuevas necesidades y los cambios que se van produciendo en esta área.

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 30 de enero de 2006.

El informe mantiene, fundamentalmente, la estructura de años anteriores, con un primer capítulo sobre la evolución general del número de admisiones a tratamiento en Andalucía desde el año 2000 hasta la actualidad y tres capítulos específicos sobre sustancias psicoactivas, tabaco y juego patológico. En cada uno de esos tres capítulos se analizan las características sociodemográficas, las variables relacionadas con el consumo y las variables relacionadas con el tratamiento de los pacientes admitidos a tratamiento por cada tipo de sustancia, con el objetivo de describir el perfil específico y las pautas de consumo de las diferentes sustancias que motivan el tratamiento.

Este año, en el capítulo de sustancias psicoactivas, se ha añadido al análisis detallado por sustancia el MDMA (éxtasis) y sus derivados y los hipnóticos y sedantes,

junto a la heroína y/o “rebujo”, la cocaína, el cannabis y el alcohol que ya se analizaban en años anteriores.

Hasta 1996 no se introdujo un código específico para el registro del rebujo (heroína mezclada con cocaína base) como droga principal, sino que se codificaba de manera indistinta la heroína sola y la mezclada con cocaína. Por este motivo, el análisis de estas sustancias no podía realizarse de forma separada, sino que se analizan bajo el epígrafe de heroína y/o “rebujo”. Para mantener la comparabilidad con años anteriores se ha continuado analizando, hasta la actualidad, la heroína junto con la mezcla con base y la mezcla con clorhidrato de forma conjunta (“heroína y/o rebujo”). Este año, además del análisis conjunto, se ofrece el perfil de los pacientes, de las pautas de consumo y de de los aspectos relacionados con el tratamiento de manera diferenciada para los usuarios que demandan tratamiento por consumo de heroína sola como droga principal, los que lo demandan por heroína mezclada con cocaína base (rebujo) y aquellos que tienen como droga principal la heroína mezclada con clorhidrato de cocaína (speedball).



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.

Además, al tratarse de una aplicación con base de datos única compartida por todos los centros de la red de atención a las drogodependencias en Andalucía, es posible establecer controles que eviten la duplicación de la notificación de admisiones a tratamiento de un mismo paciente en distintos centros. Una vez admitido a tratamiento en un centro, la derivación del paciente a otro centro de la red constituye una continuidad de tratamiento, por lo que no procede volver a notificar su admisión.

Población

La población del presente informe está constituida por aquellas personas que son admitidas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado, por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia, en 2005.

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 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

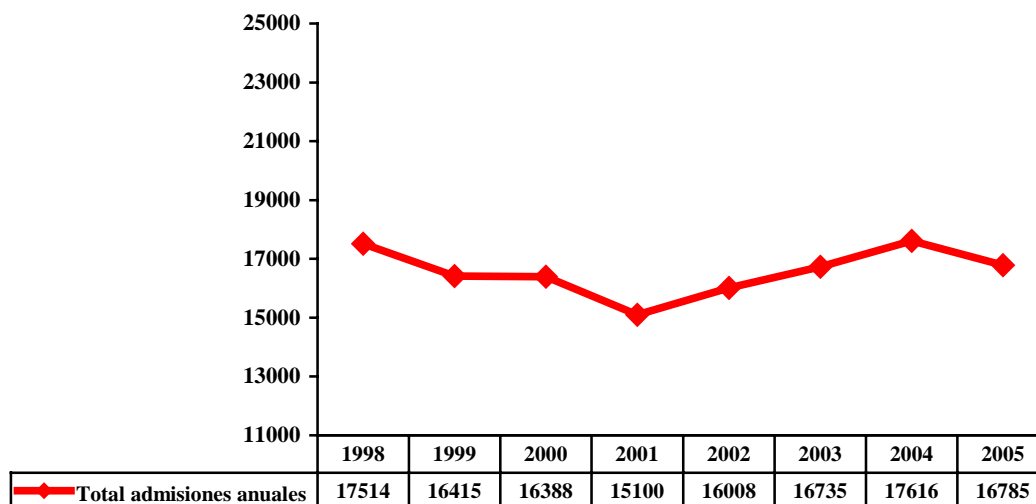
1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ADMISIONES A TRATAMIENTO EN ANDALUCÍA

En 2005, se han producido en Andalucía un total de 16.785 admisiones a tratamiento, 831 menos que el año pasado.

A la hora de interpretar este descenso en el número de admisiones notificadas en 2005 es preciso tener en cuenta el efecto producido por la puesta en marcha, en el segundo semestre de 2004, de un control más exhaustivo para evitar las duplicidades de notificación de admisiones a tratamiento de un mismo paciente en varios centros. Si el usuario ya se encuentra activo en cualquiera de los centros de la red de atención a las drogodependencias, no permite volver a notificar su admisión a tratamiento, sino que requiere que se solicite la derivación del paciente al nuevo centro. Desde entonces solamente es posible notificar una FIBAT para aquellos pacientes que no estén incluidos en la base de datos del Sistema de Información, es decir, pacientes nuevos, o aquellos pacientes que se encontraran dados de alta o en abandono en su anterior tratamiento. El efecto de la introducción de este exhaustivo control se ha dejado notar especialmente en 2005 al afectar al año completo y no únicamente a un semestre, como en el caso del año anterior. Este año, 3.479 pacientes han sido derivados, al menos una vez, de un Centro de Tratamiento Ambulatorio a otro; de ellos, 2.165 se encontraban en seguimiento en su tratamiento, por lo que no procedió la notificación de una nueva FIBAT en el centro al que fueron derivados.

La puesta en funcionamiento del sistema de derivaciones entre centros de tratamiento ambulatorio puede haber influido, por lo tanto, en que tras el incremento progresivo del número de admisiones notificadas anualmente que se observa entre 2001 y 2004, en 2005 se produzca una disminución de 831 fibats.

Gráfico 1. Evolución del Indicador tratamiento (1998 – 2005)



La composición por tipo de sustancia o adicción de la demanda de tratamiento mantiene este año las mismas tendencias apuntadas en años anteriores (Tabla 1), si bien se produce un descenso generalizado del número de admisiones notificadas por cada sustancia, excepto en el caso de los tratamientos motivados por cocaína y por anfetaminas, que aumentan en 2005. Esta disminución general de notificaciones puede deberse fundamentalmente, como se ha comentado en el apartado anterior, a la puesta en marcha del sistema de derivaciones entre centros de tratamiento ambulatorio.

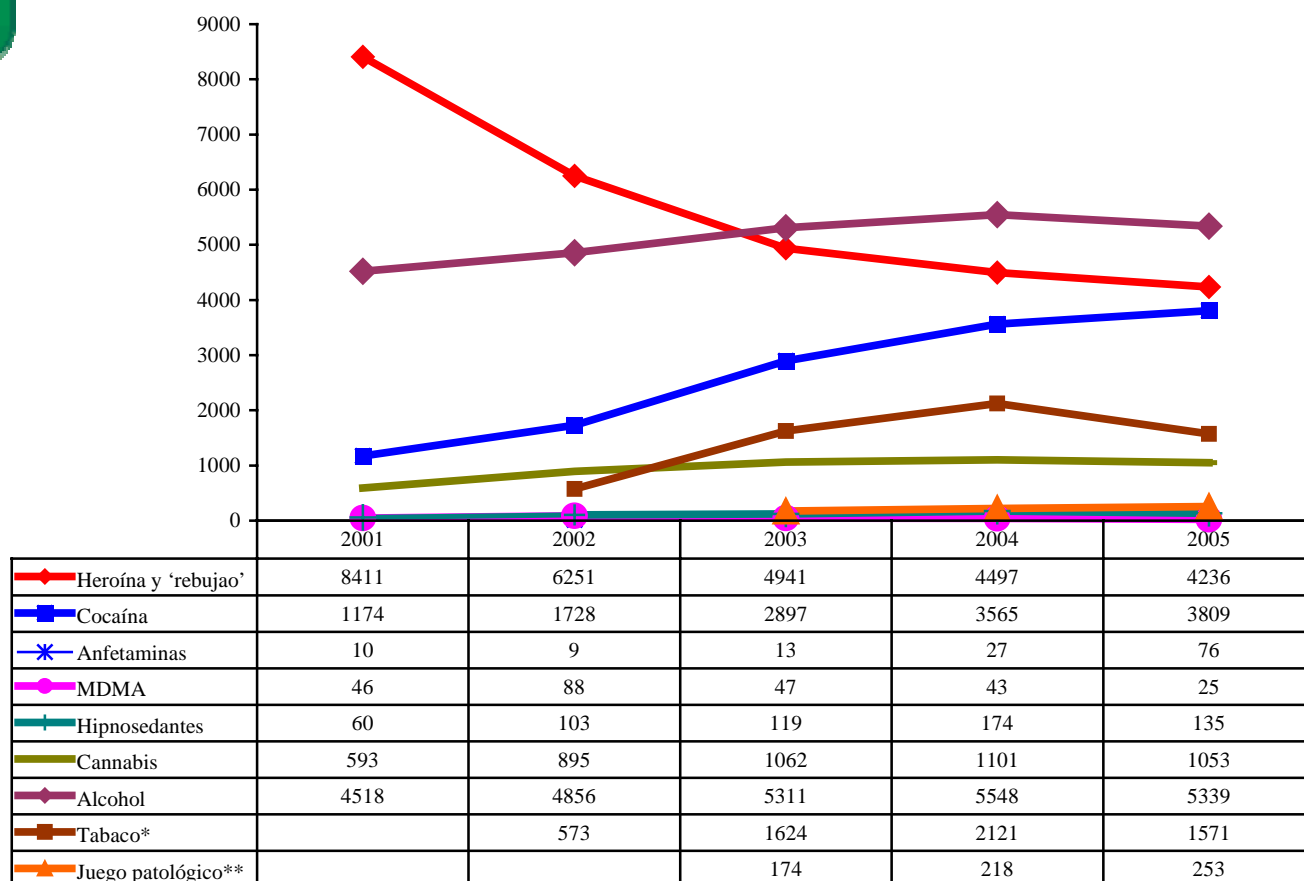
Tabla 1. Nº de admisiones a tratamiento motivadas por las diversas sustancias y adicciones

	2001	2002	2003	2004	2005
Heroína y 'rebujao'	8411	6251	4941	4497	4236
Otros opiáceos	116	144	420	268	221
Cocaína	1174	1728	2897	3565	3809
Anfetaminas	10	9	13	27	76
MDMA	46	88	47	43	25
Hipnosedantes	60	103	119	174	135
Cannabis	593	895	1062	1101	1053
Otras drogas	172	1361	126	54	67
Total ilegales	10.582	10.579	9.625	9.729	9622
Alcohol	4518	4856	5311	5548	5339
Tabaco*		573	1624	2121	1571
Juego patológico**			174	218	253
Total legales	4.518	5.429	7.109	7.887	7.163
Total FIBATs	15.100	16.008	16.734	17.616	16.785

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

En el siguiente gráfico se representa la información contenida en la tabla 1 sobre el número de admisiones producidas anualmente por las principales sustancias y adicciones, de manera más gráfica.

Gráfico 2. Nº de admisiones a tratamiento motivadas por las diversas sustancias y adicciones



El **alcohol** continúa siendo en 2005 la sustancia que más admisiones motiva, tal y como ocurre desde 2003, aunque el número de admisiones a tratamiento motivadas por esta sustancia ha descendido levemente con respecto al año anterior. En 2005, se han notificado en Andalucía 5.339 tratamientos debidos a la dependencia o abuso de alcohol.

En número total de admisiones a tratamiento por drogas ilegales disminuye este año con respecto al anterior. Este descenso se debe principalmente a la reducción del número de tratamientos por **heroína y/o "rebujo"**, que viene produciéndose desde 1998. En 2005 se han notificado 261 admisiones a tratamiento por heroína menos que el año anterior. Además, en 2005, desciende el número de admisiones notificadas por otras sustancias ilegales como el

cannabis, que venía incrementándose desde el inicio de su registro en 1996. Disminuye también, con respecto a 2004, en número de admisiones a tratamiento notificadas por **MDMA (éxtasis)** y por **hipnosedantes**. Solamente aumenta el número de notificaciones por **cocaína**, siguiendo la tendencia a incrementarse que mantienen los tratamientos por esta sustancia desde que se comenzó su registro en 1987, aunque ya de manera más suave y el número de admisiones por **anfetaminas**, que pasa de 27 a 76 casos.

Por otro lado, en 2005 se detecta un notable descenso del número de admisiones a tratamiento por **tabaco** con respecto a 2004. Es preciso tener en cuenta que esta adicción se atiende no sólo desde la red de drogodependencias, sino también desde los centros de atención primaria y centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud. Estos centros no comunican los casos a la red de drogodependencias. Recientemente, el Servicio Andaluz de Salud ha ampliado el número de Unidades de Tabaquismo, extendiéndose a nuevos puntos geográficos, lo que puede haber motivado la reducción del número de tratamientos iniciados en la red de drogodependencias por esta adicción.

El número de admisiones a tratamiento por **juego patológico**, sin embargo, aumenta este año, del mismo modo que viene ocurriendo desde que se inició el registro de esta dependencia en 2003. En 2005, se han notificado 253 admisiones a tratamiento por juego patológico en la red de atención a las drogodependencias y adicciones.

La evolución a lo largo de los años de las diversas sustancias que motivan el tratamiento puede analizarse también en términos porcentuales, con el fin de conocer el peso que cada sustancia tiene con respecto al total de admisiones a tratamiento que se notifican cada año. En la tabla 2 observamos que tras una progresiva reducción del peso porcentual de las sustancias ilegales en el total de admisiones a tratamiento, en 2005, aumenta ligeramente, debido al efecto del descenso proporcional del tabaco de un 12% a un 9,36% y al incremento de la cocaína de un 20,24% a un 22,69%. El porcentaje representado por la heroína y el “rebujo” disminuye también este año con respecto a los anteriores. En cuanto al cannabis, el porcentaje que suponen las admisiones a tratamiento por esta sustancia aumenta entre 2001 y 2003 de un 3,93% a un 6,28%; en 2004 y 2005 el porcentaje representado por los tratamientos por esta sustancia se mantiene, prácticamente, estable.

Por otra parte, las admisiones a tratamiento motivadas por alcohol aumentan su peso proporcional en la demanda asistencial de forma sostenida, pasando de un 29,92% en 2001 a un 31,81% en 2005. El juego patológico supone un porcentaje muy reducido del total de admisiones notificadas en 2005 (1,51%), manteniéndose muy cerca del 1,24% del año 2004.

Tabla 2. Porcentaje de admisiones a tratamiento motivadas por las diversas sustancias y adicciones (%)

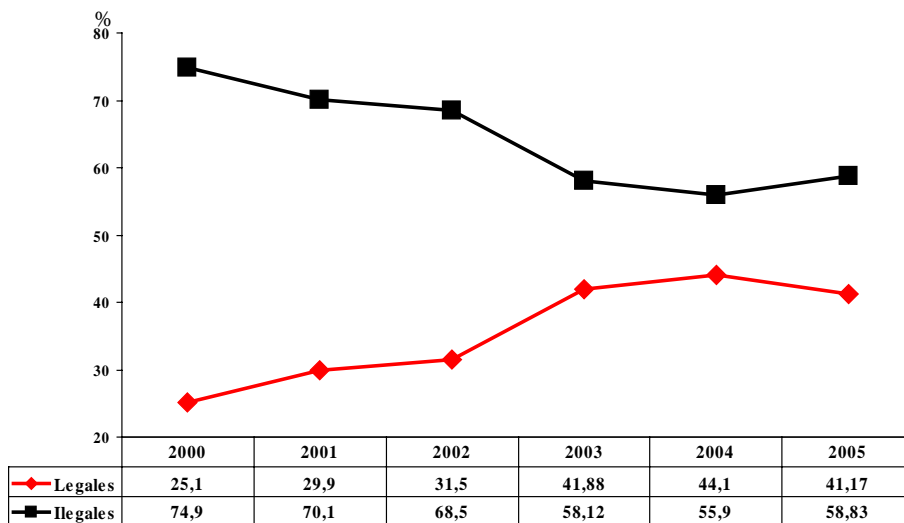
	2001	2002	2003	2004	2005
Heroína y 'rebujaos'	55,70%	39.05	29.22	25.53	25.24
Otros opiáceos	0.77	0.90	2.48	1.52	1.32
Cocaína	7.77	10.79	17.13	20.24	22.69
Anfetaminas	0.07	0.06	0.08	0.15	0.45
MDMA	0.30	0.55	0.28	0.24	0.15
Hipnosedantes	0.40	0.64	0.70	0.99	0.80
Cannabis	3.93	5.59	6.28	6.25	6.27
Otras drogas	1.14	8.51	0.76	0.31	0.40
Total ilegales	70.08	66.09	56.93	55.23	57.32
Alcohol	29.92	30.33	31.41	31.49	31.81
Tabaco*		3.58	9.60	12.04	9.36
Juego patológico**			2.06	1.24	1.51
Total FIBATs	15.100	16.008	16.735	17.616	16.785
*Sustancia introducida en 2002.					
** Sustancia introducida en 2003.					

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

En la Figura 2 puede observarse gráficamente la evolución, desde el año 2000, del porcentaje representado por las sustancias legales e ilegales respecto al total de admisiones a tratamiento producidas al año. 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.

La disminución del número de admisiones a tratamiento por tabaco en la red de atención a las drogodependencias que se ha producido en 2005, ha provocado que, por primera vez desde 2001, aumente el porcentaje representado por las sustancias ilegales con respecto al total de admisiones producidas (de 55,9% en 2004 a 58,83% en 2005). Contrariamente, se produce una reducción del porcentaje representado por las sustancias de carácter legal (alcohol y tabaco) como motivadoras del tratamiento (Figura 2).

Gráfico 3. Evolución de las admisiones a tratamiento por drogas legales e ilegales (2000-2005)



Se excluye el juego patológico en el cálculo de porcentajes de 2003, 2004 y 2005.

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones



1.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO POR PROVINCIA, 2005

Si las admisiones se analizan según la provincia en la que se encuentran los centros, en Almería se registraron 999, en Cádiz 2.704, en Córdoba 2.447, en Granada 2.035, en Huelva 1.052, en Jaén 1.466, en Málaga 2.351 y en Sevilla 3.737. Sevilla con un 22,2% y Cádiz (16,1%) vuelven a ser, en 2005, las provincias que mayor porcentaje de admisiones han notificado. Estas dos provincias son las que más admisiones han realizado 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 40,4% de las admisiones a tratamiento por tabaco y el 20,3% de las de alcohol.

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	535	436	19	9	999	6%
Cádiz	1952	626	73	53	2704	16.1%
Córdoba	654	1082	635	76	2447	14.6%
Granada	1119	722	155	39	2035	12.1%
Huelva	765	187	87	13	1052	6.3%
Jaén	591	532	330	13	1466	8.7%
Málaga	1563	752	26	10	2351	14%
Sevilla	2443	1002	246	40	3731	22.2%
Total Andalucía	9622	5339	1571	253	16785	100%

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

1.2. ADMISIONES A TRATAMIENTO EN PRISIÓN, 2005

Un número considerable de los pacientes admitidos a tratamiento se encuentra en prisión. En 2005, se han admitido a tratamiento en prisión 953 pacientes, es decir, un 5,68% del total de las admisiones producidas en Andalucía. Prácticamente todos los admitidos a tratamiento que provienen de instituciones penitenciarias son por sustancias psicoactivas ilegales, 907 fibats; han iniciado tratamiento también 41 pacientes por alcohol y 5 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	191	18	1	210	22%
E.A.I.P. Almería	21	2	0	23	2.4%
E.A.I.P. Córdoba	71	1	0	72	7.6%
E.A.I.P. Granada	67	1	0	68	7.1%
E.A.I.P. Huelva	134	8	1	143	15%
E.A.I.P. Jaén	25	0	0	25	2.6%
E.A.I.P. Málaga	96	2	0	98	10.3%
E.A.I.P. Sevilla II	90	2	0	92	9.7%
E.A.I.P. Algeciras	146	7	3	156	16.4%
E.A.I.P. Puerto I	26	0	0	26	2.7%
E.A.I.P. Alcalá de Guadaira	40	0	0	40	4.2%
Total	907	41	5	953	100%

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Distinguiendo por tipo de sustancia, observamos que el 67,79% de los pacientes en prisión, han sido admitidos por heroína y/o “rebujo”, lo que representa un porcentaje muy superior al que representan las admisiones por esta sustancia entre el total de los pacientes admitidos a tratamiento en Andalucía este año (25,29% por esa sustancia).

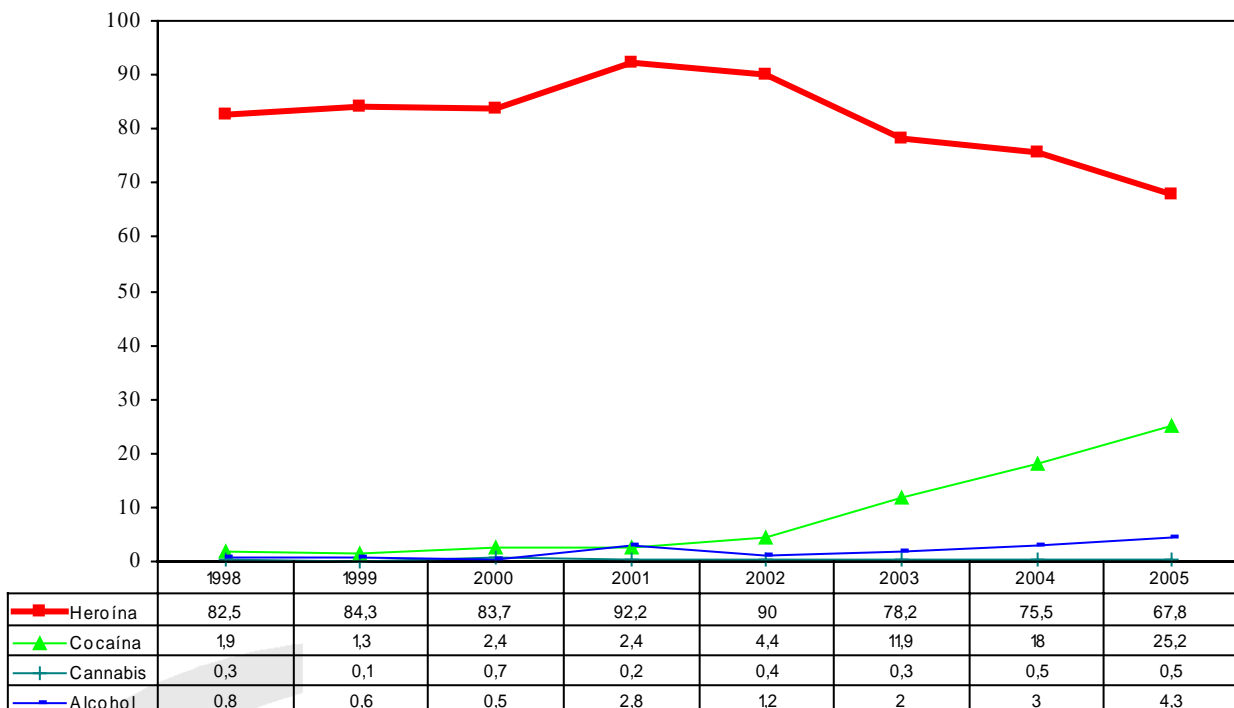
Tabla 5. Número de FIBAT de pacientes en prisión por tipo de sustancia ilegal que motiva el tratamiento

Institución	Heroína (“Rebujao”)	Otros opiáceos	Cocaína	Otras sustancias
E.A.I.P. Puerto II	98	2	85	6
E.A.I.P. Almería	21	0	0	0
E.A.I.P. Córdoba	69	0	2	0
E.A.I.P. Granada	59	1	7	0
E.A.I.P. Huelva	108	0	26	0
E.A.I.P. Jaén	14	0	11	0
E.A.I.P. Málaga	65	1	29	1
E.A.I.P. Sevilla II	64	0	26	0
E.A.I.P. Algeciras	85	1	53	7
E.A.I.P. Puerto I	25	1	0	0
E.A.I.P. Alcalá de Guadaira	39	0	1	0
Total	647	6	240	14

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Al analizar la evolución del tipo de sustancia que motiva el tratamiento entre los pacientes ingresados en prisión a lo largo de los años, se observa que el porcentaje que representa la heroína con respecto al resto de sustancias ha sido siempre muy elevado. Sin embargo, este porcentaje comienza a reducirse a partir de 2001 hasta la actualidad, pasando de representar el 91,2% en 2001 al 67,7% en 2005. Contrariamente, se detecta un incremento del número de admisiones a tratamiento por cocaína entre los pacientes en prisión. En 2001, las admisiones a tratamiento por cocaína suponían el 2,4% de las notificadas desde los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias, mientras que en 2005 representan el 25,18%. El resto de sustancias suponen un porcentaje muy reducido del total de las admisiones.

Gráfico 4. Evolución del % de pacientes admitidos a tratamiento en prisión, según tipo de adicción (1998-2005)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

1.3. ADMISIONES A TRATAMIENTO DE PACIENTES MENORES DE EDAD, 2005

Del total de pacientes admitidos a tratamiento en 2005, 441 son menores de edad (2,63% del registro total de 2005). De ellos, 411 han sido admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, 12 por alcohol, 15 por tabaco y 3 por juego patológico.

Entre los menores admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 273 (61,9% del total de menores) lo han sido por cannabis y 101 (22,9%) por cocaína. Las sustancias volátiles son la droga principal de admisión a tratamiento para el 3,4% de los menores. El porcentaje que corresponde a los admitidos por heroína y/o “rebujaos” es del 1,4% y el 0,7% para el MDMA (éxtasis).

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

Dependencia principal	n	%
Cannabis	273	61,9
Cocaína	101	22,9
Otros estimulantes sin especificar	2	0,5
Hipnóticos y sedantes	4	0,9
Heroína y/ “rebujaos	6	1,4
Sustancias volátiles	15	3,4
MDMA (éxtasis) y otros derivados	3	0,7
Anfetaminas	2	0,5
Sustancias psicoactivas sin especificar	5	1,1
Alcohol	12	2,7
Tabaco	15	3,4
Juego patológico	3	0,7
Total	441	100

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

En función del género, observamos que 105 de los 441 menores son mujeres, es decir, las mujeres representan el 23,8% de los pacientes menores de 18 años admitidos a tratamiento, mientras que los hombres son el 76,2%. Este porcentaje es superior al representado por las mujeres en el total de pacientes admitidos a tratamiento (17,1% 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 A TRATAMIENTO DE NACIDOS FUERA DE ESPAÑA, 2005

En 2005, 723 inmigrantes fueron admitidos a tratamiento, es decir, un 4,31% del total de admisiones realizadas correspondieron a esta población.

De los 723 pacientes nacidos fuera de España, 299 proceden de la Unión Europea, 71 de otros países europeos, 161 proceden del Magreb, 14 del resto de África, 146 de América Latina, 20 de Asia, 4 de Estados Unidos, 5 de Australia y 3 de Canadá.

Tabla 7. Pacientes admitidos procedentes de fuera de España

	Sustancias psicoactivas	Alcohol	Juego	Tabaco	Total
Unión Europea	210	79	1	9	299
Resto de Europa	29	39	2	1	71
Magreb	109	48	3	1	161
Resto de África	8	5	1	0	14
Asia	13	6	0	1	20
América Latina	64	78	1	3	146
Estados Unidos	3	1	0	0	4
Australia	5	0	0	0	5
Canadá	1	2	0	0	3
Total	442	258	8	15	723

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

En función del tipo de adicción, observamos que 442 usuarios son admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 258 por alcohol, 15 lo son por tabaco y 8 por juego patológico.

Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la heroína y/o “rebujo” y la cocaína son las que más admisiones motivan (Tabla 8). La heroína y/o “rebujo” representan el 60% de las admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas ilegales entre los nacidos en países de la Unión Europea y el 62,1% entre los nacidos en países europeos no comunitarios. Supone también el motivo de tratamiento para el 62,5% de los pacientes que proceden de países subsaharianos y el 46,2% de los pacientes que proceden de Asia.

El porcentaje representado por los tratamientos por heroína y/o rebujo se reduce entre los pacientes nacidos en el Magreb (34,9%) y en América Latina (3,1%). Entre los pacientes

nacidos en el Magreb, un 30,3% de las admisiones se deben a cocaína y entre los nacidos en América Latina esta sustancia provoca el 81,3% del total de las motivadas por sustancias ilegales. El cannabis tiene también un porcentaje notable entre los admitidos a tratamiento que han nacido en el Magreb (19,3%), resto de África (12,5%), Asia (15,4%) y América Latina (10,9%).

En cuanto a las sustancias volátiles, solamente han sido motivo de tratamiento entre los nacidos en el Magreb. Entre estos pacientes suponen el 12,5% de los tratamientos motivados por sustancias ilegales, es decir, 5 pacientes, todos ellos menores de edad.

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)

	Unión Europea	Resto de Europa	Magreb	Resto de África	Asia	América Latina	Estados Unidos	Australia	Canada	Total
Otros opioides	6,20%	6,90%	0,90%	0,00%	7,70%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,80%
Heroína/Rebujao	60,00%	62,10%	34,90%	62,50%	46,20%	3,10%	33,30%	20,00%	100,00%	44,80%
Cocaína	26,70%	27,60%	30,30%	25,00%	23,10%	81,30%	66,70%	60,00%	0,00%	36,00%
Anfetaminas	1,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,90%
Hipnóticos y sedantes	0,00%	0,00%	1,80%	0,00%	7,70%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,90%
Sustancias volátiles	0,00%	0,00%	12,80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,20%
Cannabis	5,20%	3,40%	19,30%	12,50%	15,40%	10,90%	0,00%	20,00%	0,00%	10,00%
Sustancias sin especificar	0,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

2. PERFIL DE LOS USUARIOS ADMITIDOS 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 sola, heroína mezclada con cocaína base (“rebujo”), heroína mezclada con clorhidrato de cocaína (speedball), cocaína, cannabis, hipnóticos y sedantes y MDMA y sus derivados.

Estos análisis pretenden identificar con la mayor precisión posible los distintos perfiles de pacientes atendidos en la red andaluza de drogodependencias, 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

2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En la siguiente tabla se ofrece un resumen de las características sociodemográficas por tipo de sustancia psicoactiva. Aunque en la tabla 9 aparecen estas características para los pacientes admitidos por heroína, rebujo y speedball, bajo la etiqueta “Heroína y rebujo”, en la tabla 9.bis se distingue cada una de esas tres sustancias, con el fin de detectar posibles diferencias entre los tres perfiles.

Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes, según droga principal.

	Heroína y "rebujo"	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Hipnóticos y sedantes	MDMA y derivados
Nº de admisiones	4.236	3.809	1.053	5.339	135	25
Edad media (años)	36	29,5	23,4	42,6	35	22,8
Sexo (%)						
Hombres	87	89,2	85,1	84,6	58,5	96
Mujeres	13	10,8	14,9	15,4	41,5	4
Máximo nivel de estudios completado (%)						
Sin estudios	32,5	16,1	12,7	22,2	33,6	16,7
Estudios primarios	36,5	32,4	33,7	32,0	29,0	37,5
Graduado Escolar o ESO	23,1	36,2	35,6	26,6	22,9	29,2
Bachiller superior o FP	4,5	10,6	12,3	10,5	9,9	16,7
Estudios Universitarios	1,3	2,0	4,5	7,5	3,8	0,0
Otros	0,1	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0
Situación laboral (%)						
Trabajando	26,2	55,4	34,8	55,3	22,2	54,1
Parado	54,6	34,8	29,5	27,5	52,7	37,5
Inactivo	7,7	5,5	32,6	14,5	20,7	8,3
Incapacidad, pensionista	7,0	2,3	2,2	11,1	11,5	0,0
Estudiante	0,2	2,6	30,1	0,5	3,1	8,3
Labores del hogar	0,5	0,6	0,3	2,9	6,1	0,0
Otra situación	10,5	3,9	3,8	2,4	2,9	0,0
Modelo de convivencia (%)						
Solo/a	12,5	7,2	5,4	14,7	8,3	0,0
Familia propia	26,8	34,8	13,8	54,7	36,9	8,4
Familia de origen	36,8	48,8	69,8	24,8	44,4	87,5
Amigos o compañeros	1,7	1,1	2,2	1,1	4,2	0,0
Otros modelos	21,3	7,7	8,7	4,4	10,5	0,0
Incidencias legales previas al consumo (%)						
Ninguna	87,0	91,4	91,3	90,5	87,9	95,8
Arrestos o detenciones	5,0	2,3	2,6	3,0	4,5	0,0
Procesos pendientes	1,7	1,3	1,3	0,5	2,3	4,2
Condenas	1,9	0,9	0,2	0,5	0,8	0,0
Sanción administrativa	0,3	0,9	1,5	0,5	1,5	0,0
Actividades delictivas no penadas	1,2	0,5	1,0	0,2	1,0	0,0
Incidencias legales posteriores al consumo (%)						
Ninguna	26,6	56,5	42,4	74,5	49,2	16,7
Arrestos o detenciones	6,6	5,1	5,4	3,7	6,1	0,0
Procesos pendientes	17,3	15,6	11,7	5,8	21,2	45,8
Condenas	42,6	12,4	6,8	4,8	14,4	25,0
Sanción administrativa	3,3	6,3	28,8	4,8	4,5	8,3
Actividades delictivas no penadas	0,7	1,0	1,7	0,6	0,0	4,2

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Tabla 9.bis. Características sociodemográficas de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína sola, mezclada con cocaína base y mezclada con clorhidrato de cocaína.

	Heroína sola	Heroína con cocaína base (rebujo)	Heroína con clorhidrato de cocaína (speedball)
Nº de admisiones	738	3.054	444
Edad media (años)	36,7	35,8	35,6
Sexo (%)			
Hombres	86,0	86,7	90,3
Mujeres	14,0	13,3	9,7
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	30,1	33,4	30,6
Estudios primarios	31,7	35,8	48,6
Graduado Escolar o ESO	26,4	23,6	14,8
Bachiller superior o FP	6,1	4,2	3,9
Estudios Universitarios	2,0	1,2	1,6
Otros	0,0	0,2	0,0
Situación laboral (%)			
Trabajando	24,2	27,6	20
Parado	54,9	55,2	50,5
Inactivo	10,7	6,9	8,9
Incapacidad, pensionista	9,6	6,2	8,4
Estudiante	0,4	0,2	0,0
Labores del hogar	0,7	0,5	0,5
Otra situación	7,7	9,9	19,5
Modelo de convivencia (%)			
Solo/a	14,1	12,5	10,3
Familia propia	28,2	27,6	18,1
Familia de origen	30,9	38,8	32,8
Amigos o compañeros	1,9	1,7	1,4
Otros modelos	22,9	18,8	36,7
Incidencias legales previas al consumo (%)			
Ninguna	87,6	86,4	89,8
Arrestos o detenciones	4,2	5,4	3,9
Procesos pendientes	1,7	1,7	1,4
Condenas	1,9	1,9	2,3
Sanción administrativa	0,1	0,4	0,0
Actividades delictivas no penadas	0,3	1,5	0,5
Incidencias legales posteriores al consumo (%)			
Ninguna	26,8	27,6	19,2
Arrestos o detenciones	7,4	6,5	5,3
Procesos pendientes	15,0	18,0	16,2
Condenas	41,8	41,3	52,5
Sanción administrativa	2,2	3,3	4,8
Actividades delictivas no penadas	1,0	0,7	0,2

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO

Al analizar la edad media de los pacientes, se encuentran los resultados que aparecen en la tabla 5.

Tabla 10. Edad de los pacientes según la droga principal

Sustancia/ Adicción	Media	Desviación típica	1er cuartil (25% más joven)	% < 18 años
Heroína y/o "rebujaos"	36.0	7.3	31	0.1
Heroína sola	36.7	7.2	32	0.0
Heroína con cocaína base	35.8	7.4	31	0.2
Heroína con clorhidrato de cocaína	35.6	7.0	31	0.0
Cocaína	29.5	8.1	23	2.7
Cannabis	23.4	8,1	17	25.9
Alcohol	42.6	10.7	35	0.2
Hipnóticos y sedantes	35.0	12.3	25	3.0
MDMA y derivados	22.8	3.8	20	12.0

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Los pacientes que presentan la edad media más elevada son los admitidos a tratamiento por **alcohol**: su media de edad se sitúa en los 42,6 años, aunque la desviación típica es relativamente elevada (10,7). Se observa que el percentil 25 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 0,2% del total de pacientes admitidos por alcohol.

Los admitidos a tratamiento por el consumo de **heroína** o '**rebujo**' tienen una edad media de 36 años. La desviación típica es de 7,3, lo que indica que las edades de los pacientes también se encuentran dispersas en torno a este valor medio. Se puede observar en la tabla 5 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 (0,1%). Los pacientes admitidos a tratamiento por heroína sola tienen una media de edad superior en un año a los pacientes admitidos por "rebujo" o por "speeball".

La media de edad de los pacientes admitidos a tratamiento por **hipnóticos y sedantes** es de 35 años, si bien la elevada desviación típica (12.3) indica una notable dispersión en torno a esa media de edad. Así lo indica el hecho de que el 25% de estos pacientes sea menor de 25 años. Además, los menores de edad representan el 3% de los tratados por estas sustancias.

Entre los consumidores de **cocaína** la edad media es más joven, 29.5 años, con una desviación típica de 8.2, esto indica que los valores no aparecen muy concentrados en torno a la media. El 25% de los pacientes más jóvenes se encuentra por debajo de los 23 años de edad. Un 2,7% de este grupo de pacientes es menor de edad.

Los pacientes que demandan tratamiento por **cannabis**, tienen una edad media de 23,4 años. Al analizar los cuartiles, llama la atención que el 25% de este grupo de pacientes es menor de edad.

Finalmente, el grupo más joven de pacientes que demandan tratamiento lo constituyen los admitidos por **éxtasis**, con una edad media de 22.8 años. Además, la edad de los pacientes se encuentra muy concentrada en torno a esa media, siendo el 25% de ellos menor de 20 años y un 12% menor 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 éxtasis y por cannabis son los más jóvenes.

GÉNERO DE LOS PACIENTES

Al analizar el sexo de los pacientes, se aprecia que los admitidos a tratamiento son mayoritariamente hombres. El porcentaje representado por las mujeres es inferior al 15,5% para las diversas sustancias que motivan el tratamiento, excepto en el caso de los hipnóticos y sedantes, donde las mujeres representan un 41,5%. Entre los pacientes que son admitidos a tratamiento por alcohol, las mujeres suponen el 15,4% y entre los pacientes que son admitidos a tratamiento por cannabis hay un 14,9% de mujeres. El grupo de pacientes donde encontramos el porcentaje más reducido de mujeres es el de los pacientes admitidos a tratamiento por éxtasis, donde las mujeres representan un 4%.

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel máximo de estudios de los pacientes, se observa que entre los pacientes admitidos a tratamiento por heroína, rebujo, speedball y por hipnóticos y sedantes se encuentran los porcentajes más altos de personas sin estudios reglados; más del 30% de los pacientes admitidos por estas sustancias no ha finalizado ningún nivel de estudios. Entre los admitidos a tratamiento por heroína, rebujo y speedball, la mayoría tiene estudios primarios; el

porcentaje de los que obtuvieron el Graduado Escolar o acabaron la ESO es algo más reducido, situándose entre el 26,4% para los pacientes tratados por heroína sola y el 14,8% entre los atendidos por consumo de heroína con clorhidrato de cocaína; en estos grupos, los porcentajes de pacientes que finalizaron la enseñanza secundaria superior o los estudios universitarios son pequeños.

Por otro lado, entre los usuarios que son admitidos a tratamiento por **cocaína, cannabis, éxtasis y alcohol**, los porcentajes de pacientes sin estudios son más limitados, situándose por debajo del 25%. Entre estos pacientes encontramos los porcentajes más altos en los niveles de estudios primarios completos y de Graduado Escolar o ESO finalizados. Además, más del 10% de estos pacientes finalizó la enseñanza secundaria superior.

Para todos los grupos, el porcentaje de pacientes con estudios universitarios es minoritario, siendo algo más alto entre los pacientes que señalan el **alcohol** como droga principal (7,5%) y el **cannabis** (4,5%). Ninguno de los pacientes admitidos por consumo de **éxtasis** había finalizado estudios universitarios. Este grupo de pacientes es el más joven, como media, de los analizados (22,8 años), lo que puede explicar que todavía no hayan concluido este nivel de estudios; sin embargo, sólo el 8,3% de ellos se encuentra actualmente estudiando, frente al 30,1% de los pacientes admitidos a tratamiento por cannabis, que tienen una media de edad muy cercana a la de los admitidos por éxtasis (23,4 años).

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 tabla 4 se muestran las situaciones laborales de los pacientes. El Instituto Nacional de Estadística distingue entre personas en situación activa, desde el punto de vista laboral, que serían aquellas que se encuentran trabajando o en disposición de hacerlo aunque estén desempleadas, e inactivas que son aquellas que no se encuentran en situación de incorporarse al mercado laboral, ya sea porque se encuentran incapacitadas o jubiladas o porque no demandan empleo (estudiantes que no buscan empleo y personas dedicadas a tareas no remuneradas, que no demandan un empleo).

Entre los pacientes admitidos a tratamiento por **cocaína, alcohol** y por **éxtasis**, más del 50% se encuentra trabajando. Por otro lado, entre los pacientes admitidos a tratamiento por **heroína, rebujo, speedball** y por **hipnóticos y sedantes**, más de la mitad está en situación de desempleo. Llama la atención el elevado porcentaje de estudiantes, comentado anteriormente, entre los admitidos a tratamiento por **cannabis** (30,1%). Entre los pacientes admitidos a tratamiento por **hipnóticos y sedantes** encontramos también un porcentaje considerable de pacientes inactivos (20,7%), siendo un 11,5% pensionistas y un 6,1% realiza las tareas del

hogar. El porcentaje de pensionistas es también elevado (11,1%) entre los pacientes admitidos a tratamiento por **alcohol**.

CONVIVENCIA

Cuando se analiza el modelo de convivencia de los pacientes, también se encuentran diferencias claras 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 **éxtasis** y **cannabis** la familia de origen es el principal modelo de convivencia (87,5% y 69,8% respectivamente viven con su familia de origen). También es un modelo destacado entre los pacientes de **cocaína** (48,8%) e **hipnóticos y sedantes** (44,4%). Entre los pacientes admitidos a tratamiento por heroína y/o “rebujo” el 36,8% vive también con su familia de origen.

La familia propia es el modelo de convivencia más habitual entre los pacientes de **alcohol** (54,7%) y representa el segundo modelo de convivencia para los pacientes admitidos por **hipnóticos y sedantes** (36,9%), por **cocaína** (34,8%) y por **heroína y/o “rebujo”** (26,8%).

Entre los que demandan tratamiento por **alcohol** y por **heroína y/o “rebujo”**, aparecen los porcentajes más elevados de pacientes que viven solos (14,7% y 12,5% respectivamente).

En el caso de los admitidos por adicción a la **heroína y/o “rebujo”**, la opción “otras situaciones de convivencia” representa un 21,3%, concretamente un 16,2% 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 5,2% entre los admitidos por hipnóticos y sedantes, el 4,7% entre los admitidos por cocaína, el 1,3% para los admitidos por cannabis, el 0,9% entre los admitidos a tratamiento por alcohol y ninguno entre los admitidos por éxtasis.

INCIDENCIAS LEGALES

Entre los pacientes que son admitidos a tratamiento por adicción a **heroína y/o “rebujo”**, el porcentaje que tenía incidencias legales antes de iniciar el consumo era del 13%. Tras el inicio del consumo de esta sustancia, este 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 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 (42,6%); ese porcentaje es del 52,5% entre los pacientes admitidos a tratamiento por consumo de speedball, que son el grupo de pacientes con un porcentaje más alto de incidencias legales en general, posteriores al inicio del consumo (el 80,8% de ellos tienen alguna incidencia legal).

Si se analizan estas variables para los pacientes en tratamiento por **cocaína**, se encuentra que el 8,6% tenían incidencias legales previas al consumo. En cambio, el porcentaje de pacientes que tiene incidencias legales después de haber iniciado el consumo es del 43,5%.

En el caso de los pacientes admitidos a tratamiento por **hipnóticos y sedantes**, el porcentaje de quienes tienen alguna incidencia legal previa al inicio del consumo es del 12,1% y pasa al 50,8% cuando se trata de incidencias legales posteriores al consumo.

Entre los pacientes que son admitidos a tratamiento por consumo de **cannabis**, existe 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 8,7% de los pacientes tenían incidencias antes de haber empezado a consumir, mientras que posteriormente al inicio del consumo el porcentaje asciende al 57,6%. El 28,8% de los pacientes con incidencias posteriores al consumo tiene una sanción administrativa.

Entre los pacientes admitidos a tratamiento por **éxtasis**, la diferencia entre el porcentaje que tenía alguna incidencia legal previa al consumo y posterior se incrementa, pasando del 4,2% antes del inicio del consumo al 83,3% después del consumo. Concretamente, un 45,8% tiene procesos pendientes con posterioridad al inicio del consumo y el 25% tiene alguna condena.

Entre los pacientes que demandan tratamiento por **alcohol**, un 9,5% tiene incidencias previas al consumo y un 25,5% tiene incidencias posteriores al mismo. El porcentaje de pacientes con incidencias legales posteriores al consumo es mucho menor entre este grupo de pacientes que entre el resto, debido en parte al carácter legal de la sustancia consumida.

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 “rebujo”**, un 42,6% ha tenido condenas

posteriores al consumo y entre los admitidos a tratamiento por éxtasis, el 25%; los porcentajes de pacientes con condenas posteriores al inicio del consumo se reducen para el resto de sustancias psicoactivas analizadas, siendo del 14,4% entre los pacientes tratados por **hipnóticos y sedantes**, del 12,4% entre los tratados por **cocaína**, del 6,8% entre los consumidores de cannabis y del 4,8% entre los consumidores de alcohol.

Por otro lado, las sanciones administrativas suponen el 28,8% 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 y “rebujo”** (3,3%).

2.1.2. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

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

Además de ofrecerse, como en años anteriores, el dato agregado de la “heroína y rebujo”, en la tabla 11.bis aparecen los datos desagregados para la heroína sola, rebujo y speedball.

Tabla 11. Aspectos relacionados con el consumo

	Heroína y “rebujo”	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Hipnóticos y sedantes	MDMA y derivados
Nº de admisiones	4236	3809	1053	5339	135	25
Edad media de inicio al consumo	21,3	21,5	16	16,8	26,3	17,2
Uso de la vía inyectada como vía principal en el último mes (%)	5,8	0,7	0,0	-	0,0	0,0
Uso de la vía inyectada, como vía principal u ocasional (%)						
Alguna vez en la vida	38,8	6,4	3,9	-	10,6	0,0
Último año	9,2	2,5	1,1	-	1,6	0,0
Último mes	5,9	2,0	1,0	-	0,8	0,0
Nunca	54,4	90,9	95,0	-	88,6	100,0

*Edad de inicio del consumo abusivo de alcohol: 28,5 años

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Tabla 11.bis. Aspectos relacionados con el consumo de heroína, rebujo y speedball

	Heroína sola	Heroína con cocaína base (rebujo)	Heroína con clorhidrato de cocaína (speedball)
Nº de admisiones	738	3054	444
Edad media de inicio al consumo	20,35	21,56	20,96
Uso de la vía inyectada como vía principal en el último mes (%)	12,7	3,8	8,1
Uso de la vía inyectada, como vía principal u ocasional (%)			
Alguna vez en la vida	55,2	34,6	41,4
Último año	15,7	7,0	12,7
Último mes	11,0	4,4	7,1
Nunca	37,6	58,5	53,5

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

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.

Las sustancias que antes comienzan a consumir son el cannabis (15,9 años de media), el alcohol (16,8 años) y el éxtasis (17,21 años). El consumo de estas tres sustancias comienza, por lo tanto, como media, antes de la mayoría de edad. En el caso del alcohol se distingue entre la edad del primer consumo de alcohol (16,8 años) y la del inicio del consumo abusivo, que se sitúa unos 12 años después (28,5 años).

En torno a los 21 años, como media, se inicia el consumo de la heroína y del “rebujo” y de la cocaína. La edad media de inicio al consumo de hipnóticos y sedantes entre los pacientes admitidos a tratamiento por estas sustancias es la más elevada, 26,3 años.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

En cuanto al uso de la vía inyectada como vía principal de administración de la sustancia, encontramos diferencias entre los pacientes que son admitidos a tratamiento por **heroína sola** y por la **mezcla de heroína con base de cocaína o con clorhidrato de cocaína**. La vía inyectada es empleada como vía principal por el 12,7% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína sola y por el 8,1% de los admitidos a tratamiento por heroína con clorhidrato de cocaína, reduciéndose al 3,8% entre los pacientes admitidos por heroína con cocaína base.

De los pacientes admitidos por **cocaína**, el porcentaje que utilizan la vía inyectada como vía principal es del 0,7%.

En cuanto al uso de la vía inyectada alguna vez en la vida, se observa que el 55,2% de los admitidos a tratamiento por heroína ha utilizado esta vía alguna vez y el 41,4% de los admitidos a tratamiento por speedball. Entre los admitidos a tratamiento por rebujo, el 34,6% la han utilizado alguna vez.

Los pacientes admitidos a tratamiento por hipnóticos y sedantes refieren haber utilizado alguna vez en su vida la vía inyectada en un 10,6%, aunque el uso reciente de esta vía se reduce notablemente entre estos pacientes (1,6% la han usado en el último año y el 0,8% en el último mes). Entre los tratados por cocaína, un 6,4% ha utilizado alguna vez la vía inyectada, además, el 2,5% la utilizaron en el último año y el 2% en el último mes. Es decir, aunque el uso de la vía inyectada como vía principal de administración entre los pacientes admitidos a tratamiento por cocaína es casi inexistente (0,7%), esta vía se utiliza ocasionalmente por un 2% de ellos.

Entre los pacientes admitidos a tratamiento por cannabis, un 3,9% refiere haber utilizado alguna vez en su vida la vía inyectada; además, el 1,1% la ha utilizado en el último año y un 1%, en el último mes. Por otra parte, ninguno de los pacientes admitidos a tratamiento por éxtasis ha utilizado la vía inyectada en su vida.

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 admisión a tratamiento. Se analiza el porcentaje de pacientes que son admitidos a tratamiento por primera vez en la vida y de aquellos que han realizado tratamientos anteriormente por la misma sustancia, el número de años hasta que se genera la primera admisión a tratamiento, las fuentes que recomiendan al paciente que solicite el tratamiento, el tipo de tratamiento demandado por los pacientes y el tipo de tratamiento prescrito por los terapeutas.

Tabla 12. Aspectos relacionados con la admisión a tratamiento, según droga principal

	Heroína y "rebujo"	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Hipnóticos y sedantes	MDMA y derivados
Nº de admisiones	4.236	3.809	1.053	5.339	135	25
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)						
Sí	73,3	23,8	8,8	41,7	25,2	4,3
No	18,1	76,2	91,2	58,3	74,0	95,7
Años desde el inicio consumo a la 1ª admisión a tratamiento (Media en años)	9,6	7,29	7,01	24,8*	7,3	5,5
Fuente principal de tratamiento (%)						
Iniciativa propia	44,3	30,4	16,6	25,4	24,8	20,8
Familia	16,8	38,3	37,2	34,7	17,3	29,2
Servicios sociales	2,9	3,0	5,1	5,1	4,5	0,0
Servicios sanitarios	6,3	13,4	9,7	23,0	39,1	12,5
Servicios legales o judiciales	17,2	9,5	22,9	2,7	9,8	33,3
Otro servicio drogodependencias	10,2	1,4	0,6	1,1	0,8	0,0
Movimiento asociativo	1,2	2,0	3,5	5,4	2,3	4,2
Tipo de demanda (%)						
Programa de Tratamiento con Metadona	53,8	0,7	0,0	0,0	1,6	0,0
Desintoxicación	11,5	12,3	4,9	37,0	34,2	4,3
Deshabitación	12,9	50,8	42,2	44,2	28,6	43,5
Control toxicológico	3,9	4,9	14,7	0,4	2,4	21,7
Programa de incorporación	2,4	4,0	4,9	0,6	3,2	4,3
Derivación a otro recurso	6,3	5,6	1,4	2,9	6,3	0,0
Ayuda no específica	7,9	20,2	29,5	12,6	18,3	21,7
Tipo de asistencia prescrita (%)						
Programa de Tratamiento con Metadona	55,2	0,7	0,0	0,0	1,6	0,0
Desintoxicación domiciliaria	10,9	15,3	5,4	38,3	29,9	4,2
Deshabitación	20,3	70,1	67,4	53,5	41,1	62,5
Control toxicológico	4,8	6,0	21,9	0,5	8,1	25,0
Programa de reincorporación	2,8	1,8	3,6	0,5	1,6	8,3
Derivación a otro recurso	6,2	6,0	1,8	7,2	17,8	0,0

*Años desde el inicio consumo abusivo de alcohol hasta la 1ª demanda de tratamiento: 12,9 años.

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

La tabla 12.bis ofrece los datos desagregados de la heroína, la heroína con cocaína base y la heroína con clorhidrato de cocaína.

Tabla 12.bis Aspectos relacionados con el tratamiento, según pacientes admitidos por heroína, rebujo o speedball

	Heroína sola	Heroína con cocaína base (rebujó)	Heroína con clorhidrato de cocaína (speedball)
Nº de admisiones	738	3.054	444
Tratamiento previo por la misma droga de admisión (%)			
Sí	86,7	78,3	77,6
No	13,3	21,7	22,4
Años desde el inicio consumo a la 1ª admisión a tratamiento (Media en años)	11,2	9,2	10,8
Fuente principal de tratamiento (%)			
Iniciativa propia	40,9	44,1	51,4
Familia	9,8	18,9	13,9
Servicios sociales	3,6	2,8	2,5
Servicios sanitarios	5,4	5,9	10,7
Servicios legales o judiciales	17,8	17,4	15,0
Otro servicio drogodependencias	20,4	8,6	4,3
Movimiento asociativo	1,1	1,2	1,4
Tipo de demanda (%)			
Programa de Tratamiento con Metadona	57,3	51,8	61,7
Desintoxicación	8,1	12,3	11,0
Deshabitación	11,9	13,7	9,3
Control toxicológico	2,4	4,5	2,2
Programa de incorporación	4,1	2,0	2,0
Derivación a otro recurso	5,4	6,6	5,3
Ayuda no específica	9,5	7,6	7,1
Tipo de asistencia prescrita (%)			
Programa de Tratamiento con Metadona	59,1	53,1	63,0
Desintoxicación domiciliaria	5,8	12,5	8,0
Deshabitación	20,5	20,6	17,5
Control toxicológico	4,3	5,2	2,6
Programa de reincorporación	4,5	2,4	2,9
Derivación a otro recurso	5,7	6,2	5,9

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

TRATAMIENTOS PREVIOS POR LA MISMA SUSTANCIA

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 que motiva el tratamiento. Así, vemos que las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida por heroína y/o 'rebujao' son escasas, el 18,1% de estos pacientes inicia por primera vez un tratamiento, mientras que el 73,3% ya había seguido otros previamente (Tabla 7). El porcentaje de admisiones por primera vez a tratamiento es más reducido en el caso de los pacientes tratados por heroína sola (13,3%) que en el caso de los tratados por rebujo (21,7%) y por speedball (22,4%).

Sin embargo, las personas admitidas por primera vez representan la mayor parte de los tratamientos iniciados en 2005 por el resto de sustancias psicoactivas. En el caso del éxtasis, las admisiones por primera vez a tratamiento representan el 95,7% de los tratamientos

notificados por esta sustancia. En cuanto a los pacientes tratados por cannabis, las admisiones por primera vez representan el 91,2%.

El 76,2% de los pacientes tratados por cocaína indican que se trata de su primer tratamiento. Tomando en cuenta únicamente las admisiones a tratamiento por primera vez, el número de pacientes que inician tratamiento por cocaína es ya mayor que el número de pacientes que lo inicia por primera vez por heroína; también el número de admisiones por cannabis supera el número de admisiones por heroína. Esto significa que las nuevas incorporaciones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias se realizan en un mayor número por cocaína y por cannabis que por heroína, rebujo o speedball.

Finalmente, el 74% de los tratados por hipnóticos y sedantes y el 58,3% de los tratados por alcohol son admitidos a tratamiento por primera vez.

TIEMPO CONSUMIENDO HASTA LA PRIMERA DEMANDA DE TRATAMIENTO

Se ha calculado la media de años que llevan consumiendo la sustancia los pacientes admitidos por primera vez a tratamiento. Observamos que quienes solicitan el tratamiento por **alcohol** son los que más años llevan consumiendo, como media, hasta el momento de demandar su primer tratamiento: 24,8 años desde el primer consumo y 12,9 años desde el inicio del consumo abusivo. Quienes demandan tratamiento por primera vez por **heroína y/o “rebujao”** llevan una media de 9,6 años consumiendo esta sustancia.

La media de años que transcurren desde el inicio del consumo hasta la demanda del primer tratamiento por **cocaína, cannabis o hipnóticos y sedantes** es de en torno a 7 años. Para los admitidos a tratamiento por **éxtasis**, este tiempo se reduce a 5,5 años de media.

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL

La fuente de referencia (persona, colectivo, asociación, institución, etc que recomienda el tratamiento al paciente) 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** (44,3%); para este grupo de usuarios, los servicios legales o judiciales (17,2%) y la familia (16,8%) ocupan un lugar destacado entre las fuentes de referencia más nombradas. En el caso de los usuarios adictos a **cocaína** los familiares o amigos (38,3%) son la principal opción seguidos de la iniciativa propia (30,4%).

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** (37,2%), por **alcohol** (34,3%) y por **éxtasis** (29,2%).

Por otra parte, los servicios sanitarios son la principal fuente de referencia para el 39,1% de los usuarios que demandan tratamiento por consumo de **hipnóticos y sedantes** y para el 23% de los tratados por **alcohol**.

Los servicios legales o policiales resultan más mencionados como fuente de referencia por los usuarios admitidos a tratamiento por consumo de **éxtasis** (33,3%) y de **cannabis** (22,9%).

TIPO DE DEMANDA

La solicitud de tratamiento inespecífico es habitual entre los usuarios admitidos a tratamiento por las distintas adicciones a sustancias psicoactivas, pero resulta más elevado entre aquellos que lo solicitan por adicción a cannabis (29,5%), éxtasis (21,7%) y cocaína (20,2%).

Entre los pacientes admitidos por **heroína y/o “rebujo”**, el 53,8% acude para solicitar la inclusión en el Programa de Tratamiento con Metadona. El porcentaje de los que demandan este tratamiento se eleva al 61,7% entre los admitidos a tratamiento por heroína con clorhidrato de cocaína (speedball). Los programas de deshabituación son demandados por el 12,9% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína y/o “rebujo” y un 11,5% demandan desintoxicación.

En el grupo de pacientes por **cocaína**, la deshabituación es el tipo de tratamiento más solicitado (50,8%) y un 12,3% de estos 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 (42,2%) y de desintoxicación (37%).

Entre los pacientes admitidos a tratamiento por **cannabis** y por **éxtasis**, la mayor parte solicita iniciar un programa de deshabituación (42,2% entre los pacientes por cannabis y 43,5% entre los pacientes por éxtasis). El control toxicológico es también una demanda importante entre estos pacientes: lo demandan el 21,7% de los pacientes admitidos a tratamiento por éxtasis y el 14,7% de los admitidos por cannabis.

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 “rebujao”** (6,3%), los **hipnóticos y sedantes** (6,3%) y la **cocaína** (5,6%). Entre los pacientes por **alcohol** el porcentaje de quienes solicitan la derivación a otros recursos representa un 2,9% y en el caso de los usuarios de **cannabis**, este porcentaje se reduce al 1,4%. Ninguno de los pacientes admitidos por **éxtasis** solicitó la derivación a un recurso residencial.

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 55,2% de los pacientes inician un Programa de Tratamiento con Metadona. Concretamente el 94% de los usuarios que entraron en el Programa de Tratamiento con Metadona lo habían solicitado previamente. El 20,3% de estos pacientes inicia un programa de deshabituación, que había sido previamente solicitado por el 60,3% de los que lo inician.

Un 70,1% de los pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cocaína** inician un tratamiento de deshabituación; de ellos, el 69% había solicitado una terapia de deshabituación. Además, un 15,3% realiza un tratamiento de desintoxicación ambulatoria, que había sido demandado por el 62,6% de los pacientes que lo realizan.

Entre los pacientes de **alcohol**, un 53,5% inician un programa de deshabituación que es demandado por el 79,1% de aquellos a los que se les ha prescrito. Un 38,3% empieza un programa de desintoxicación (ambulatoria rápida o domiciliaria).

Los programas de deshabituación son también el tipo de tratamiento prescrito a la mayor parte de los pacientes admitidos a tratamiento por **hipnóticos y sedantes**, puesto que se les prescribe al 41,1% de ellos. A un 29,9% de estos pacientes se les prescribe un programa de desintoxicación ambulatoria.

En el grupo de pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cannabis**, el 67,4% de estos pacientes empieza un programa de deshabituación, habiendo sido solicitado previamente por un 59% de ellos. A un 21,9% se le prescriben controles toxicológicos, que habían sido demandados por el 48,2% de los que los realizan.

Entre los pacientes admitidos a tratamiento por **éxtasis**, un 62,5% inicia un programa de deshabituación, que había sido demandado por el 71,4% de los que lo realizan. El 25% de estos pacientes realizará controles toxicológicos, que habían sido demandados por el 83,3% de los pacientes a los que se les prescribe este tratamiento.



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 específicas, por lo que el análisis realizado es distinto en función de las variables utilizadas.

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 2005 se produce una disminución de 550 admisiones a tratamiento por tabaco, con respecto al año anterior, pasando 2.121 en 2004 a 1.571 en 2005. Desde el Servicio Andaluz de Salud se llevan también 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. Además, recientemente se han puesto en funcionamiento nuevas Unidades de Tabaquismo del Servicio Andaluz de Salud que se ocupan de manera preferente de la atención de esta adicción. La ampliación del número de estas Unidades desde el Servicio Andaluz de Salud puede ser la causa de la disminución de la demanda de tratamiento por tabaquismo atendida desde los centros de la red de atención a las drogodependencias.

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 10,9 indica una notable dispersión de los valores de esta variable, de hecho, las edades de los pacientes oscilan entre un valor mínimo de 15 años y un máximo de 80. El 25% de los pacientes admitidos tienen menos de 36 años y el 50% tiene menos de 42.

Tabla 13. Edad del paciente

Media	43
Desviación típica	10,9
Mínimo	15
Máximo	80
1er cuartil (25%)	36
2º cuartil (50%)	42
3er cuartil (75%)	49

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

GÉNERO

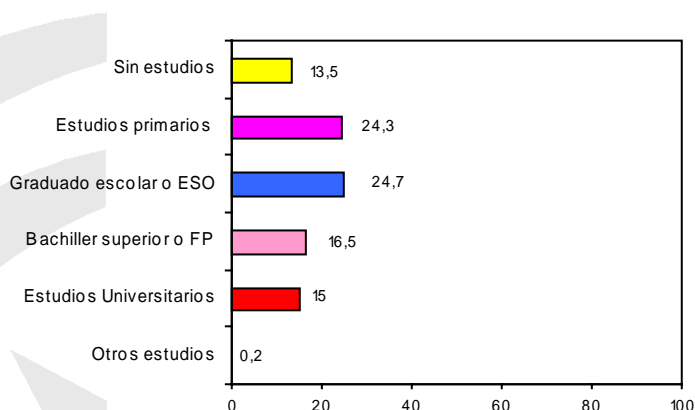
En función del género, el 49,5% de estos pacientes son hombres y el 50,5% son mujeres. Se trata de la adicción con el mayor porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento.

ESTUDIOS REALIZADOS

El 49% 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 13,5%. Este porcentaje de pacientes sin estudios es muy inferior al que se obtiene entre los pacientes admitidos a tratamiento por sustancias psicoactivas, excepto en el caso de los pacientes admitidos a tratamiento con cannabis (12,7% sin estudios finalizados).

El porcentaje de pacientes admitidos por tabaco con estudios universitarios es el más elevado (15%), en comparación con el resto de sustancias.

Gráfico 5. Máximo nivel de estudios (%)

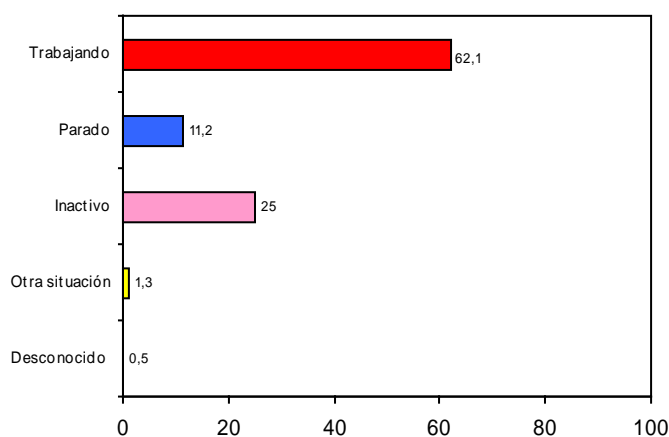


Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a la **situación laboral** de los pacientes admitidos por adicción al tabaco, el 62,1% se encuentra trabajando actualmente. El porcentaje de pacientes en paro (11,2%) es inferior a los encontrados en el resto de sustancias analizadas. Sin embargo, se encuentra un porcentaje elevado de inactivos (25%), que se explica porque en este grupo de pacientes hay un 11,4% de personas dedicadas a las labores del hogar.

Gráfico 6. Situación laboral (%)

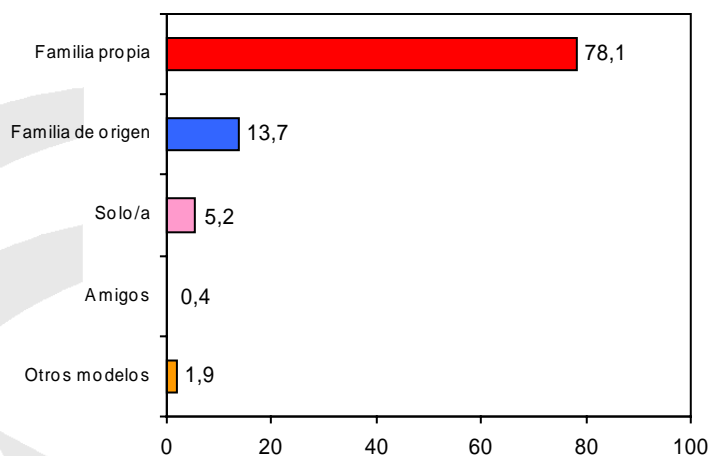


Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

TIPO DE CONVIVENCIA

En cuanto al modelo de convivencia en los últimos 30 días de estos pacientes, se observa que el 78,1% viven con su familia propia (pareja y/o hijos); el 13,7% vive con su familia de origen y un 5,2% vive solo.

Gráfico 7. Convivencia (%)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

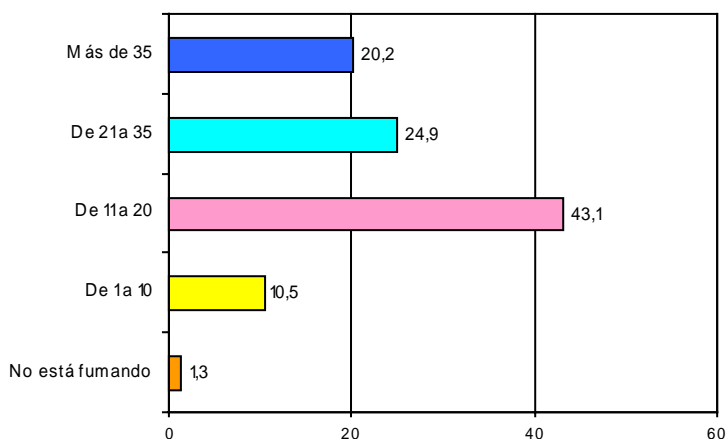
2.2.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

CANTIDAD DE CIGARRILLOS AL DÍA

Un 1,3% de los pacientes admitidos a tratamiento por tabaco manifiesta que en el momento de la admisión se encuentra abstinentes. El 98,7% restante fuma en el momento de ser admitido a tratamiento, concretamente, la media de cigarrillos fumados al día es de 25,4 cigarrillos.

Analizando el número de cigarrillos fumados cada día por categorías, se observa que un 10,5% de los usuarios admitidos a tratamiento por adicción al tabaco refiere fumar 10 cigarrillos o menos al día. Otro 43,1% fuma actualmente entre 11 y 20 cigarrillos. El 45,1% de los admitidos a tratamiento fuma más de 20 cigarrillos diarios.

Gráfico 8. Nº de cigarrillos fumados al día (%)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE TABACO

Entre los pacientes que demandan tratamiento por esta sustancia, la media de edad de inicio al consumo es de 16 años (desviación típica de 4,5 unidades). Un 25% de los admitidos a tratamiento por tabaco comenzaron a fumar antes de los 14 años y el 50% comenzó antes de los 15. El 75% de los pacientes que han iniciado un tratamiento para el tabaquismo en 2005 se inició en el consumo de tabaco antes de los 18 años.

Tabla 14. Edad de inicio al consumo de tabaco

Media	16
Desviación típica	4,5
Mínimo	4
Máximo	49
1er cuartil (25%)	14
2º cuartil (50%)	15
3er cuartil (75%)	18

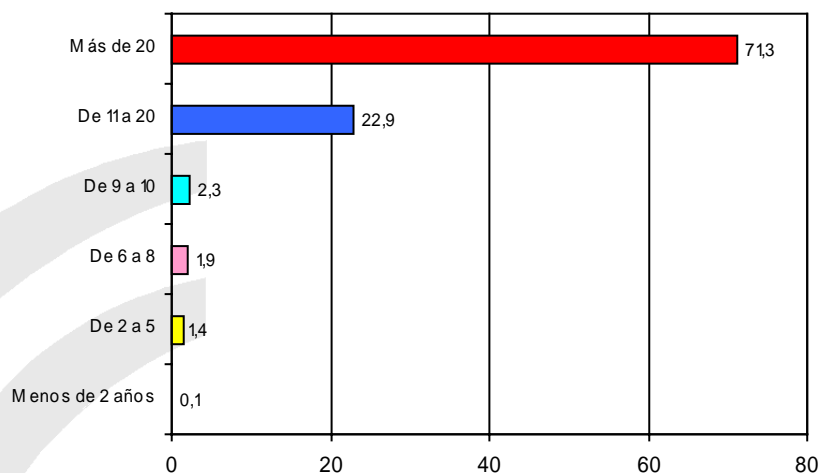
Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Atendiendo al género, se observa que los hombres se iniciaron en el consumo de tabaco, como media, un año más jóvenes que las mujeres (15,5 años de media entre los hombres y 16,6 años entre las mujeres).

TIEMPO DE CONSUMO

En cuanto al tiempo que lleva fumando, la media se sitúa en los 27 años. Al categorizar esta variable, se obtienen los siguientes resultados: el 71,3% de los pacientes admitidos lleva más de 20 años fumando, otro 22,9% lleva entre 11 y 20 años. Es decir, el 94,2% de los pacientes admitidos a tratamiento lleva fumando más de 10 años.

Gráfico 9. Tiempo que lleva fumando (%)



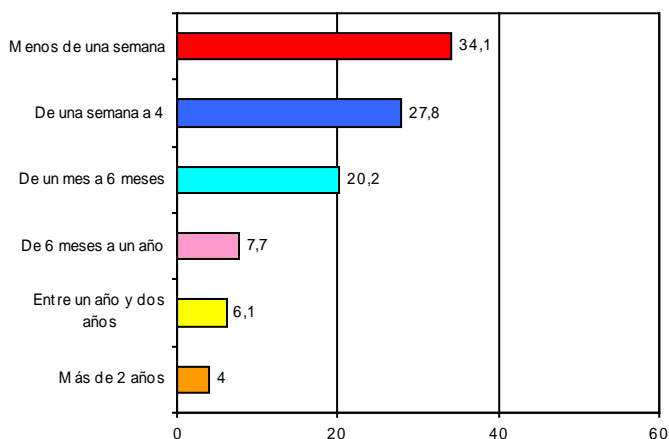
Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

2.2.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

INTENTOS PREVIOS PARA DEJAR DE FUMAR

Del total de pacientes admitidos a tratamiento por tabaco, un 59.2% refiere haber intentado dejar de fumar alguna vez en su vida. De ellos, un 62% estuvo sin fumar menos de un mes la última vez que lo intentó.

Gráfico 10. Tiempo sin fumar la última vez que lo intentó (%)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

En los dos últimos años, ha intentado dejar de fumar el 48,7% de los pacientes. De ellos, el 77,6% lo ha intentado una o dos veces, el 15,2% lo ha intentado tres o cuatro veces y el 7,2% restante más de 4 veces en los últimos dos años.

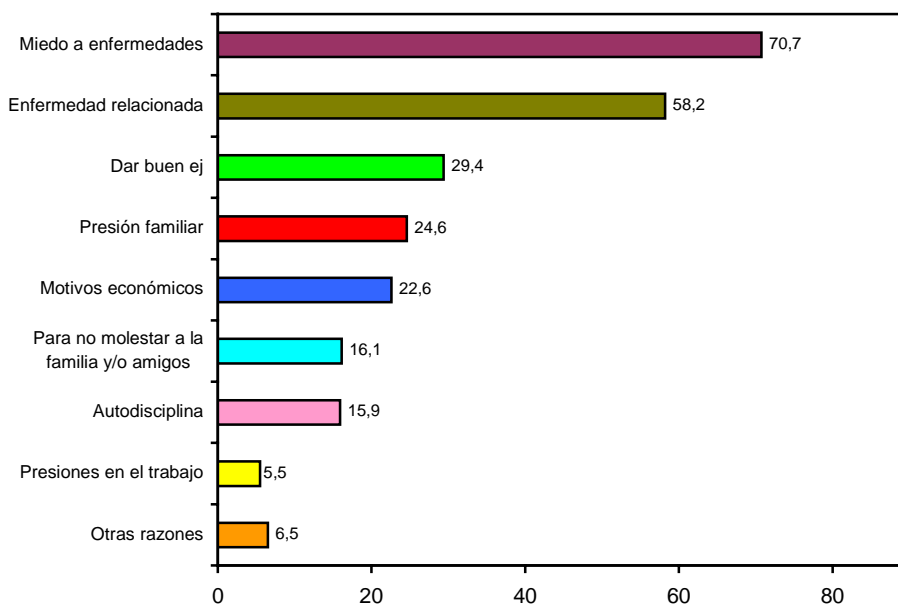
De los 701 pacientes que intentaron dejar de fumar en los dos últimos años, el 17,2% solicitó ayuda profesional para hacerlo.

MOTIVOS POR LOS QUE DESEA DEJAR DE FUMAR

En cuanto a los motivos aducidos para querer dejar de fumar y solicitar el actual tratamiento, el miedo a las enfermedades relacionadas con el tabaco es el más mencionado: el 70,7% de los pacientes lo menciona. El padecer una enfermedad relacionada es mencionado por el 58,2% de los pacientes. Un 29,4% refiere como motivo el dar ejemplo a otras personas, como hijos/as o pareja. La presión familiar es otra motivación habitual (24,6%), seguida de los

motivos económicos (22,6%). La presión en el trabajo, que en 2004 fue mencionada por el 1,7%, en 2005 el porcentaje de pacientes que indicaron este motivo ascendió al 5,5%.

Gráfico 11. Motivos para dejar de fumar (% respuesta múltiple)

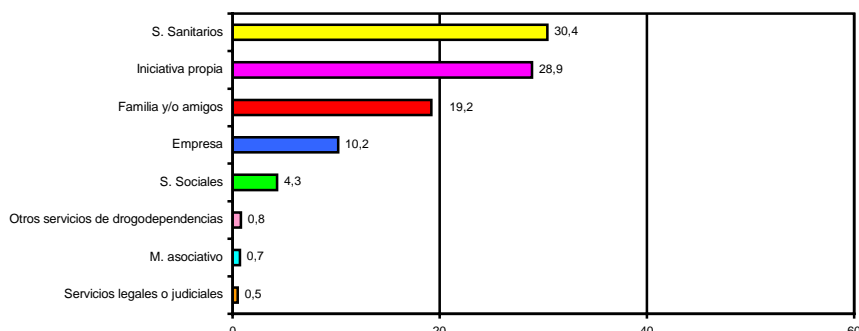


Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

FUENTE DE REFERENCIA

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia al tabaco mencionan como principal fuente de referencia los servicios sanitarios (30,4%), seguidos de la iniciativa propia (28,9%). Los familiares y amigos son también una fuente de referencia importante (19,2%) y la empresa es ya la principal fuente de referencia para demandar tratamiento por tabaco para un 10,2% de estos pacientes. En comparación con las otras sustancias psicoactivas analizadas, es destacable el escaso porcentaje de pacientes que acuden a tratamiento motivados por los servicios legales o judiciales, (0,5%).

Gráfico 12. Fuente de referencia principal (%)



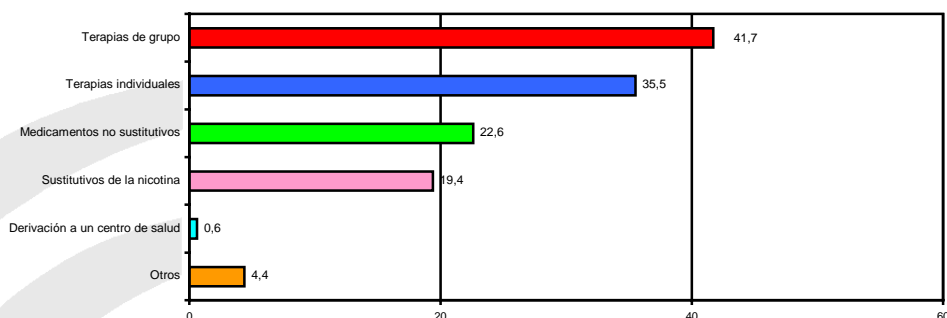
Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO

El tipo de tratamiento prescrito se ha analizado como una variable de respuesta múltiple, ya que los terapeutas pueden indicar hasta 4 tipos de tratamiento por paciente; por este motivo, los porcentajes ofrecidos suman más de 100 y deben interpretarse como el porcentaje de pacientes a los que se les prescribe cada tipo de tratamiento, independientemente de que se le prescriban otros tratamientos más.

Al 41,7% de los pacientes admitidos a tratamiento por tabaquismo, se le prescribe la participación en terapias de grupo. Un 35,5% recibirá terapias individuales. Al 22,6% de estos pacientes se les prescribió algún fármaco no sustitutivo de la nicotina. Estos sustitutivos fueron prescritos al 19,4% de los pacientes. Un 4,4% recibió otros tratamientos y un 0,6 fue derivado a un centro de salud para seguir su tratamiento.

Gráfico 13. Tipo de tratamientos prescritos (% respuesta múltiple)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

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 específicas, por lo que el análisis realizado es distinto según las variables utilizadas.

2.3.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En 2005 se han notificado 253 admisiones a tratamiento por juego patológico en Andalucía, 35 más que en 2004. Por lo tanto, el número de admisiones a tratamiento por esta adicción aumenta de forma suave pero sostenida, desde que se inició su registro en 2003.

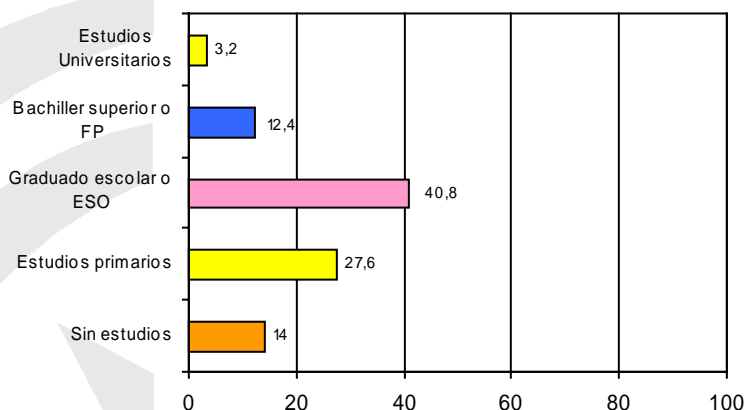
El juego patológico se atiende también desde las asociaciones de jugadores de azar, que no son notificadas al sistema de información. Las admisiones a tratamiento realizadas desde estas asociaciones complementan las 253 admisiones registradas por el sistema.

2.3.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El 94,1% de los pacientes admitidos son hombres, encontrándose un 5,9% de mujeres. La edad de los pacientes oscila entre 16 y 74 años, con una media de 36,6 años (desviación típica de 12,4). El 1,6% de estos pacientes son menores de edad.

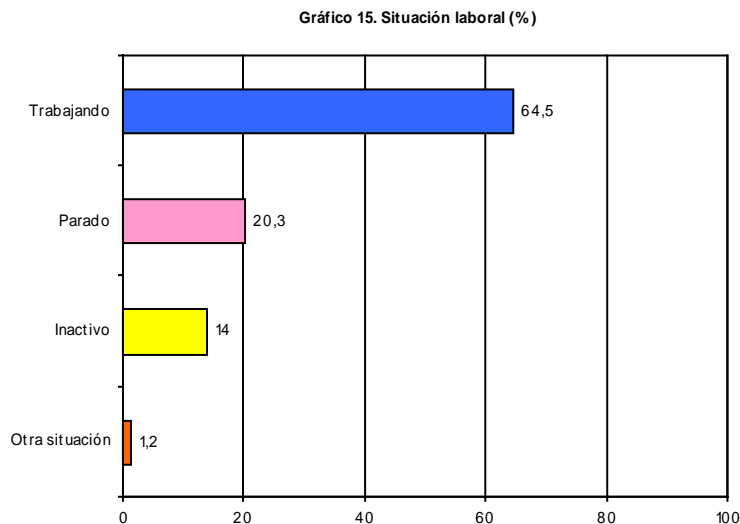
En cuanto al **nivel máximo de estudios**, el 14% de estos pacientes no ha finalizado ningún nivel de estudios; el 27,6% ha finalizado la enseñanza primaria y el 40,8% la primera etapa de la secundaria. Un 12,4% ha finalizado la enseñanza secundaria completa y un 3,2% tienen estudios universitarios.

Gráfico 14. Máximo nivel de estudios (%)



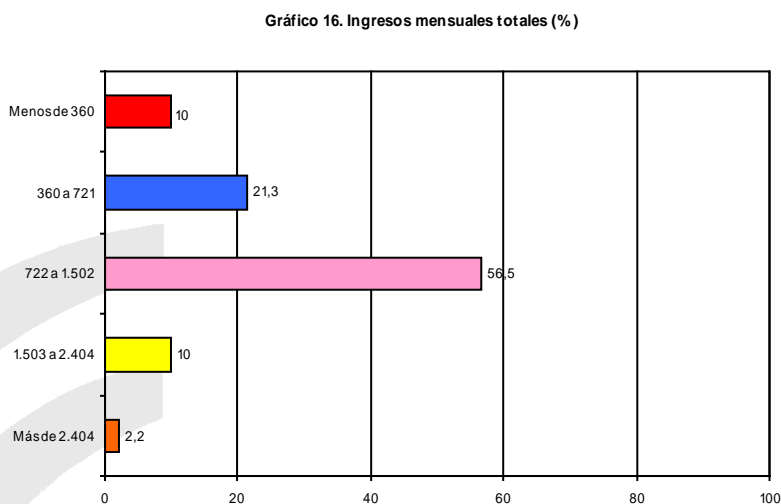
Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Por lo que se refiere a la **situación laboral**, el 64,5% de estos pacientes se encuentra trabajando. Por otro lado, un 20,3% de los pacientes está en paro.



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

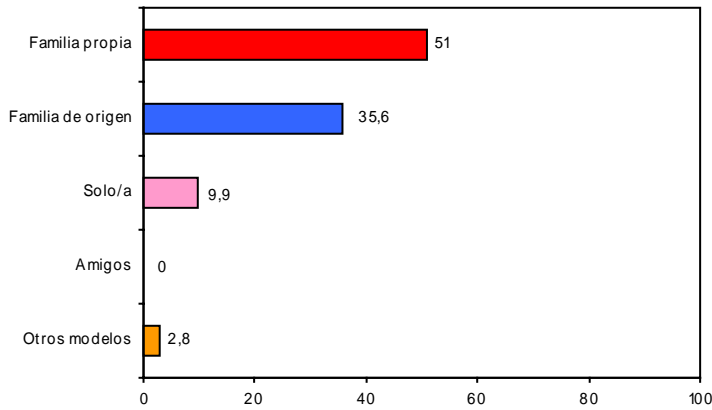
El 56,5% de estos pacientes tiene unos ingresos mensuales totales de entre 722 euros y 1.502. Un 31,3% tiene unos ingresos inferiores a 721 euros al mes y un 12,2% tiene ingresos por encima de los 1.502,53 euros.



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

En cuanto al **modelo de convivencia**, el 51% de los pacientes vive con su pareja y/o con sus hijos. Otro 35,6% vive con sus padres o familia de origen. El 9,9% vive solo y un 2,8% de los pacientes ha vivido en otras circunstancias.

Gráfico 17. Modelo de convivencia (%)

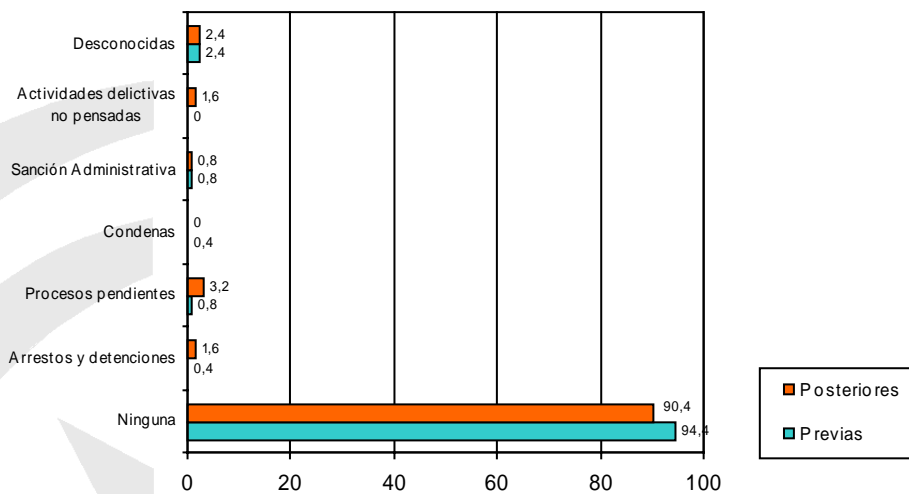


Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Atendiendo a la **situación legal** de los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico, observamos que el 5,6% de los pacientes tenía alguna incidencia legal previa a la dependencia, incrementándose ese porcentaje hasta el 9,6% 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.

Gráfico 18. Incidencias legales previas y posteriores (%)

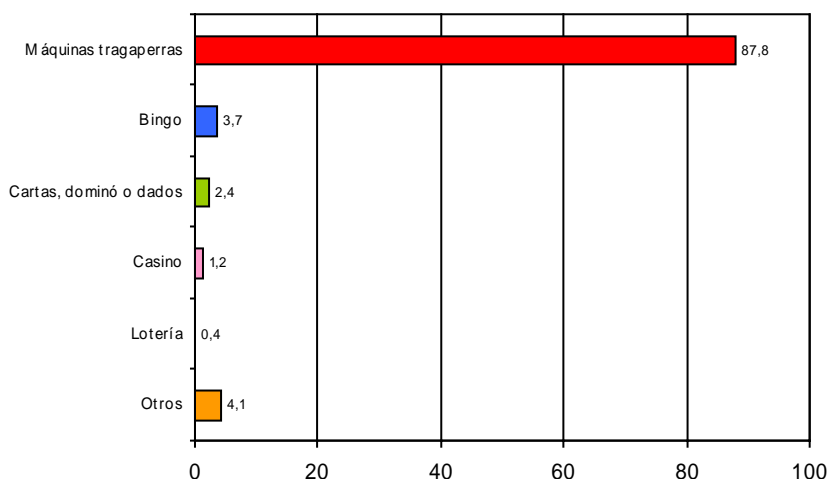


Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

2.3.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

De los 253 pacientes admitidos por juego patológico, el 87,8% refiere como juego que más frecuentemente realiza las máquinas tragaperras, un 3,7% indica el bingo y un 4,1% otros juegos.

Gráfico 19. Juego principal que motiva el tratamiento (%)



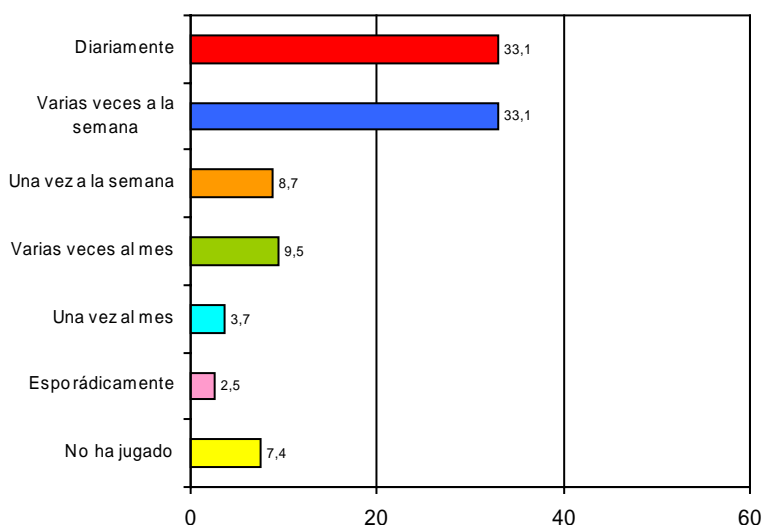
Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

La media de **edad de inicio** al juego que genera la demanda de tratamiento es de 27 años, con una desviación típica de 10,7. Un 10% de los pacientes se inició en el juego antes de la mayoría de edad, el 25% empezó antes de los 20 años y el 50% se inició antes de los 24 años de edad.

Además del juego principal, se recoge información sobre otros juegos a los que el usuario manifiesta adicción. De los 253 pacientes admitidos, 39 refieren adicción a otro juego secundario (7,3%), 8 pacientes refieren adicción a tres juegos y solamente 3 de ellos llegan a señalar un cuarto juego.

Un 33,1% de los pacientes afirman jugar diariamente al juego principal y otro 33,1% indica que juega varias veces por semana. Un 7,4% de los admitidos a tratamiento no ha practicado ese juego en el último mes.

Gráfico 20. Frecuencia con la que ha jugado en el último mes al juego principal (%)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

Entre los que han jugado durante el último mes, la media de horas dedicadas al juego semanalmente es de 5,5 (desviación típica: 9,2) y han gastado como media 208 € por semana. La desviación típica del gasto en el juego es muy alta (231,4 unidades), lo que indica una importante dispersión en torno a esa media. El análisis de los cuartiles puede darnos más información: el 25% de los pacientes que menos gastaron, dedicaron como máximo 60 € y la mitad de los pacientes destinó como máximo 150 €.

2.3.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUSTANCIA CONSUMIDA DURANTE EL JUEGO

De los 253 pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico en 2005, 146 refieren consumir alguna sustancia durante el juego y 35 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 (76% de los pacientes que consumen alguna sustancia, indican consumir alcohol); le sigue el tabaco (32,2%) y la cocaína (13%).

Tabla 15. Sustancias consumidas durante el juego

Sustancia consumida	Nº de menciones	% respuesta múltiple
Alcohol	111	76
Tabaco	47	32,2
Cocaína	19	13
Opiáceos	2	1,4

Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

De los 253 usuarios admitidos en 2005 a tratamiento por juego patológico, 15 afirman haber realizado algún tratamiento previo por consumo abusivo o adicción a sustancias psicoactivas (un 5,9% de los pacientes).

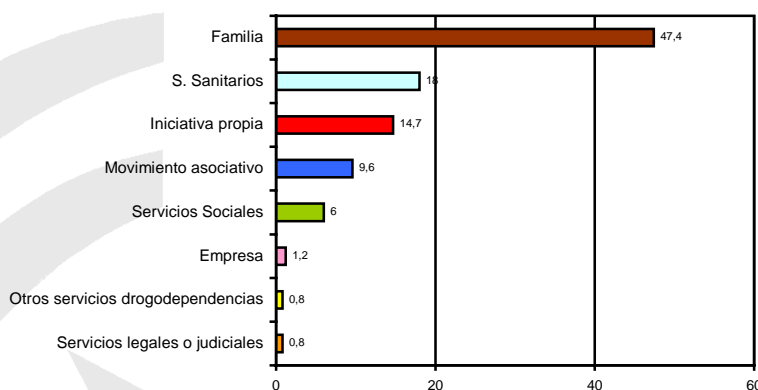
2.3.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

El 22,4% de estos pacientes habían realizado anteriormente algún tratamiento por la misma adicción, mientras que para el 77,1% éste es su primer tratamiento. Entre aquellos pacientes que no habían realizado anteriormente ningún tratamiento, transcurren como media 9 años (desviación típica: 8,3) desde que se iniciaron en el juego hasta que realizan esta primera demanda de tratamiento.

FUENTE DE REFERENCIA PARA LA DEMANDA DE TRATAMIENTO

Los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico señalan como principal fuente de referencia los familiares y amigos (47,4%). Los servicios de salud (18%) son la segunda fuente más mencionada. La iniciativa propia ocupa el tercer lugar (14,7%), seguida del movimiento asociativo que en 2005 supuso la fuente de referencia principal para el 9,6% de estos pacientes.

Gráfico 21. Fuente de referencia principal (%)



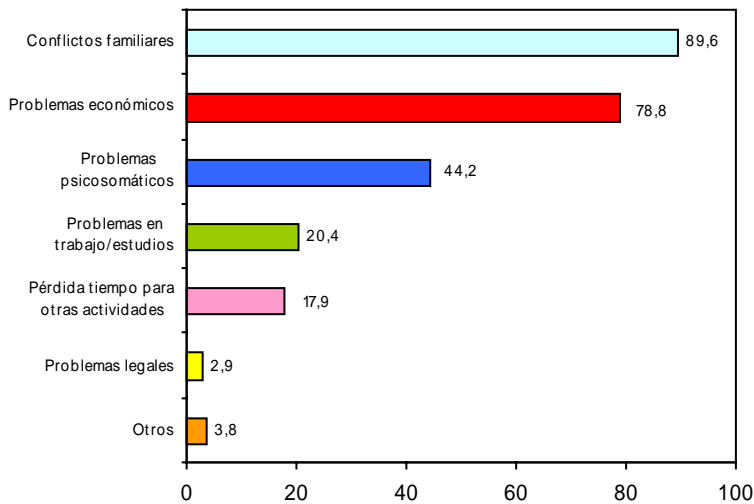
Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones

PROBLEMAS OCASIONADOS POR LA ADICCIÓN AL JUEGO

Para cada paciente se permite registrar hasta 4 tipos de problemas diferentes generados por la adicción al juego, por este motivo, esta información se analiza como una variable de respuesta múltiple, por lo que los porcentajes sumarán más del 100%.

En cuanto al tipo de problemas que le ocasionó el juego, los más mencionados son los conflictos familiares (89,6% de los pacientes los señalan), un 78,8% indica problemas económicos y un 44,2% señala problemas psicosomáticos, como dolores de cabeza, malestar o nerviosismo.

Gráfico 22. Problemas ocasionados por el juego (% respuesta múltiple)



Fuente: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones



PRINCIPALES RESULTADOS

Los datos ofrecidos por el indicador tratamiento en 2005 mantienen las tendencias que vienen observándose desde el comienzo de la presente década:

- El número total de admisiones a tratamiento en 2005 es de 16.785. El efecto de los controles automatizados introducidos en la forma de registro del Indicador evitan que se dupliquen la notificación de admisiones a tratamiento de un mismo paciente en distintos centros, lo que puede haber hecho disminuir este año el número total de notificaciones con respecto al año anterior. En 2005 se han producido 2.165 derivaciones entre Centros de Tratamiento Ambulatorio de pacientes en seguimiento.
- Se observa una leve reducción del número de admisiones notificadas para todas las sustancias, excepto en el caso de la cocaína, que aumenta levemente, de las anfetaminas y del juego patológico. Este descenso generalizado queda, en parte, explicado por los controles anteriormente comentados para impedir la doble notificación de tratamientos.
- En el caso del tabaco, la reducción del número de admisiones notificadas es especialmente notable, pasando de 2.121 en 2004 a 1.571 en 2005. La ampliación del número de Unidades de Tabaquismo del Servicio Andaluz de Salud, como dispositivo para atender esta adicción, provoca una disminución del número de pacientes admitidos a tratamiento por esta sustancia en la red de atención a las drogodependencias.
- En términos porcentuales, en 2005, sigue disminuyendo el porcentaje representado por los tratamientos motivados por heroína y rebujo, y aumentan los porcentajes representados por las admisiones a tratamiento por cocaína y por alcohol. El alcohol se mantiene como la sustancia que más tratamientos motiva anualmente (el 31,81%). El porcentaje que suponen los tratamientos por cannabis se mantiene estable con respecto a 2003 y 2004.
- Según provincia, Sevilla y Cádiz son las provincias en las que más admisiones a tratamiento se producen (22,2% y 16,1% respectivamente). Además, 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 40,4% de las admisiones a tratamiento por tabaco y el 20,3% de las de alcohol.

- El porcentaje de mujeres en tratamiento es muy inferior al de hombres (17%). Por tipo de sustancia, las mujeres representan un porcentaje superior al 15,5% solamente en el caso de los hipnosedantes (41,5%) y el tabaco (50,5% de mujeres).
- De los pacientes admitidos a tratamiento 953 se encuentran en prisión (5,68% del total de admitidos). Distinguiendo por tipo de sustancia por la que es admitido a tratamiento observamos que el porcentaje que representa la heroína con respecto al resto de sustancias ha sido siempre muy elevado (67,7%). Sin embargo, este porcentaje comienza a reducirse a partir de 2001 hasta la actualidad. Paralelamente se detecta un incremento del número de admisiones a tratamiento por cocaína entre los pacientes en prisión. En 2001, las admisiones a tratamiento por cocaína suponían el 2,4% de las notificadas desde los Equipos de Apoyo en Instituciones Penitenciarias, mientras que en 2005 representan el 25,18%. El resto de sustancias suponen un porcentaje muy reducido de las admisiones a tratamiento que se producen en prisión.
- Del total de pacientes admitidos a tratamiento en 2005, 441 son menores de edad (2,63% del registro total de 2005). De ellos, 411 han sido admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, 12 por alcohol, 15 por tabaco y 3 por juego patológico. En función del género, observamos que las mujeres representan el 23,8% de los pacientes menores de 18 años admitidos a tratamiento, mientras que los hombres son el 76,2%. Este porcentaje es superior al representado por las mujeres en el total de pacientes admitidos a tratamiento (17,1% de mujeres), lo que puede estar indicando una progresiva incorporación de la mujer joven al abuso y a la dependencia de sustancias psicoactivas.
- En 2005, 723 inmigrantes fueron admitidos a tratamiento, es decir, un 4,31% del total de admisiones realizadas correspondieron a esta población. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la heroína y “rebujo” y la cocaína son las que más admisiones motivan.
- Los pacientes admitidos a tratamiento por alcohol presentan la **media de edad** más elevada (42,6 años); por el contrario, los admitidos por consumo abusivo o dependencia a cannabis y por éxtasis son los más jóvenes (media de 23,4 y 22,8 años respectivamente). Los usuarios en tratamiento por tabaco (43) y juego patológico (36,6) presentan medias de edad superiores a los atendidos por dependencia a hipnóticos y sedantes (35), heroína (36) y cocaína (29,5).

- La **situación laboral** más habitual entre los pacientes admitidos a tratamiento por tabaco, juego patológico, alcohol, cocaína y éxtasis 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 “rebujo” y a hipnosedantes la situación mayoritaria es el desempleo. Entre los pacientes admitidos por cannabis el 30,1% está estudiando.
- La familia de origen o la **convivencia** con la familia propia son los modelos más habituales para todos los pacientes. El 16,2% de los pacientes admitidos por adicción a la heroína y/o “rebujo” han vivido en prisión durante los seis meses previos a la apertura de la ficha. En el caso de los admitidos por tabaco (78,1%) y alcohol (54,7%) el modelo más habitual es la familia propia. Para los admitidos a tratamiento por éxtasis (87,5%), cannabis (69,8%), cocaína (48,8%) e hipnosedantes (44,4%) 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; en el caso de los hipnosedantes, existe un porcentaje alto de pacientes con edades jóvenes, aunque la media de edad sea de 35 años. El porcentaje de pacientes atendidos por juego patológico que conviven con su familia de origen (35,6%), pese a ser inferior al de aquellos que conviven con su familia propia (51%), 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 o “rebujo”, 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.
- La **edad de inicio** al consumo de la droga principal más baja es la del cannabis (16 años), el tabaco (16) y el éxtasis (17,2). El consumo de heroína y/o “rebujo” y de cocaína se sitúa en torno a los 21 años como media y la de los hipnosedantes en los 26,3 años. En cuanto al inicio en el juego, la edad media de inicio se sitúa en los 27 años. En el caso del alcohol, se distingue la edad de primer consumo (16,8) y la de inicio al consumo abusivo (28,5 años).
- En cuanto al uso de la **vía inyectada**, el 5,8% de los pacientes admitidos y readmitidos a tratamiento por heroína y/o “rebujo” la utilizan como vía principal y un 38,8% la han utilizado alguna vez en la vida. Entre los pacientes admitidos por

heroína sola, el porcentaje de inyectores es del 12,7% y un 55,2% refieren haberse inyectado alguna vez. Los pacientes admitidos a tratamiento por rebujo que utilizan la vía inyectada como vía principal representan el 3,8% y el porcentaje de los que indican haber utilizado esta vía alguna vez es del 34,6%. Entre los pacientes admitidos a tratamiento por cocaína los inyectores representan el 0,7% y un 6,4% ha utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida.

- En cuanto a los aspectos relacionados con el tratamiento, se observa que entre los pacientes admitidos a tratamiento por heroína y rebujo, la mayor parte ya habían realizado otros tratamientos anteriormente por la misma droga (73,3%). Sin embargo, para el resto de sustancias, la mayor parte de los pacientes son admisiones a tratamiento por primera vez en la vida, sobre todo en el caso del éxtasis (95,7% son admisiones) y del cannabis (91,2% son admisiones). El número de pacientes que realizan su primer tratamiento por cocaína es mayor que el número de admisiones por heroína y rebujo; también el número de pacientes nuevos por cannabis supera al de los nuevos pacientes por heroína y rebujo. Esto significa que los nuevos pacientes llegan a los centros de tratamiento ambulatorio por sustancias diferentes a la heroína y al rebujo.
- Los pacientes que solicitan tratamiento por **tabaco** son los que más años llevan consumiendo, como media, la sustancia hasta el momento de demandar su primer tratamiento: 27 años. Les siguen los pacientes que demandan tratamiento por **alcohol**: 24,8 años desde el primer consumo y 12,9 años desde el inicio del consumo abusivo. Quienes demandan tratamiento por primera vez por **heroína y/o “rebujao”** llevan una media de 9,6 años consumiendo la sustancia. En el caso de la **cocaína** y el **cannabis**, el tiempo que transcurre hasta la primera demanda de tratamiento son unos 7 años, y entre los pacientes admitidos por **éxtasis**, la media hasta la primera demanda de tratamiento es de 5,5 años de consumo. Los pacientes admitidos por juego patológico llevan una media de 9 años practicando el juego antes de demandar tratamiento.
- En cuanto a la **fuerza 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, éxtasis y alcohol, manteniéndose en un segundo puesto la iniciativa propia. En el caso de los pacientes admitidos a tratamiento por éxtasis y por cannabis, los servicios legales son la fuente de referencia de un porcentaje destacado de pacientes (el 33,3% y el 22,9% respectivamente). Para los pacientes admitidos a tratamiento por hipnóticos y sedantes y por tabaco los servicios sanitarios representan una fuente de referencia importante (39,1% y 30,4%

respectivamente). En el caso del juego, la fuente de referencia más mencionada es la familia y en segundo lugar, los servicios de salud.

- Los pacientes admitidos a tratamiento por **tabaco** fuman, como media, 25,4 cigarrillos diarios. Un 48,7% 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 87,8% de los 253 pacientes admitidos a tratamiento por **juego patológico** indica como principal adicción las máquinas tragaperras, el 3,7% al bingo y el 8,5% 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. Estos pacientes gastan una media de 208 € semanales en el juego principal.

