

INFORME SOBRE LAS ADMISIONES
Y READMISIONES A TRATAMIENTO
EN ANDALUCÍA. 1^{er} semestre 2003

Comisionado para las Drogodependencias

Índice

INTRODUCCIÓN.....	3
METODOLOGÍA.....	4
Instrumento.....	4
Procedimiento.....	5
Población.....	5
RESULTADOS EN ANDALUCÍA.....	7
1. Sustancias psicoactivas legales e ilegales.....	14
1.1. Admisiones y readmisiones.....	14
1.2 Características sociodemográficas.....	18
1.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	28
1.4. Aspectos relacionados con el consumo.....	32
1.5. Trastornos somáticos y psicológicos.....	40
2. Tabaco.....	47
2.1. Admisiones a tratamiento.....	47
2.2 Características sociodemográficas.....	48
2.3. Aspectos relacionados con el tratamiento.....	51
2.4. Aspectos relacionados con el consumo.....	53
2.5. Estado de salud de los pacientes.....	55
3. Juego patológico.....	57
3.1. Admisiones a tratamiento.....	57
3.2 Características sociodemográficas.....	57
3.3. Fuentes de referencia para la demanda de tratamiento.....	62
3.4. Aspectos relacionados con la dependencia.....	64
3.5. Aspectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.....	69
CONCLUSIONES.....	72

Introducción

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

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

Este indicador se articula, además, como una parte del Sistema de Evaluación del área de atención socio-sanitaria planteado desde el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (II PASDA) y constituye, de esta forma, un instrumento útil para el seguimiento y control del desarrollo del mismo, evaluando las nuevas necesidades y los cambios que se van produciendo dentro de esta área.

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

Metodología

Instrumento

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

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

Algunos de los ítems utilizados para recoger esta información están propuestos por el EMCDDA. La recogida de estos ítems se realiza de manera común en todos los centros de tratamiento ambulatorio que hay en Europa. De esta forma, buscan disponer de una base de datos que permita comparar y extraer los distintos perfiles de las personas que solicitan tratamiento.

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

Procedimiento

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

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

Población

La población del presente informe está constituida por aquellas personas que son admitidas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado, por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia, en los seis primeros meses del año 2003.

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

Además, el uso de las nuevas tecnologías permite que los datos de todos los pacientes admitidos se encuentren registrados en la base de datos en el momento de la cumplimentación de la FIBAT. Sin embargo, diversos factores hacen que esta situación no se haya producido todavía en la práctica, de una forma homogénea en las distintas provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Entre estos factores podemos destacar:

- La falta inicial de una dotación informática adecuada en cada centro durante los 6 primeros meses del año ha hecho necesario que la mayor parte de las veces las FIBATs se rellenaran previamente en papel, trasladándose posteriormente a un miembro del equipo encargado de mecanizar cada ficha en el ordenador. Este proceso conlleva un retraso en la introducción de los datos de las nuevas admisiones en la base de datos y, en ocasiones, una pérdida de calidad de los propios datos al ser reinterpretados por una segunda persona para su registro. Esta situación se ha corregido posteriormente en la mayor parte de los centros de la red de toda la Comunidad Autónoma conforme se ha ido realizando la dotación de unidades. De este modo en la actualidad es ya prácticamente una realidad la disponibilidad de un ordenador por profesional en toda la red de Andalucía.
- Ausencia de conexión a internet desde algunos centros, que afecta a la mayor parte de los centros de las provincias de Sevilla y Huelva. Para solventar esta situación, durante los 6 primeros meses del año, las FIBATs de los centros de la provincia de Sevilla se han remitido en papel a la gerencia de la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias, donde se ha centralizado su mecanización (en el caso de Huelva, solamente contamos con los datos procedentes del CPD, no del resto de la provincia). Sin embargo, como factores facilitadores, hemos de destacar la implicación de los profesionales y el interés tomado por los responsables provinciales para llevar a cabo la implantación del nuevo sistema de recogida de datos.

Estas circunstancias hacen que una parte de las fichas correspondientes a pacientes admitidos a tratamiento entre enero y junio de 2003 no se encuentren todavía incluidas en este análisis. No es posible cuantificar la información que falta, ya que se trata de fichas de pacientes que no están notificadas.

Resultados en Andalucía

En el año 2003, hasta el 30 de Junio, se han producido en Andalucía un total de 7.570 admisiones y readmisiones a tratamiento, excluyendo casi por completo la provincia de Huelva. Dentro de éstas se incluyen tanto el tratamiento de las sustancias psicoactivas legales como de las ilegales, así como el juego patológico.

En 2002 se incluyeron por primera vez las admisiones a tratamiento por **tabaco**, que fueron un total de 573 y supusieron un 3,5% de las admisiones y readmisiones totales. En los primeros 6 meses del año 2003, el número de pacientes admitidos a tratamiento por tabaco es de 690 (el 9,1% del total de admisiones y readmisiones a tratamiento en el mismo periodo). Aunque aumenta considerablemente, hay que tener en cuenta que no todos los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias atienden esta adicción; sólo se asiste en los que tenían unidades de deshabituación del tabaquismo antes de la entrada del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (39 centros de tratamiento ambulatorio de los 110 centros públicos y concertados que componen la red asistencial andaluza). Como complemento para el tratamiento de esta adicción, desde los centros de atención primaria y centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud se llevan a cabo tratamientos para el tabaquismo, aunque éstos no comunican los casos a la red de drogodependencias. Este motivo es el que explica el todavía reducido número de admisiones y readmisiones a tratamiento por esta sustancia, si bien se observa un notable incremento en el número de pacientes admitidos con respecto al pasado año.

En 2003 se incluye por primera vez las admisiones a tratamiento por **juego patológico**. En los seis meses analizados se han producido en Andalucía 78 admisiones a tratamiento en la red de drogodependencias por adicción al juego, que suponen el 1,13% del total. Hasta este año el juego patológico era atendido de forma casi exclusiva por el movimiento asociativo, no notificándose FIBAT de estos pacientes al Comisionado para las Drogodependencias, por lo que no contamos con datos previos a 2003.

Sin incluir el tabaco ni el juego patológico, el número de admisiones y readmisiones a tratamiento en estos 6 meses es 6.800, que suponen el 90% del total de usuarios registrados en estos seis meses.

Si las admisiones y readmisiones se analizan según la provincia en la que se encuentran los centros, en Almería se registraron 513, en Cádiz 1.108, en Córdoba 1.474, en Granada 1.131, en Huelva, solo Huelva capital, 177, en Jaén 607, en Málaga 1.026 y en Sevilla (hasta mayo de 2003, ya que el mes de junio no ha sido incluido todavía en la base de datos) 1.534. En la tabla 1 puede verse el número de FIBATs notificadas por provincia según se trate de sustancias psicoactivas, tabaco o juego patológico:

Tabla 1. Número de FIBAT por provincia

Provincia	Sustancias psicoactivas	Tabaco	Juego patológico	Total FIBATS	Porcentaje
Almería	504	7	2	513	6,78
Cádiz	1065	17	26	1108	14,64
Córdoba	1113	351	10	1474	19,47
Granada	1016	101	13	1131	14,94
Huelva	173	4	0	177	2,34
Jaén	522	78	7	607	8,02
Málaga	995	26	5	1026	13,55
Sevilla	1412	106	15	1534	20,26
Total Andalucía	6800	690	78	7568	100,00

PACIENTES EN PRISIÓN

Hemos de tener en cuenta que un número considerable de los pacientes admitidos a tratamiento en este semestre se encuentran en prisión. Estos pacientes representan el 6,35% del total de registros del semestre. Prácticamente todas las FIBATs que provienen de instituciones penitenciarias son por sustancias psicoactivas (alcohol o drogas ilegales); solamente se atiende a un paciente por juego patológico.

Tabla 2. Número de FIBAT por institución penitenciaria

Institución	Sustancias psicoactivas	Juego patológico	Total FIBATS	Porcentaje
E.A.I.P. Puerto II	44		44	9,15
E.A.I.P. Córdoba	44		44	9,15
E.A.I.P. Granada	47		47	9,77
E.A.I.P. Jaén	31	1	32	6,65
E.A.I.P. Málaga	59		59	12,27
E.A.I.P. Sevilla II	172		172	35,76
E.A.I.P. Algeciras	47		47	9,77
E.A.I.P. Puerto I	21		21	4,37
E.A.I.P. Alcalá de Guadaira	15		15	3,12
Total	480	1	481	100,00

Al distinguir a los pacientes en prisión admitidos a tratamiento según las cuatro sustancias que generan la mayor parte de los tratamientos por sustancias psicoactivas en Andalucía, observamos que el porcentaje de pacientes admitidos por heroína y/o “rebujo” supone un porcentaje mucho mayor entre los pacientes en prisión que para el conjunto de pacientes: el 63,75% de los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas en prisión, lo es por adicción a la heroína (“rebujo”); sin embargo, este porcentaje representa solo el 25% del total de pacientes admitidos a tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas en Andalucía.

Tabla 3. Número de FIBAT de pacientes en prisión por tipo de sustancia psicoactiva que motiva el tratamiento

Institución	Heroína (“Rebujo”)	Cocaína	Cannabis	Alcohol
E.A.I.P. Puerto II	15	8		
E.A.I.P. Córdoba	6			2
E.A.I.P. Granada	36	7	1	1
E.A.I.P. Jaén	17	6		2
E.A.I.P. Málaga	48	9		
E.A.I.P. Sevilla II	153	16		1
E.A.I.P. Algeciras	8	11		
E.A.I.P. Puerto I	10	1		
E.A.I.P. Alcalá de Guadaira	13	2		
Total	306	60	1	6

PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO MENORES DE EDAD

Del total de pacientes admitidos a tratamiento en este primer semestre de 2003, 74 son menores de edad. De ellos, 70 han sido admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, dos por tabaco, uno por alcohol y uno por juego patológico.

Entre los menores admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 40 (54,1% del total de menores) lo han sido por cannabis y 16 (21,6%) por cocaína. El MDMA es la droga principal de admisión a tratamiento para el 8,1% de los menores.

Tabla 4. Droga o dependencia principal por la que es admitido a tratamiento

Dependencia principal	n	%
Cannabis	40	54,1
Cocaína	16	21,6
MDMA (éxtasis) y otros derivados	6	8,1
Hipnóticos y sedantes	4	5,4
Sustancias volátiles	2	2,7
Tabaco	2	2,7
Heroína	1	1,4
Alcohol	1	1,4
Psicofármacos	1	1,4
Juego patológico	1	1,4
Total	74	100,0

En función del género, observamos que 20 de los 74 menores son mujeres, es decir, las mujeres representan el 27% de los pacientes menores de 18 años admitidos a tratamiento. Este porcentaje es notablemente superior al representado por las mujeres en el total de pacientes admitidos a tratamiento (15,85% de mujeres).

PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO NACIDOS FUERA DE ESPAÑA

En el primer semestre de 2003, 246 inmigrantes fueron admitidos a tratamiento, es decir, un 3,25% del total de admisiones y readmisiones realizadas correspondieron a población inmigrante.

De los 246 pacientes nacidos fuera de España, 112 proceden de la Unión Europea, 17 de otros países europeos, 48 proceden del Magreb, 8 del resto de África, 53 de América Latina, 4 de Asia, 3 de Estados Unidos y uno de Canadá.

Tabla 5. Pacientes admitidos procedentes de fuera de España

Origen	n	%
Unión Europea	112	45,5
Resto de Europa	17	6,9
Magreb	48	19,5
Resto de África	8	3,3
América Latina	53	21,5
Asia	4	1,6
Estados Unidos	3	1,2
Canadá	1	0,4
Total	246	100

En función del tipo de adicción, observamos que 153 usuarios son admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de sustancias ilegales, 77 por alcohol, 15 lo son por tabaco y uno por juego patológico. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la heroína y o “rebujo” y la cocaína son las que más admisiones motivan: 69 y 50 admisiones respectivamente.

En la tabla 6 pueden verse los porcentajes detallados de pacientes admitidos según la sustancia psicoactiva que motiva el tratamiento y en función del lugar de origen.

Como puede observarse, la heroína (“rebujo”), el alcohol y la cocaína son las sustancias que motivan la mayor parte de las admisiones independientemente del lugar de origen de los pacientes.

Tabla 6. Pacientes admitidos en función del lugar de origen y por droga principal

		País de origen								Total
		Unión Europea	Resto de Europa	Magreb	Resto de África	Asia	América Latina	Estados Unidos	Australia	
Otros opioides	n	4	1							5
	% col	3,7%	5,9%							2,2%
Heroína y/o rebujao	n	44	6	13	2,00	3,00	1,00			69
	% col	44,0%	37,5%	31,0%	33,30	75,00	2,10			31,5%
Cocaína	n	23	3	7	2		14	1		50
	% col	21,5%	17,6%	16,3%	33,3%		28,6%	33,3%		21,7%
Anfetaminas	n	1								1
	% col	,9%								,4%
MDMA (extasis) y otros derivados	n	1								1
	% col	,9%								,4%
Hipnóticos y sedantes	n	2	1				1			4
	% col	1,9%	5,9%				2,0%			1,7%
Alucinógenos	n		1							1
	% col		5,9%							,4%
Sustancias volátiles	n	1		3			1			5
	% col	,9%		7,0%			2,0%			2,2%
Cannabis	n	8		4			5			17
	% col	7,5%		9,3%			10,2%			7,4%
Alcohol	n	23	5	16	2	1	27	2	1	77
	% col	21,5%	29,4%	37,2%	33,3%	25,0%	55,1%	66,7%	100,0%	33,5%
Total	n	107	17	43	6	4	49	3	1	230
	% col	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A continuación 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:

1. Sustancias psicoactivas legales (alcohol) e ilegales.
2. Tabaco.
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: heroína y/o rebujo, alcohol, cocaína y cannabis.

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



1. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES.

En este apartado analizaremos las Fichas notificadas en el primer semestre de 2003 de admisiones a tratamiento motivadas por alcohol y por drogas ilegales.

1.1. ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO.

En los seis primeros meses de 2003 se han registrado 6.800 admisiones y readmisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas, ya sean legales (alcohol) o ilegales. En el caso de 2.994 pacientes se trata de readmisiones a tratamiento (44%).

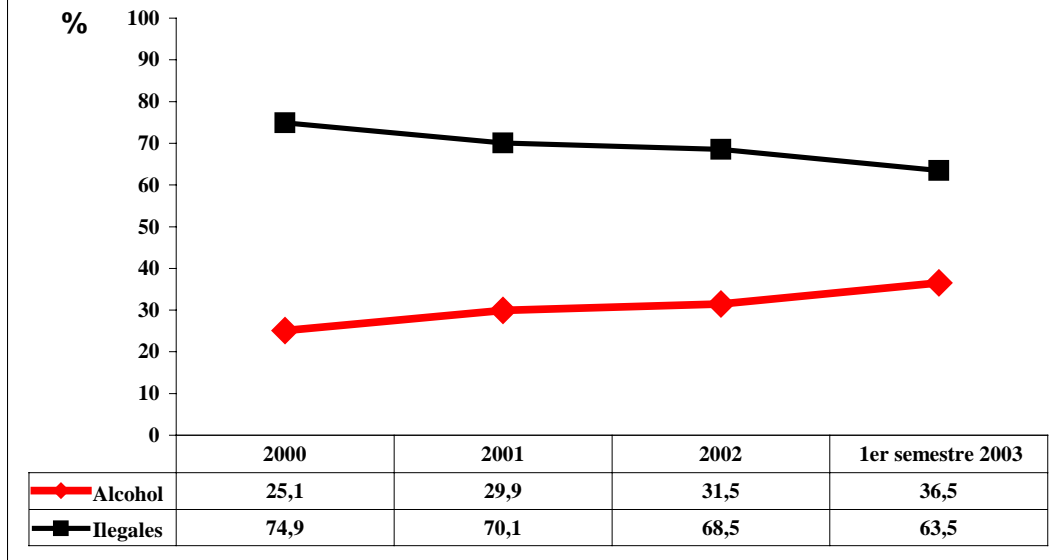
Tabla 7. Tratamiento previo por la misma droga por la que va a tratarse actualmente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2994	44,0	50,6	50,6
	No	2875	42,3	48,6	99,2
	Desconocido	46	,7	,8	100,0
	Total	5915	87,0	100,0	
Perdidos	Sistema	885	13,0		
Total		6800	100,0		

Si se diferencia entre las admisiones y readmisiones a tratamiento producidas por drogas legales (alcohol) y las debidas a drogas ilegales (heroína, cocaína, cannabis, medicamentos sin la correcta utilización prescrita, etc.), se encuentra que un total de 2.230 admisiones de tratamiento (36,50%) son debidas a drogas legales, mientras que 4.570 (63,50%) son debidas a ilegales.

Al analizar la evolución de las admisiones a tratamientos desde el año 2000 según se traten de drogas ilegales o de alcohol, se observan las siguientes curvas.

Figura 1. Evolución de las admisiones y readmisiones a tratamiento por drogas legales (excluyendo tabaco) e ilegales desde el año 2000

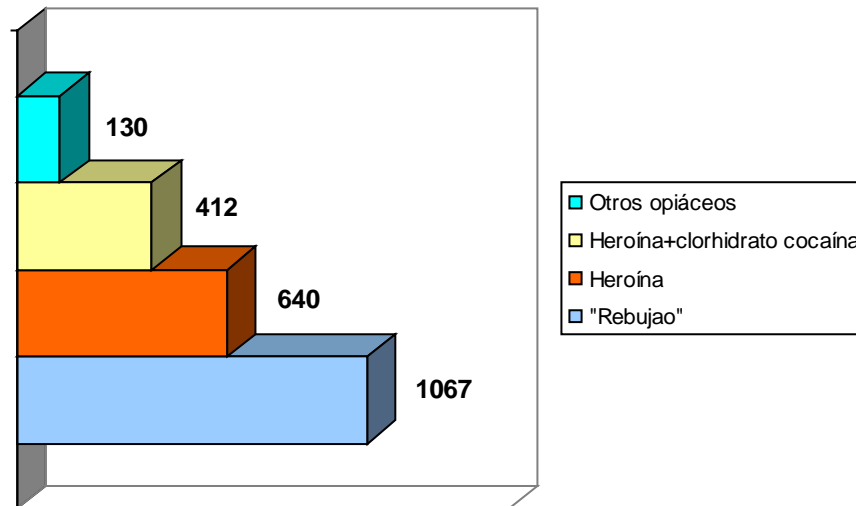


En la figura anterior puede apreciarse cómo las admisiones a tratamiento por alcohol representan un porcentaje cada vez mayor respecto al número total de demandas, mientras que el porcentaje de drogas ilegales va disminuyendo. Se confirma así la tendencia observada en los dos últimos años.

Centrándonos en las admisiones a tratamiento por consumo de cada tipo de sustancia, se observa que 2.249 admisiones son motivadas por **opiáceos** hasta el final del primer semestre de 2003, lo que representa un 33% del total de admisiones y readmisiones por sustancias psicoactivas. Las admisiones a tratamiento por consumo abusivo o dependencia al alcohol superan ya las motivadas por los opiáceos, que pasan a ocupar el segundo puesto.

De los 2.249 usuarios admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos, la droga principal registrada es la heroína para 640 casos, el “rebujaio” (heroína + cocaína base) para 1.067 casos, la mezcla de heroína con clorhidrato de cocaína para 412 pacientes y para 130 son otros opiáceos.

Figura 2. Número de usuarios admitidos a tratamiento por adicción a opiáceos en el primer trimestre de 2003

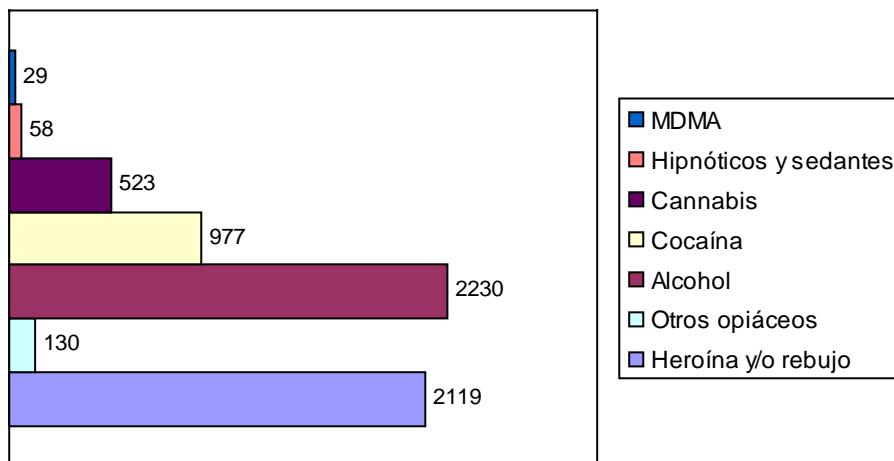


En cuanto a las admisiones a tratamiento por **cocaína** observamos que en lo que va de año se han producido 977 admisiones por adicción a esta sustancia, lo que representa el 14,36% de las admisiones por adicción a sustancias en este período.

En cuanto al número de admisiones de tratamiento por el **MDMA**, encontramos 29 casos. Este dato parece refrendar la tendencia apuntada en el informe anual del año 2.002, donde se indicaba la presencia de una tendencia al incremento del número de pacientes atendidos por esta sustancia. Así, mientras a lo largo de todo el año 2000 hubo 23 casos, en el primer semestre de 2003 ya se supera dicha cifra. Además, es preciso señalar la juventud de los 29 pacientes que refieren como droga principal el MDMA: su media de edad es de 22 años, encontrándose los valores bastante concentrados en torno a esta media, según indica la desviación típica de 4,76. El 25% más joven de estos pacientes tienen menos de 19 años y la mitad de ellos tienen menos de 22.

En el siguiente gráfico puede apreciarse el número de pacientes admitidos a tratamiento en este primer semestre de 2003 por adicción a las diversas sustancias, registradas como droga principal que motiva el tratamiento.

Figura 3. Número de pacientes admitidos a tratamiento en el primer semestre de 2003 según sustancia



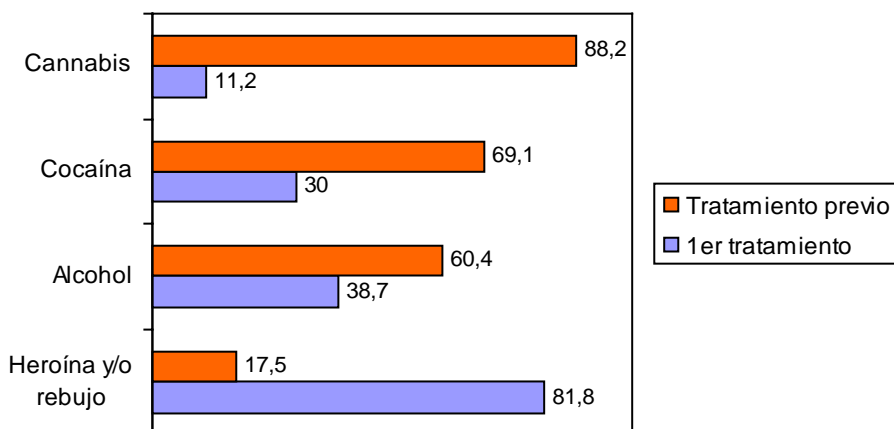
Se observa claramente que hay cuatro sustancias que motivan el mayor número de admisiones a tratamiento: heroína y/ rebujao, cocaína, alcohol y cannabis. Dado el elevado número de pacientes afectados por estas sustancias se analizarán en detalle las características de los pacientes admitidos a tratamiento por cada una de estas cuatro sustancias.

Por otro lado, al analizar los tratamientos previos por la misma droga según el tipo de sustancias, se encuentra que los consumidores de **heroína y/o de 'rebujao'** son los que en mayor porcentaje han estado previamente en tratamiento (81.8%). De los pacientes que tienen como droga principal la **cocaína**, el 69,1% afirma que el tratamiento iniciado en el año 2003 es el primero que realizan, mientras que un 30% ya han realizado como mínimo un tratamiento previamente.

Entre los pacientes cuya droga principal es el **alcohol**, el 60,4% afirma no haber realizado otro tratamiento anterior para su adicción.

Finalmente, entre aquellos pacientes que acuden por **cannabis**, el 88,2% dice no haber realizado ningún tratamiento previamente, mientras que el 11,2% dice haberlo realizado.

Figura 4. Porcentaje de admisiones y readmisiones a tratamiento en el primer semestre de 2003 según sustancia



1.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Como se ha visto anteriormente, en las admisiones que han tenido lugar durante el primer semestre del año 2003 no existe una única droga principal que represente a la mayoría de las admisiones a tratamiento. Por el contrario, los porcentajes están repartidos entre la heroína y 'rebujaos', el alcohol, la cocaína y el cannabis. El perfil de paciente que solicita tratamiento por adicción a cada una de estas sustancias difiere, resultando de gran interés observar cada uno de estos perfiles por separado, en lugar de analizar un perfil genérico de usuario que demanda tratamiento en general.

EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES ADMITIDOS A TRATAMIENTO

Al analizar la edad media que tienen los pacientes, se encuentran los resultados que aparecen en la tabla 8.

Tabla 8. Edad de los pacientes según la droga principal

Droga Principal	Recuento	Máximo	Mínimo	Media	Perc. 25	Perc. 50	Perc. 75	D.T.
Heroína (rebujao)	2085	63	16	34.73	30	35	39	6.70
Cocaína	942	62	15	29.97	23	29	36	8.16
Cannabis	516	53	13	24.32	20	22	26	7.05
Alcohol	2193	83	9	42.68	36	42	49	10.70

La edad media de los que inician un tratamiento debido al **alcohol** es de 42,68 años, aunque la desviación típica que presenta es relativamente elevada (10,70). Así, se observa que el percentil 25 (el valor que deja por debajo de si es el 25% de la muestra) es 36 y el percentil 75 (el valor que deja por debajo de si el 75% de la muestra) es 49 años.

La edad media de los pacientes que son admitidos a tratamiento por el consumo de **heroína** (o `rebujao') es de 34,73 años. La desviación típica es de 6,70, lo que indica que las edades de los pacientes también se encuentran dispersas en torno a este valor medio. No obstante, se encuentran más concentradas que en el caso anterior. Se puede observar en la tabla 5 que el 25% del total de estos pacientes tiene una edad de 30 años o inferior, y el 75% tiene una edad de 39 años o inferior. Por lo tanto, se puede afirmar que los pacientes que solicitan tratamiento por el consumo de esta sustancia son más jóvenes que los que lo hacen por alcohol.

Entre los consumidores de **cocaína** la edad media es de 29,97 años, y la desviación típica que presenta es de 8.16. Esto indica que los valores no aparecen muy concentrados sobre la media. Por ello, el valor del percentil 25 indica que el 25% de los pacientes tiene una edad de 23 años o inferior, mientras que el percentil 75 muestra como el 75% de los pacientes tiene una edad de 36 años o inferior.

Finalmente, el grupo más joven de pacientes que demandan tratamiento lo constituyen aquellos cuya droga principal es el **cannabis**. Entre éstos, la edad media es de 24,32 años. Al analizar los percentiles, llama la atención que el 25% de esta población tiene una edad de 20 años o inferior, el 50% de los pacientes más jóvenes

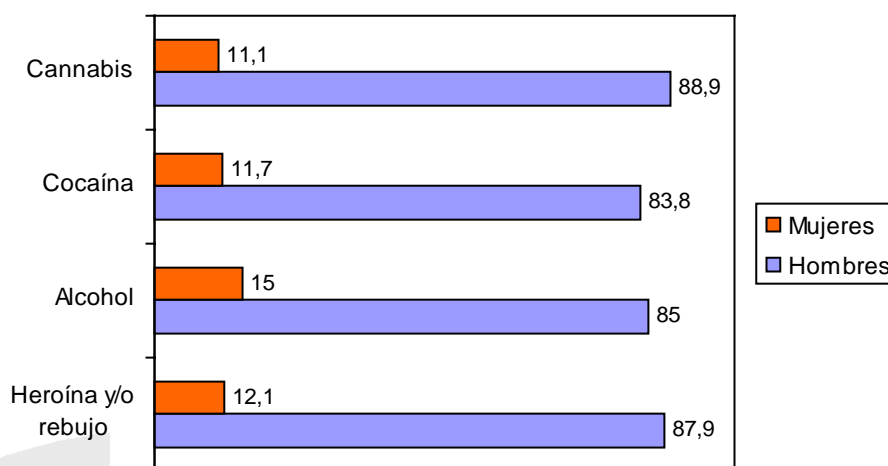
tienen una edad de 22 años o inferior y el 75% de los más jóvenes tiene una edad de 26 años o inferior.

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

GÉNERO DE LOS PACIENTES

Al analizar el sexo de los pacientes, se aprecia que, independientemente de la droga que motiva el tratamiento, los pacientes son mayoritariamente hombres. Las diferencias que existen respecto al sexo entre los consumidores de las cuatro sustancias son escasas, siendo ligeramente más elevado el porcentaje de pacientes mujeres en el caso del alcohol (15% de mujeres).

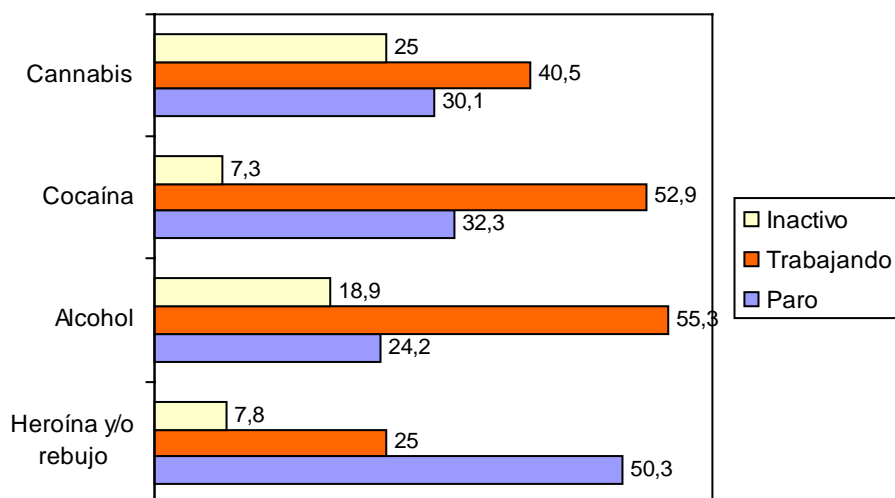
Figura 5. Porcentaje de hombres y mujeres según droga principal en el primer semestre de 2003



SITUACIÓN LABORAL

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

Figura 6. Situación laboral según sustancia



En todos los casos, salvo en el grupo de admitidos a tratamiento por **heroína y/o rebujo**, los pacientes que se encuentran trabajando en el momento de iniciar tratamiento representan el porcentaje más alto. Entre quienes entran a tratamiento por adicción al **alcohol** o a la **cocaína** encontramos los porcentajes más elevados de personas que se encuentran empleados en el momento de solicitar el tratamiento (ya sea con un contrato temporal, indefinido o trabajando sin sueldo en un negocio familiar). Entre quienes son admitidos a tratamiento por adicción al **cannabis** como droga principal, el porcentaje de usuarios trabajando es también destacado (40,5%).

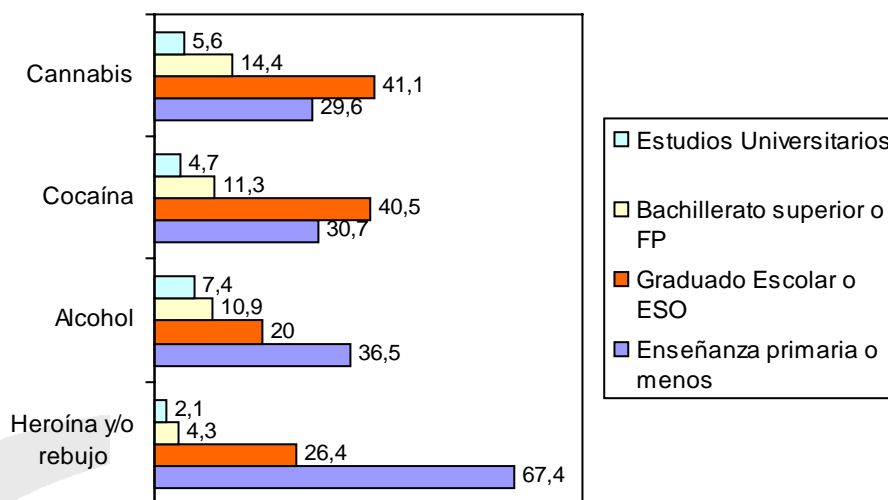
Por otro lado, entre los usuarios que indican como droga principal la **heroína y/o el “rebujo”**, la mitad se encuentra en el paro, siendo este grupo el que presenta un porcentaje de parados más alto.

Los porcentajes más altos de pacientes en situación laboral inactiva (pensionistas o con incapacidad permanente, estudiantes y amas de casa) los encontramos en el grupo de usuarios adictos al **cannabis** y al **alcohol**. Revisando esta categoría en detalle, detectamos que ambos grupos de inactivos están compuestos por pacientes en situaciones muy diferentes: mientras que entre los adictos al cannabis el porcentaje de inactivos se compone principalmente de estudiantes (23% de quienes demandan tratamiento por esta sustancia se encuentran estudiando u opositando), entre los pacientes que inician tratamiento por alcohol, se observa una elevada presencia de pensionistas o personas con una incapacidad permanente (14,4%).

NIVEL DE ESTUDIOS

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

Figura 7. Nivel máximo de estudios según sustancia



Entre los pacientes que son admitidos a tratamiento por adicción al **alcohol** y los admitidos por **heroína y/o rebujo**, el porcentaje más elevado es el representado por quienes tienen un nivel máximo de estudios de enseñanza primaria o menos, especialmente entre los admitidos a tratamiento por adicción a la heroína y/o rebujo,

para los que dicho porcentaje es del 67,4%. Sin embargo, entre los usuarios que demandan tratamiento por adicción a la **cocaína** o al **cannabis**, el porcentaje más alto, por encima del 40%, es el de aquellos pacientes con Graduado Escolar o ESO completos. También se detectan porcentajes más altos de quienes tienen finalizado el Bachillerato Superior o la Formación Profesional entre quienes demandan tratamiento por **cocaína** o **cannabis** que entre quienes lo demandan por adicción al alcohol o a la heroína y/o rebujo.

Para todos los grupos, el porcentaje de pacientes con estudios universitarios, medios o superiores, es reducido, siendo algo más alto entre los pacientes que señalan el **alcohol** como droga principal (7,4%) y el **cannabis** (5,6%).

CONVIVENCIA

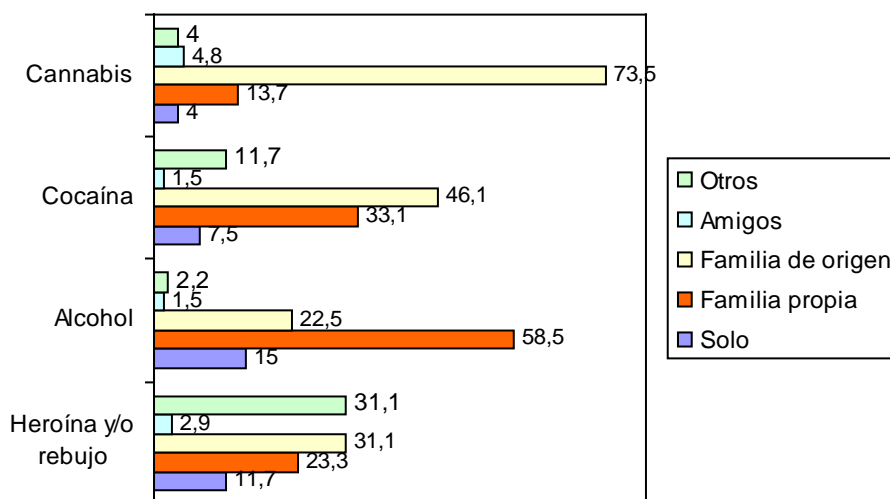
Cuando se analiza con quién conviven los pacientes, también se encuentran diferencias claras entre los pacientes según la droga principal que motiva el tratamiento. La familia propia o la de origen son los dos modelos de convivencia mayoritarios entre los pacientes registrados, excepto en el caso de los admitidos por adicción a la **heroína**, donde la opción “otras situaciones de convivencia” representa un 31,1% rivalizando con la familia de origen (31,1%) y quedando por encima de la familia propia (23,3%). Pero también entre los otros tres grupos de pacientes analizados, se detectan diferencias interesantes.

Entre los que demandan tratamiento por **cannabis**, la mayoría (73,5%) vive con la familia de origen, y un 13,7% vive con su pareja o con su propia familia. En cambio, en el grupo de **alcohol** un 58,5% vive con su propia familia o con su pareja y el 22,5% vive con su familia de origen. En los pacientes cuyo tratamiento está motivado por la **cocaína**, lo más frecuente es que vivan con su familia de origen (46,1%) o bien con su familia propia o pareja (33,1%).

Finalmente, en el grupo de pacientes cuya droga principal es la **heroína** (o ‘**rebujao**’) un 31,1% (654 pacientes) afirman haber vivido en los últimos seis meses en condiciones diferentes a las indicadas; de esos 654 pacientes, 505 (23,8% del total de los admitidos a tratamiento por adicción a heroína y/o rebujo) estuvieron recluidos en prisión durante ese periodo. El porcentaje de usuarios que proviene de la prisión es del 7,7% en el caso de los admitidos a tratamiento por adicción a la **cocaína**, 0,4% en el

caso de los admitidos por **alcohol** y del 1,1% en el caso de quienes indican como droga principal el **cannabis**. Estos datos indican una situación de desestructuración social muy diferente para unos casos y otros.

Figura 8. Convivencia

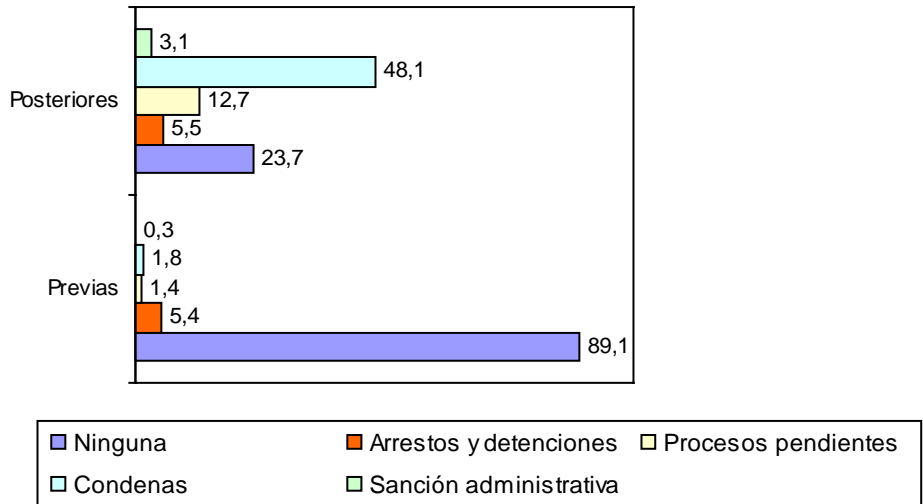


INCIDENCIAS LEGALES

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

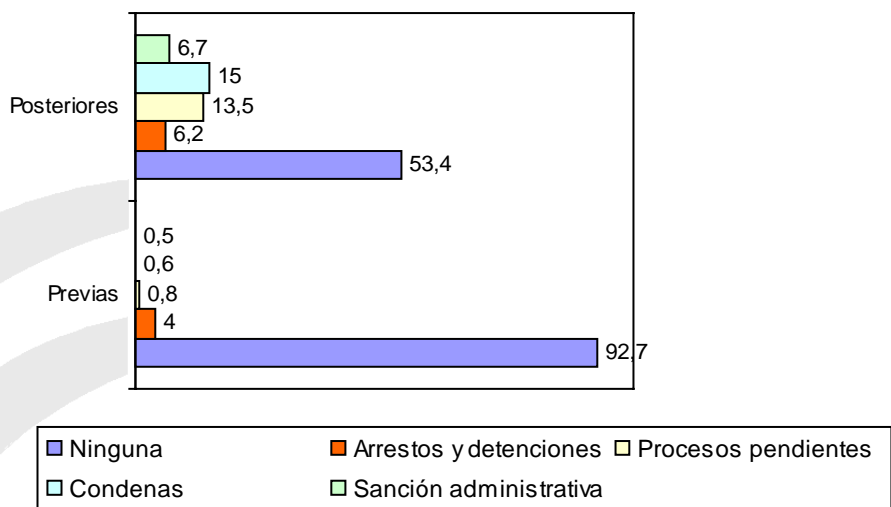
Entre los pacientes que inician el tratamiento por adicción a **heroína**, el porcentaje que tenía incidencias legales antes de iniciar el consumo era del 9,9%. Tras el inicio del consumo de ésta, el porcentaje de pacientes que tienen incidencias legales se incrementa hasta el 75,4%. A pesar de esta 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.

Figura 9. Incidencias legales admitidos por heroína



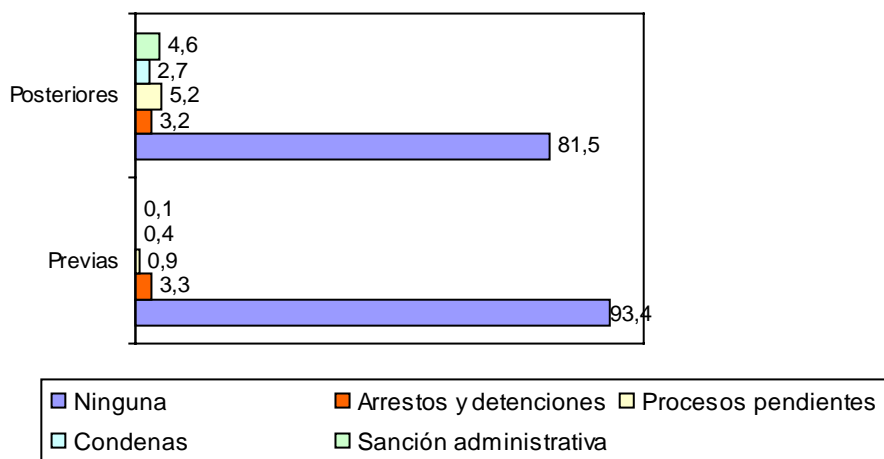
Si se analizan estas variables entre aquellos pacientes cuya droga principal es la **cocaína**, se encuentra que el 6,8% de los pacientes no tenían incidencias legales previas al consumo. En cambio, el porcentaje de pacientes que tiene incidencias legales después de haber iniciado el consumo es del 45,8%.

Figura 10. Incidencias legales de pacientes admitidos por cocaína



Entre los pacientes que demandan tratamiento por **alcohol**, un 5% tiene incidencias previas al consumo y un 17,1% tiene incidencias posteriores al mismo. El porcentaje de pacientes con incidencias legales posteriores al consumo es mucho menor entre este grupo de pacientes que aquellos admitidos por la adicción a heroína o a cocaína.

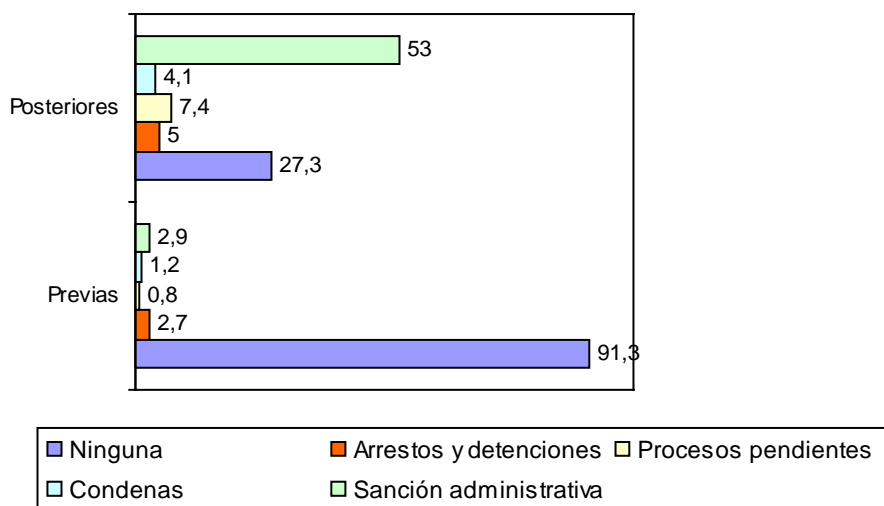
Figura 11. Incidencias legales admitidos por alcohol



Finalmente, entre los pacientes que demandan tratamiento por consumo de **cannabis**, las incidencias legales previas y posteriores al inicio del consumo de la anterior sustancia se muestran en la figura 12.

En dicha gráfica se aprecia claramente que un elevado porcentaje de los pacientes han pasado a tener sanciones administrativas después de haber iniciado el consumo de **cannabis**. Concretamente se observa que sólo un 2,9% de los pacientes tenían dichas sanciones antes de haber empezado a consumir, mientras que posteriormente al inicio del consumo el porcentaje asciende al 53%.

Figura 12. Incidencias legales admitidos por cannabis



Tal y como se puede observar a través de los gráficos, existen importantes diferencias en los porcentajes correspondientes a cada tipo de incidencia legal posterior al consumo en función de la sustancia psicoactiva consumida. Así, entre los pacientes con adicción a la **heroína** un 48,1% ha tenido condenas posteriores al consumo, mientras que entre los adictos a la **cocaína** el porcentaje de pacientes con condenas es del 15%, del 4,1% entre los consumidores de cannabis y del 2,5% entre los consumidores de alcohol.

Por otro lado, las sanciones administrativas suponen el 53% de las incidencias legales posteriores al inicio del consumo de cannabis como droga principal. El porcentaje representado por las sanciones administrativas se reduce notablemente para el resto de las sustancias, especialmente para los pacientes admitidos por dependencia a heroína o rebujo (3,1%).

1.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

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

FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL

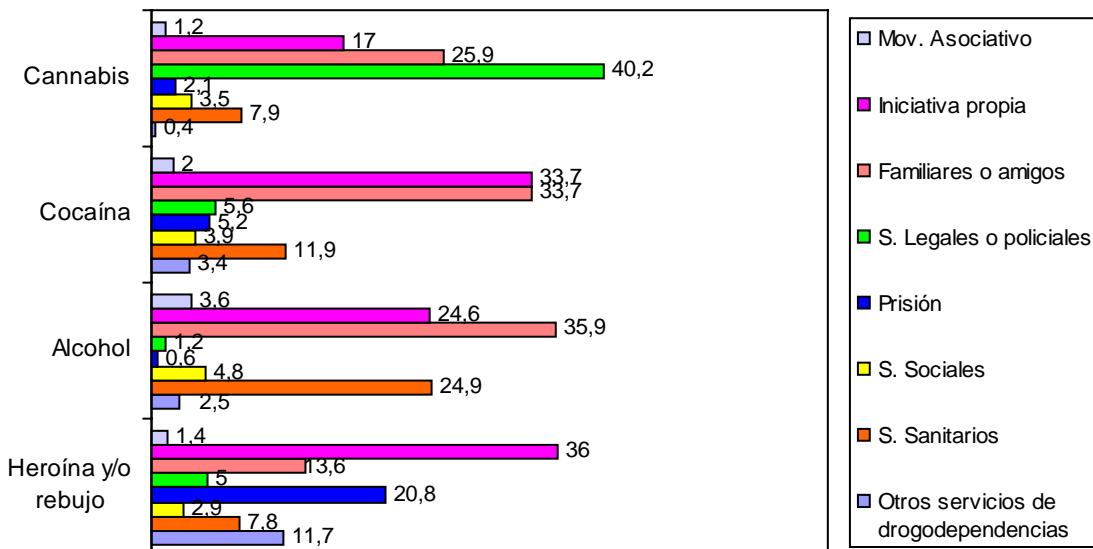
La fuente de referencia (persona, colectivo, asociación, institución, etc.) que lleva a los pacientes a demandar tratamiento también varía según el grupo de pacientes del que se trate. Asistir por 'iniciativa propia' representa un porcentaje importante en todos los casos, especialmente para los pacientes que inician tratamiento por adicción a **heroína y/o rebujo**, para los que es la opción de respuesta mayoritaria; para este grupo de usuarios la prisión ocupa el segundo lugar entre las fuentes de referencia más nombradas. También en el caso de los usuarios adictos a **cocaína** la iniciativa propia es la principal opción junto con los familiares o amigos.

Precisamente, los familiares o amigos son señalados como la fuente de referencia principal por un porcentaje importante de los usuarios, sobre todo por los admitidos a tratamiento por adicción al **alcohol**; esta fuente tiene un peso notablemente menor para los admitidos a tratamiento por adicción a heroína.

En cuanto a los servicios sanitarios, en la figura 13 podemos observar que ocupan el tercer puesto para los usuarios que demandan tratamiento por adicción a alcohol (24,9%); concretamente señalan en mayor medida los servicios de atención primaria como fuente principal (16,9%).

Resulta notablemente superior al resto el porcentaje de usuarios admitidos a tratamiento por adicción a **cannabis** que indican los servicios legales o policiales como fuente de referencia principal (40,2%).

Figura 13. Fuente de referencia principal



TIPO DE DEMANDA

Cuando los pacientes solicitan tratamiento, en los cuatro grupos se encuentran diferencias en el tipo de demanda que realizan. La solicitud de ayuda inespecífica tiene un peso considerable entre los usuarios admitidos a tratamiento por las diversas adicciones a sustancias psicoactivas consideradas, pero resulta especialmente elevado entre aquellos que lo solicitan por adicción a cannabis (51,2%) y cocaína (20,7%).

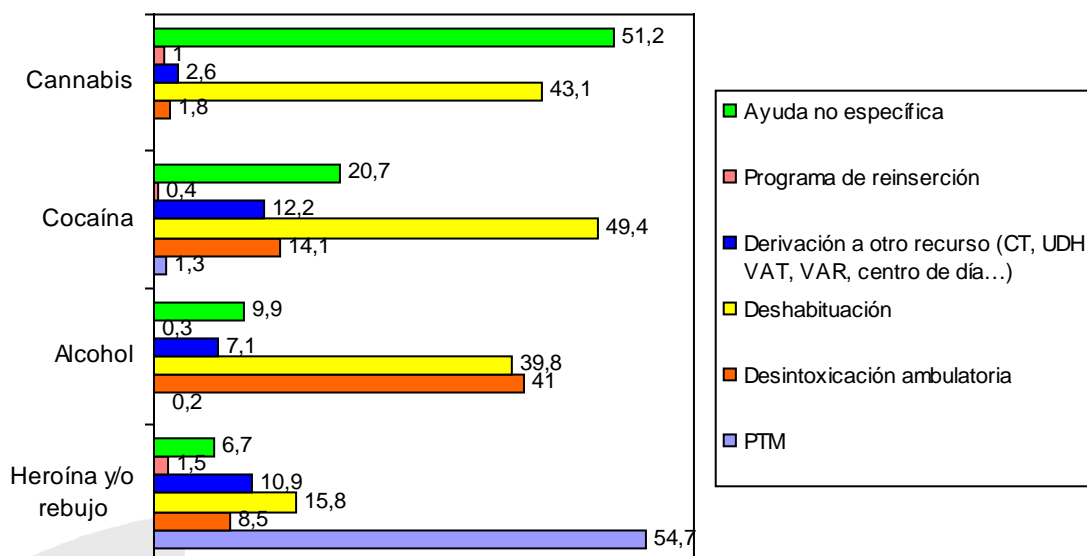
Entre los pacientes cuya droga principal es la **heroína**, el 54,7% acude para solicitar la admisión en el Programa de Tratamiento con Metadona. También hay un 15,8% que demanda deshabituación y un 8,5% desintoxicación ambulatoria. En el grupo de pacientes por **cocaína**, la deshabituación es el tipo de tratamiento más solicitado (49,4%). Además, también existe un 14,1% de los pacientes que quieren iniciar un programa de desintoxicación. En el grupo de pacientes cuya droga principal es el **alcohol**, tanto los pacientes que demandan tratamiento de deshabituación y de desintoxicación representan un porcentaje similar (alrededor del 40%). Finalmente, en

el grupo de pacientes por **cannabis** existe un 43,1% de pacientes que solicitan iniciar un programa de deshabituación.

Los programas de reinserción son escasamente solicitados por los usuarios en el momento de entrada a la red asistencial, no superando en ninguno de los cuatro grupos el 1,5% los solicitantes de este programa.

La solicitud de derivación a otros recursos de la red asistencial de drogodependencias (comunidades terapéuticas, centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria) representa un porcentaje similar de pacientes cuya droga principal es la **heroína** (10,9%) y la **cocaína** (12,2%). Tal y como se aprecia en la figura 14, en los pacientes por **alcohol** el porcentaje de quienes solicitan la derivación a otros recursos representa un 7.1%. En el caso de los usuarios cuya droga principal es el **cannabis**, este porcentaje se reduce al 2.6%.

Figura 14. Tipo de demanda



TIPO DE ASISTENCIA PRESCRITA

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

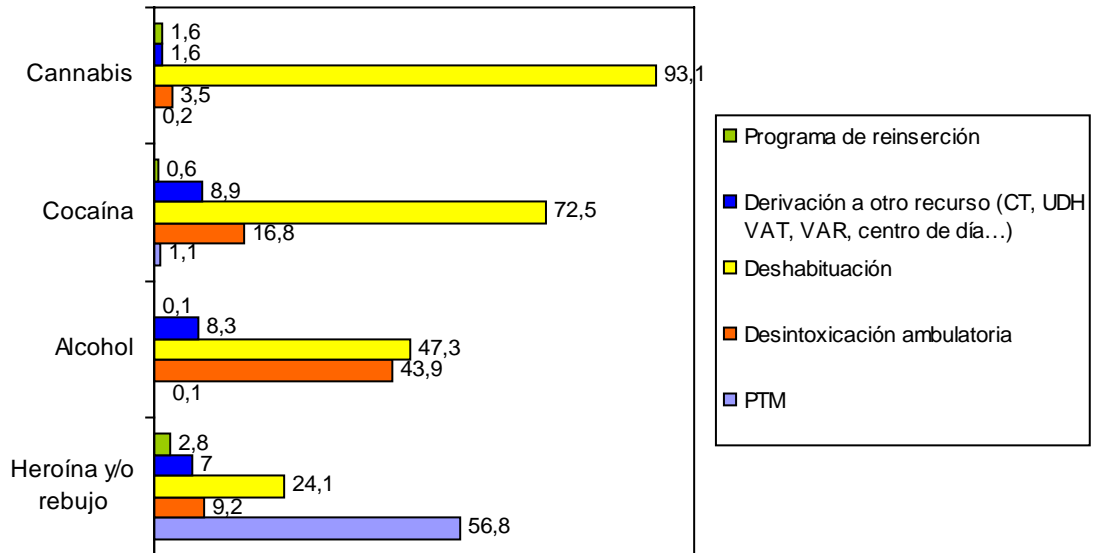
En el caso de los pacientes cuya droga principal es la **heroína ('rebujao')** un 56.8% de los pacientes inician un programa de tratamiento con Metadona. Concretamente el 94,90% de los usuarios que entraron en el Programa de Tratamiento con Metadona lo habían solicitado previamente.

Un 72,5% de los pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cocaína** inician un tratamiento de deshabituación; de ellos, el 64,6% había solicitado una terapia de deshabituación. Además, un 16,8% realiza un tratamiento de desintoxicación ambulatoria rápida, que había sido demandado por el 80% de los 35 pacientes que lo realizan.

De los pacientes cuya droga principal es el **alcohol**, un 47,3% inician un programa de deshabituación que es demandado por el 77.20% de aquellos a los que se les ha prescrito. Un 43.9% empiezan un programa de desintoxicación (ambulatoria rápida o domiciliaria); el 86,5% de estos pacientes lo habían solicitado previamente.

En el grupo de pacientes admitidos a tratamiento debido al consumo de **cannabis**, la demanda inicial de ayuda inespecífica es muy superior a la del resto de pacientes: el 51,3% no especifica el tipo de ayuda que demanda. Esta situación hace que el tipo de tratamiento prescrito por el terapeuta no tenga un porcentaje de demanda inicial tan elevado como los vistos para el resto de adicciones. Así, el 93.1% de estos pacientes empiezan un programa de deshabituación, habiendo sido este solicitado previamente por un 44,7% de ellos.

Figura 15. Tipo de tratamiento prescrito



1.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

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

EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO

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

En el grupo de pacientes cuya droga principal es la **heroína** se encuentra que la edad media es de 21,27 años (desviación típica: 7,29). Así, un 25% de los pacientes empezaron a consumir a la edad de 17 años o menos. El 50% lo hizo con la edad 20 años o inferior, y un 75% de los pacientes tenían una edad de 24 años o inferior cuando empezaron a consumir heroína.

En cuanto a los pacientes cuya droga principal es la **cocaína** iniciaron el consumo de la misma con una edad un poco superior a los de heroína. Así, la edad media es de 22,08 años (desviación típica: 7,29). El 25% de los pacientes empezó también con una edad de 17 años o inferior, el 50% lo hizo a la edad de 20 años o inferior y el 75% de los pacientes tenían 25 años o menos cuando empezaron a consumir cocaína.

La edad media de inicio al consumo de la droga principal de los pacientes que inician tratamiento por **alcohol** es de 18,34 años. Sin embargo, la desviación típica (7,16) indica que existen variaciones. Destaca que el 25% de los pacientes comenzaron a consumir alcohol a la edad de 14 años o con menor edad, a los 16 años o una edad inferior empezaron a consumir la mitad de los pacientes y el 75% de los pacientes ya consumía alcohol con una edad de 20 años o inferior. Si se comparan estos resultados con los obtenidos para los pacientes cuya droga principal es la cocaína o la heroína, se aprecia que el alcohol es una droga que empieza a consumirse a edades más tempranas.

Por otro lado, se observa que la edad media de inicio al consumo del alcohol referida por los pacientes es 3 años inferior entre los menores de 30 años, pasando de 18,64 años en el grupo de los pacientes mayores a 15,95 entre los jóvenes.

Tabla 9. Edad de inicio al consumo por grupos de edad

			n	Media	Desviación típ.
Edad del paciente	Hasta 30 años	Edad de inicio de consumo droga principal	252	15,95	3,15
	Mayor de 30 años	Edad de inicio de consumo droga principal	1940	18,64	7,47

Pero la principal diferencia se detecta en la edad de inicio de las mujeres de uno y otro grupo: mientras las mujeres del grupo de pacientes mayores de 30 años presentan una edad media de inicio de 23 años (con una alta dispersión de los valores en torno a la media, como indica la desviación típica de 9,79), las mujeres menores de 30 tienen una media de edad de inicio de 16,37. Es decir, la edad de inicio al consumo de alcohol de las mujeres admitidas a tratamiento por alcohol se va acercando a la edad de inicio de los hombres en tratamiento, reduciéndose notablemente entre las pacientes más jóvenes con respecto a aquellas de más edad.

Tabla 10. Edad de inicio por grupos de edad y género

Edad del paciente	Hasta	5. Sexo del paciente		Edad de inicio de consumo droga principal	n	Media	Desviación típ.
	30 años		Hombre	Edad de inicio de consumo droga principal	223	15,90	3,17
			Mujer	Edad de inicio de consumo droga principal	29	16,37	3,09
	Mayor de 30 años		Hombre	Edad de inicio de consumo droga principal	1639	17,85	6,68
			Mujer	Edad de inicio de consumo droga principal	299	23,01	9,79

En el grupo de pacientes admitidos a tratamiento por **cannabis** es en el que se encuentra la edad media de inicio del consumo inferior. Así, el valor de ésta es de 16,73 años. Además, la desviación típica (3,81) indica que los datos se concentran en torno a esa edad media. De esta forma se aprecia que el 25% de los pacientes empezaron a consumir con 15 años o menos, la mitad de los pacientes lo hizo con una edad de 16 años o inferior, y el 75% de los pacientes iniciaron el consumo de cannabis con una edad de 18 años o inferior.

Tabla 11. Edad de inicio al consumo de la droga principal

Droga Principal	Recuento	Máximo	Mínimo	Media	Perc. 25	Perc. 50	Perc. 75	D.T.
Heroína (rebuja)	1988	51	5	21.27	17	20	24	6.46
Cocaína	902	59	7	22.08	17	20	25	7.29
Cannabis	486	4	39	16.73	15	16	18	3.81
Alcohol	2035	70	4	18.34	14	16	20	7.17

TIEMPO DESDE EL INICIO DEL CONSUMO

En cuanto al número de años que lleva consumiendo la droga principal, se observa que los pacientes admitidos a tratamiento por consumo abusivo o adicción al **alcohol** son los que llevan un número mayor de años consumiendo como media (24,31 años, con una desviación típica de 11.46 que muestra una dispersión considerable de los datos en torno a esta media); el percentil 1 de este grupo de

pacientes (el 25% de pacientes que más años llevan consumiendo) han consumido durante al menos 31 años.

Tabla 12. Años que lleva consumiendo la droga principal

Droga Principal	Recuento	Máximo	Mínimo	Media	Perc. 25	Perc. 50	Perc. 75	D.T.
Heroína (rebujo)	2016	46	0	13.50	9	14	18	6.34
Cocaína	930	33	0	7.84	3	6	11	5.84
Cannabis	492	36	0	7.68	3	6	9	6.82
Alcohol	2063	63	0	24.31	17	24	31	11.46

El segundo grupo de pacientes que más tiempo, como media, lleva consumiendo la droga que motiva el tratamiento actual es el de adictos a la **heroína** (“**rebujo**”), que presentan una media de 13,5 años consumiendo (los datos se muestran más concentrados en torno a esta media según indica la desviación típica de 6,34). El 25% de pacientes que menos años llevan consumiendo, lo han hecho como máximo por 9 años, mientras que el 25% que más años lleva consumiendo se encuentra por encima de los 18 años de consumo.

Los pacientes admitidos por adicción a la **cocaína** o **cannabis** son los que menos años de consumo llevan (7,84 años y 7,68 como media).

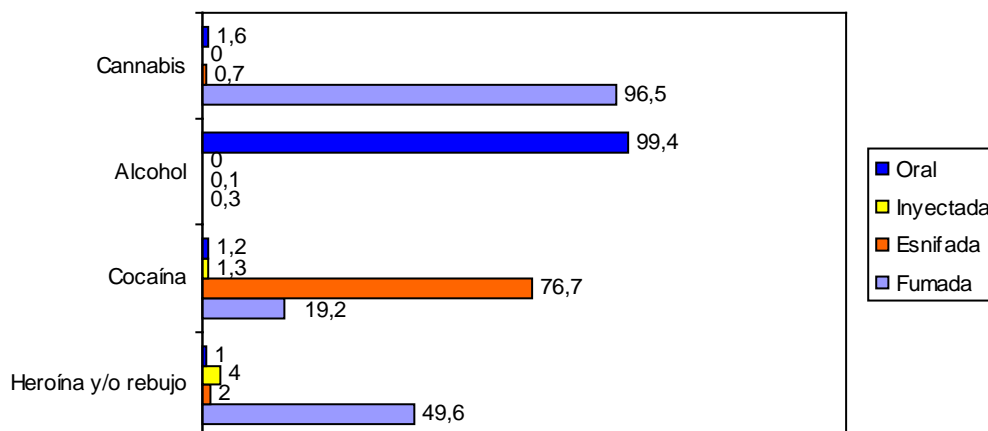
VÍA DE ADMINISTRACIÓN

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

Entre los pacientes cuya droga principal es la **heroína**, la vía más frecuente es la inhalada (‘chinos’ o ‘papel de plata’), utilizándola un 49.6% de éstos. Respecto a la vía inyectada, ésta la han utilizado un 4% de los pacientes durante el mes anterior a la solicitud de tratamiento.

De los pacientes cuya droga principal es la **cocaína**, el 76,7% utilizan la vía esnifada durante el último mes antes de iniciar el tratamiento. Un 19,2% la fuman en chinos, papel de plata, etc. También se aprecia que un 1.3% se la inyectan.

Figura 16. Vía principal de administración



CONSUMO DE OTRAS DROGAS

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

En el grupo de admitidos a tratamiento por consumo abusivo o dependencia de **heroína y/o rebujo**, no se registran otras drogas secundarias para el 47,3% de los pacientes. Es decir, en un 52,7% de los admitidos a tratamiento por heroína y/o “rebujao” se recogen otras drogas consumidas durante los últimos 30 días. De estos 900 pacientes en los que se observa un perfil de policonsumo, el 46,6% refiere consumir cannabis como droga secundaria, un 29,4% indica consumo de cocaína, el 26,6% refiere haber consumido alcohol, un 25% tabaco y un 20,1% otros opiáceos distintos a la heroína o el revuelto. Otro consumo con un porcentaje notable es (16,6%) es el de hipnóticos y sedantes.

También se observa claramente como este tipo de pacientes apenas consumen otro tipo de drogas como los alucinógenos (0,6%) y otras drogas estimulantes distintas de la cocaína (p.e. drogas de síntesis).

Entre los pacientes cuya droga principal es la **cocaína**, el 63% refiere haber consumido otras drogas en los 30 días previos a la admisión al tratamiento. Destacan como las drogas más frecuentemente mencionadas el alcohol (54,5%) y el cannabis

(50.1%). El tabaco es mencionado por el 22,4% de estos pacientes con un perfil de policonsumidores y la heroína o “rebujao” es señalado por un 10,6%.

Entre los admitidos a tratamiento por consumo abusivo de **cannabis**, un 51,3% afirma no haber consumido otras drogas en los 30 días previos a su admisión a tratamiento; es decir, se registra un modelo de policonsumo para el 49,7% de estos pacientes. De ellos el 52,2% indica consumo de alcohol y el 40% señala el tabaco como droga secundaria; por otro lado, un 24,3% señala la cocaína. El resto de sustancias presentan porcentajes muy bajos.

Finalmente, el 69.6% de los pacientes admitidos por **alcohol** no refiere consumo de otras drogas en los últimos 30 días. Por grupos de edad, vemos que entre los mayores de 30 años el porcentaje de usuarios que no refiere otros consumos aparte del alcohol asciende al 70,7%, mientras que entre los usuarios de hasta 30 años es del 60,7%. Entre los admitidos a tratamiento por consumo problemático de alcohol, el tabaco es destacadamente la droga secundaria más consumida (73,5% la señalan), le siguen la cocaína (21,9%) y el cannabis (19,3%). Atendiendo al análisis por grupos de edad (ver tabla 9), se observa que los porcentajes de quienes refieren como drogas secundarias la cocaína y el cannabis se incrementan notablemente entre los pacientes de hasta 30 años: el 43,4% indica consumir cocaína como droga secundaria y el 36,4% indica consumir cannabis; el tabaco continúa siendo en este grupo la droga más mencionada, pero el porcentaje se reduce (55,6% frente a 77,1% entre los mayores de 30 años).



Tabla 13. Otras drogas consumidas en los últimos 30 días, según droga principal referida

			Droga principal			
			Heroína y/o rebujao	Cocaína	Cannabis	Alcohol
Otras drogas consumidas en los últimos 30 días	Juego patológico	n	18	11		15
		% col	2,0	1,8		2,2
	Otros opioides	n	181	23	1	7
		% col	20,1	3,7	,9	1,0
	Heroína y/o rebujao	n		65	2	25
		% col		10,6	1,7	3,7
	Cocaína	n	265	1	28	149
		% col	29,4	,2	24,3	21,9
	Anfetaminas	n	5	10	2	3
		% col	,6	1,6	1,7	,4
	Otros estimulantes	n	7	6	2	4
		% col	,8	1,0	1,7	,6
	MDMA (extasis) y otros derivados	n	4	28	7	5
		% col	,4	4,6	6,1	,7
	Tabaco	n	225	138	46	499
		% col	25,0	22,4	40,0	73,5
	Hipnóticos y sedantes	n	149	46	6	24
		% col	16,6	7,5	5,2	3,5
	Alucinógenos	n	5	15	3	4
		% col	,6	2,4	2,6	,6
	Sustancias volátiles	n				1
		% col				,1
	Cannabis	n	419	308	3	131
		% col	46,6	50,1	2,6	19,3
	Alcohol	n	239	335	60	1
		% col	26,6	54,5	52,2	,1
	Otras sustancias psicoactivas	n	2	1	1	4
		% col	,2	,2	,9	,6
	Sustancias psicoactivas sin especificar	n	3	4		3
		% col	,3	,7		,4
	Desconocida/s	n	6	2	1	7
		% col	,7	,3	,9	1,0

Tabla 14. Otras drogas consumidas además del alcohol por grupos de edad

		Edad del paciente		
			Hasta 30 años	Mayor de 30 años
Otras drogas consumidas en los últimos 30 días	Juego patológico	n	2	11
		% col	2,0	1,9
	Otros opioides	n	2	5
		% col	2,0	,9
	Heroína y/o rebujao	n	4	19
		% col	4,0	3,3
	Cocaína	n	43	101
		% col	43,4	17,8
	Anfetaminas	n	2	1
		% col	2,0	,2
	Otros estimulantes	n	1	3
		% col	1,0	,5
	MDMA (extasis) y otros derivados	n	2	2
		% col	2,0	,4
	Tabaco	n	55	438
		% col	55,6	77,1
	Hipnóticos y sedantes	n	5	19
		% col	5,1	3,3
	Alucinógenos	n	2	2
		% col	2,0	,4
	Sustancias volátiles	n		1
		% col		,2
	Cannabis	n	36	93
		% col	36,4	16,4
	Alcohol	n		1
		% col		,2
Otras sustancias psicoactivas	n	1	3	
	% col	1,0	,5	
Sustancias psicoactivas sin especificar	n		3	
	% col		,5	
Desconocida/s	n		7	
	% col		1,2	

1.5. TRASTORNOS SOMÁTICOS Y PSICOLÓGICOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al analizar las pruebas diagnósticas a enfermedades como el sida, la hepatitis B, hepatitis C, etc. Es importante tener en cuenta que estas variables cuentan con un elevado porcentaje de no respuestas. Ello se debe a que en el momento en el que se cumplimenta la FIBAT, no siempre se tienen los resultados de las pruebas realizadas.

Se ofrecen también los resultados sobre la presencia de trastornos psicopatológicos. En este caso también ocurre que en el momento de cumplimentar la FIBAT, aún no se tiene un diagnóstico psicológico del paciente, de ahí que haya muchos casos en los que se desconoce esta variable. Sin embargo el número de pacientes con psicopatologías registrado es mucho mayor que en 2002.

TRASTORNOS SOMÁTICOS

Respecto a los trastornos somáticos que padecen los pacientes que inician tratamiento, los admitidos a tratamiento por **heroína ('rebujao')** son los que tienen un peor estado de salud.

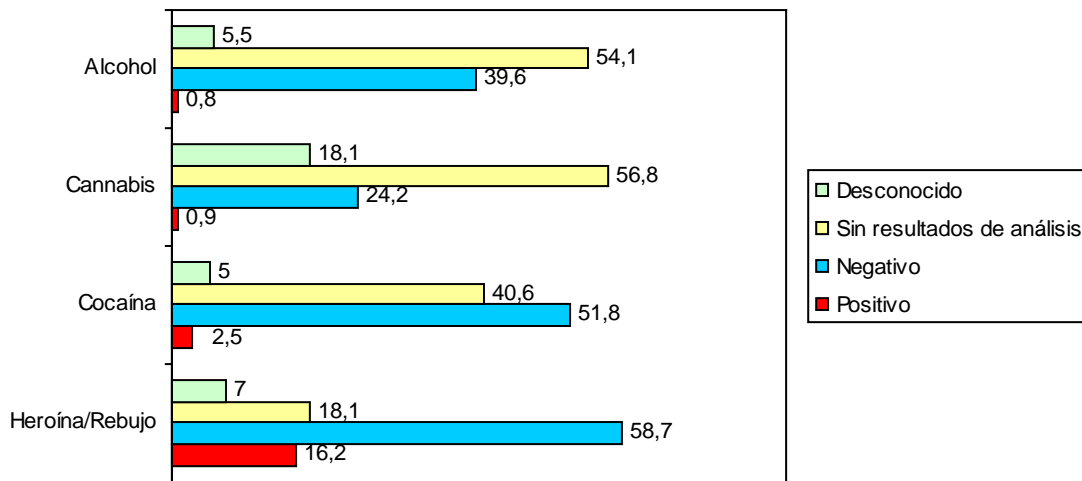
Es preciso tener en cuenta el elevado número de pacientes sobre los que no se dispone de resultados analíticos. Este porcentaje de pacientes sin análisis realizados es notablemente mayor entre los admitidos a tratamiento por **alcohol** y **cannabis** e inferior entre los admitidos por adicción a heroína. Esta ausencia de analíticas entre los pacientes admitidos por drogas distintas a la heroína puede ser la causa de un aparente mejor estado de salud de estos pacientes; sería preciso disponer de los datos de todos los pacientes para analizar adecuadamente estas variables.

Centrándose en el grupo de pacientes cuya droga principal es la heroína, el porcentaje de pacientes que son positivos al **VIH** es del 16,2%. El porcentaje de respuestas del que se desconocen los resultados es del 7% y un 6,2% están esperando los resultados de su último análisis. Un 11,9% de estos pacientes no se ha realizado nunca análisis.

En el grupo de pacientes que es admitido a tratamiento por **cocaína**, el porcentaje de positivos al VIH es del 2,5%, hallándose un 5% de datos desconocidos; además, un 31,6% no se ha realizado nunca análisis. En el de **cannabis** el porcentaje de positivos se reduce al 0,9% y el porcentaje de desconocidos es el 18,1%; el 54,1% de los pacientes de este grupo no se han realizado análisis. Finalmente, en el grupo de pacientes cuya droga principal es el **alcohol** hay un 0,8% de positivos y un 5,5% de desconocidos, el 49,8% de ellos no se ha realizado nunca análisis.

En la figura 17 se ofrecen los datos sobre el estado serológico de los pacientes de manera resumida: porcentaje de pacientes sobre los que se tienen resultados positivos a la analítica, porcentaje con resultados negativos independientemente del tiempo transcurrido desde la realización de la analítica y porcentaje de pacientes sin resultados disponibles o sin analítica realizada.

Figura 17. Estado serológico frente al VIH

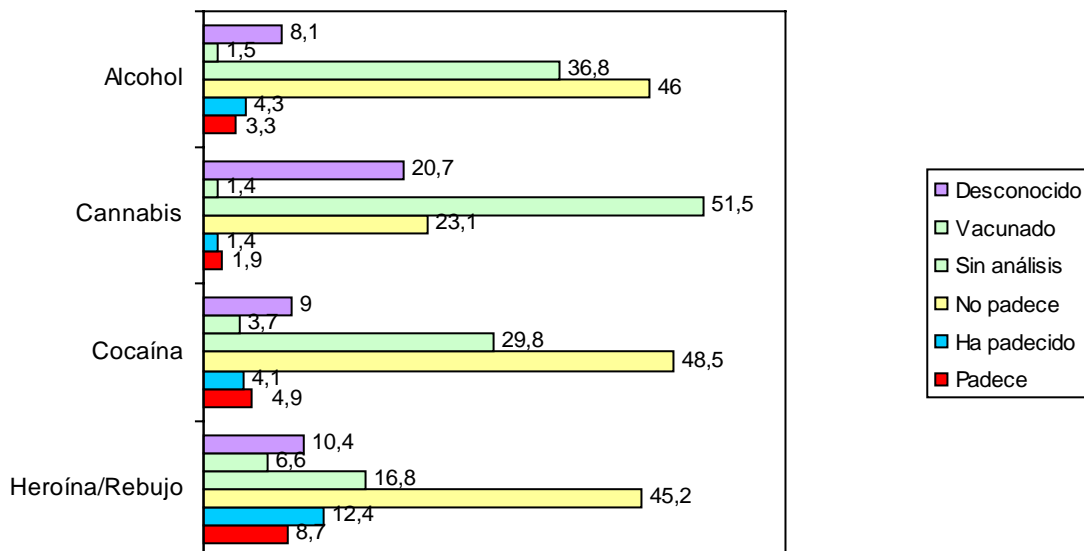


Entre los pacientes cuya droga principal es la heroína ('rebujao'), los que tienen actualmente **hepatitis B** representan un 8,7% y un 12,4% dice haberlo tenido en el pasado. El porcentaje de respuestas desconocidas es del 10,4%.

Entre los admitidos a tratamiento por dependencia a la cocaína, el porcentaje de quienes padecen actualmente hepatitis B desciende al 4,9% y un 4,1% la ha padecido en el pasado. Entre los admitidos por dependencia al cannabis, un 1,9%

padece la enfermedad en el momento de ser admitido a tratamiento y entre los admitidos por consumo abusivo de alcohol, un 3,3% la padece.

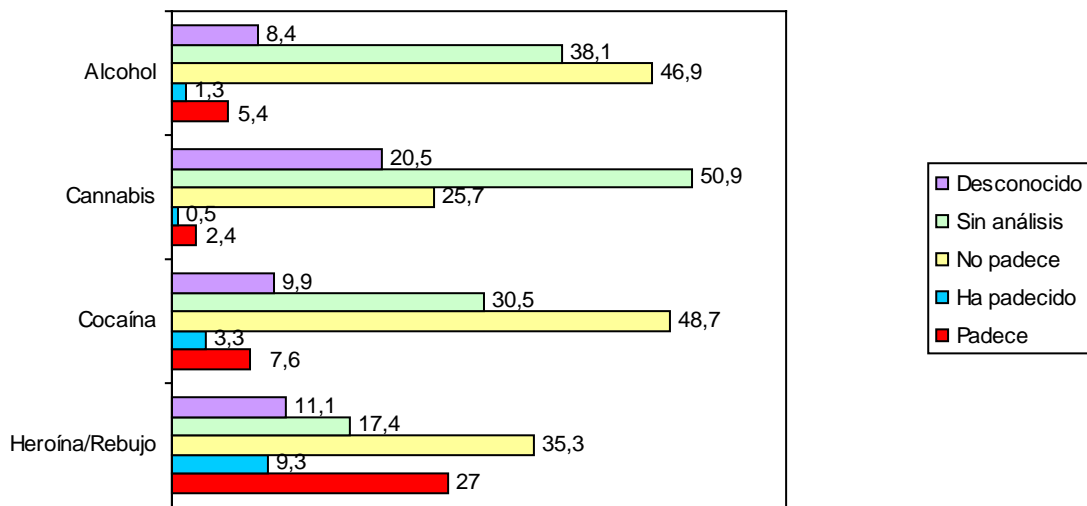
Figura 18. Hepatitis B



Respecto al **anti -VHC**, entre los pacientes admitidos por heroína (rebujo) un 27% padece actualmente hepatitis C y un 9,3% afirma haberla padecido; se desconoce la situación en relación a este antígeno del 11.1% de estos pacientes. El porcentaje de quienes padecen esta enfermedad en el momento de admisión a tratamiento por cocaína es un 7,6% y un 3,3% la han padecido anteriormente. Entre los admitidos a tratamiento por adicción a cannabis un 2,4% padece hepatitis C y entre los admitidos por dependencia al alcohol, un 5,4% la padece.

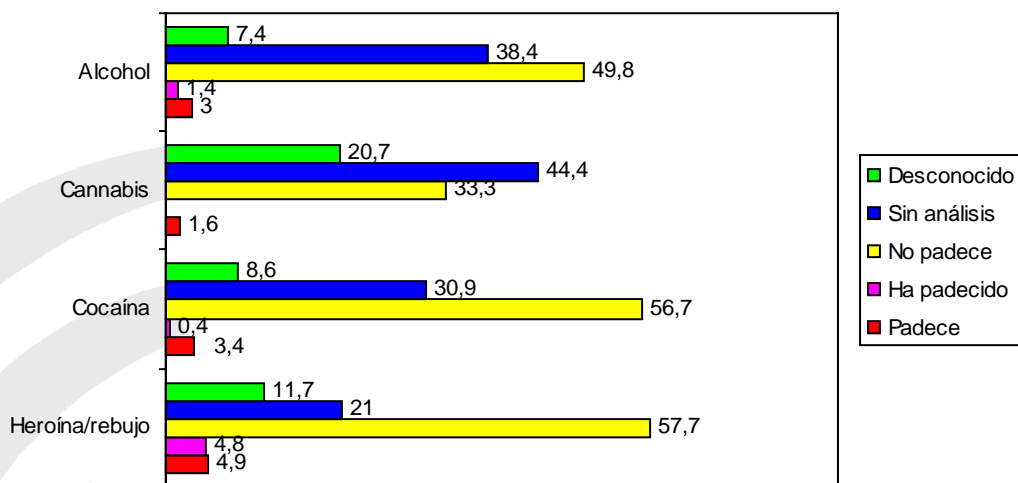


Figura 19. Hepatitis C



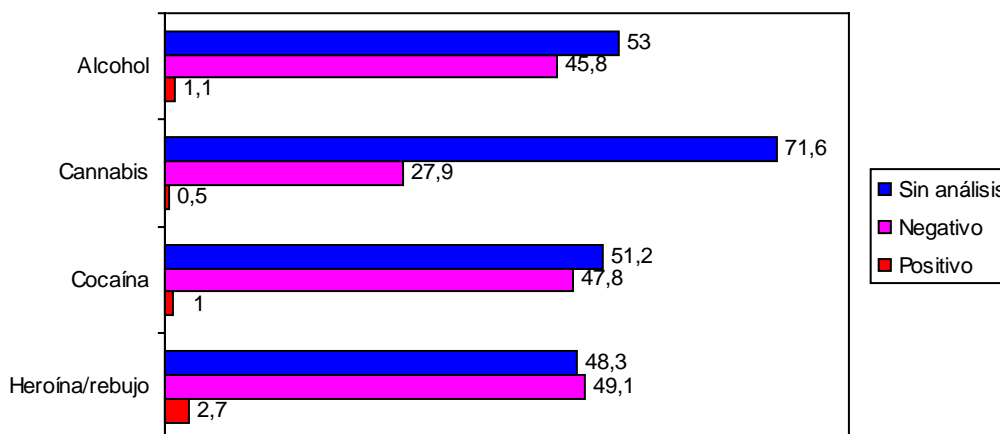
En relación a la T.B.C., el 4.8% de los pacientes cuya droga principal es la heroína afirma haberla padecido, y un 4.9% la padece en el momento de iniciar el tratamiento. Un 21% no se ha realizado análisis y su situación es desconocida para un 11,7%. En cuanto a los admitidos por cocaína, el 3,4% padecen tuberculosis en el momento de admisión a tratamiento. Entre los admitidos por cannabis, este porcentaje se reduce al 1.6% y entre los admitidos por dependencia a alcohol, al 1,4%.

Figura 20. TBC



Las **enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)** detectadas son aún menos frecuentes entre los pacientes que demandan tratamiento. Entre los pacientes cuya droga principal es la heroína, el 2.7% padece algún tipo de enfermedad de transmisión sexual en el momento de solicitar tratamiento. Para los pacientes cuya droga principal es el cannabis, el alcohol o la cocaína, las enfermedades de transmisión sexual son poco frecuentes, tal y como se aprecia en la figura 21.

Figura 21. Enfermedades de Transmisión Sexual

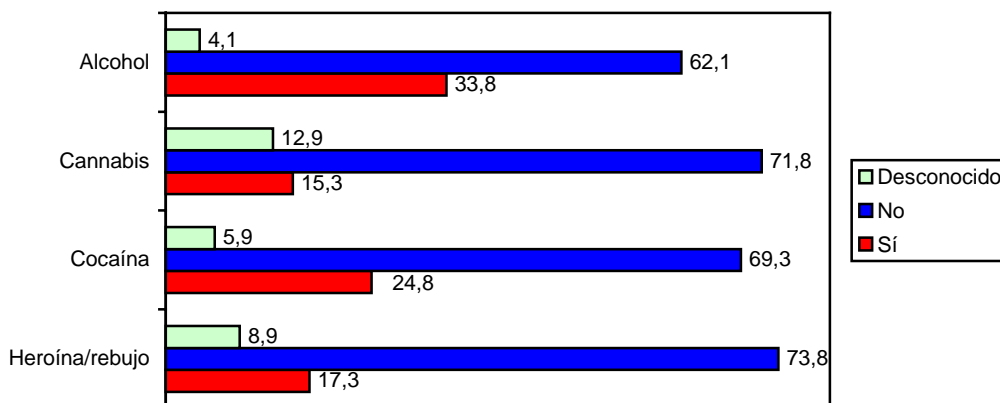


TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Para analizar el estado psicológico de los pacientes, se analiza si los pacientes han padecido, padecen o no padecen algún tipo de alteración psicopatológica, sin diferenciar entre alteraciones. En la figura 22 se muestran los resultados.

Entre los pacientes cuya droga principal es el alcohol se encuentra un 33,8% que padecen alteraciones psicopatológicas. Entre el resto de los pacientes, hay un 17,3% en los que tienen como droga principal la heroína ('rebujao'), un 24,8% entre los que la droga principal es la cocaína, y un 15,3% entre los que la droga principal es el cannabis.

Figura 22. Alteraciones psicopatológicas

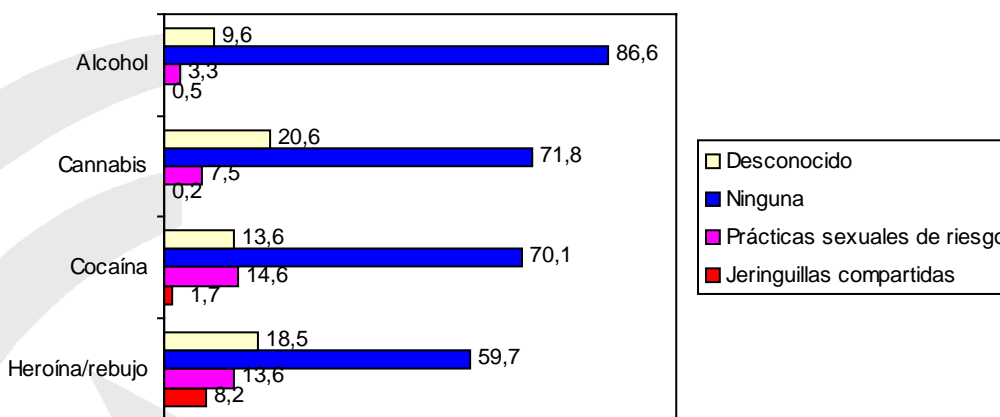


PRÁCTICAS DE RIESGO

En cuanto a la realización de prácticas de riesgo, el 8,2% de los admitidos a tratamiento por adicción a la heroína y/o rebujo afirman compartir jeringuillas y un 13,6% afirma mantener prácticas sexuales de riesgo. Para los otros tres grupos de pacientes analizados el porcentaje de pacientes que refiere mantener una de estas dos prácticas de riesgo se reduce, sobre todo entre los admitidos a tratamiento por dependencia a cannabis y alcohol.

Es preciso destacar que en los cuatro grupos de pacientes hay un porcentaje, aunque sea mínimo, de pacientes que comparten jeringuillas: en números absolutos, encontramos 167 pacientes cuya droga principal es la heroína (rebujo) que afirman compartir jeringuillas, 16 pacientes admitidos a tratamiento por adicción a cocaína, 1 paciente admitido por cannabis y 10 por alcohol.

Figura 23. Prácticas de riesgo



2. TABACO

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

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

2.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En 2002 se incluyeron por primera vez las admisiones a tratamiento por **tabaco**. A lo largo de ese año se realizaron 573 admisiones a tratamiento por dependencia al tabaco. En el primer semestre de 2003 se han admitido a tratamiento por tabaco 690 pacientes (se abrieron 692 FIBATs por tabaco, si bien una de ellas registraba una admisión por alcohol y otra por cocaína, por lo que se han eliminado del análisis). Es decir, en los seis primeros meses del año 2003 ya se ha superado en un 20% el número de pacientes admitidos en todo el año pasado.

La adicción al tabaco no se atiende en todos los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Sólo se asiste en los que tenían unidades de deshabituación del tabaquismo antes de la entrada en vigor del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (39 centros de tratamiento ambulatorio de los 110 centros públicos y concertados que componen la red asistencial andaluza). Desde el Servicio Andaluz de Salud se llevan a cabo tratamientos para el tabaquismo, tanto desde los centros de atención primaria como desde los hospitales, completando así la oferta de tratamiento para esta adicción. Sin embargo, desde el Servicio Andaluz de Salud no se comunican a la red de drogodependencias las admisiones a tratamiento realizadas. Este motivo explica el todavía reducido número de admisiones y readmisiones a tratamiento por esta sustancia, aunque se observa que tiende a incrementarse notablemente.

2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD MEDIA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

La edad media de los pacientes admitidos a tratamiento es de 42,51 años; hay que tener en cuenta que la desviación típica de 10,64 indica una notable dispersión de los valores de esta variable, de hecho, las edades de los pacientes oscilan entre un mínimo de 9 años y un máximo de 88. El 25% de los pacientes admitidos tienen menos de 36 años y el 50% tiene menos de 41.

Tabla 15. Edad del paciente

N	Válidos	683
	Perdidos	7
Media		42,51
Desv. típ.		10,64
Mínimo		9
Máximo		88
Percentiles	25	36,00
	50	41,00
	75	48,00

GÉNERO

A diferencia de lo observado para el resto de las sustancias psicoactivas, y – como veremos posteriormente- a diferencia del juego patológico, en el caso del tabaco la mayoría de los pacientes admitidos son mujeres (54,1% frente al 45.9% de hombres).

ESTUDIOS REALIZADOS

El 49,8% de los pacientes admitidos por tabaco han finalizado o bien la enseñanza primaria o bien la primera etapa de secundaria. El porcentaje de de pacientes sin estudios completados es del 14,6%. Este porcentaje es levemente superior al encontrado entre los pacientes admitidos a tratamiento con cocaína (11,6% sin estudios finalizados), pero notablemente inferior al encontrado entre los admitidos

por dependencia o consumo abusivo de alcohol (21,7% de pacientes sin estudios) y entre los admitidos por dependencia a la heroína o “rebujo” (29,6%).

Tabla 16. Nivel de estudios

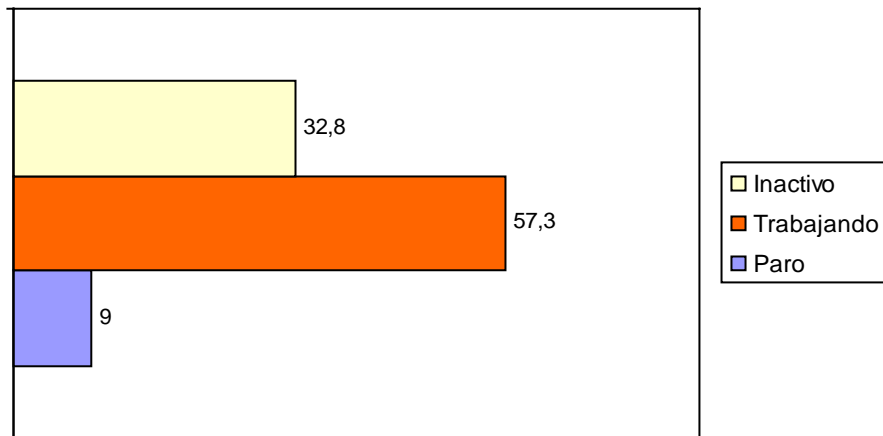
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe leer ni escribir	14	2,0	2,0	2,0
	Enseñanza Primaria incompleta	86	12,5	12,6	14,6
	Enseñanza Primaria completa	155	22,5	22,6	37,2
	Enseñanza Secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FP I o de Grado Med	186	27,0	27,2	64,4
	Enseñanza secundaria 2ª etapa, BUP, COU	120	17,4	17,5	81,9
	Estudios Universitarios Medios	71	10,3	10,4	92,3
	Estudios Universitarios Superiores	52	7,5	7,6	99,9
	Otras formaciones	1	,1	,1	100,0
	Total	685	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	5	,7		
Total		690	100,0		

SITUACIÓN LABORAL

En cuanto a la **situación laboral** de los pacientes admitidos por adicción al tabaco, el 57.3% tiene actualmente un trabajo remunerado; de ellos un 44,3% tiene un contrato indefinido o es autónomo y un 12,9% tiene un contrato temporal.

El porcentaje de pacientes en paro es muy inferior a los encontrados en el resto de sustancias analizadas. Sin embargo, se encuentra un porcentaje elevado de inactivos, que se explica porque en este grupo de pacientes hay un 16% de personas dedicadas a las labores del hogar que hace que se incremente notablemente. El porcentaje de personas dedicadas a estas labores es del 0,5% en el grupo de heroína y en el de cocaína, del 0,6% para el de cannabis y del 3,7% en el grupo de alcohol. El mayor porcentaje de mujeres entre los pacientes por adicción al tabaco explica ese superior porcentaje.

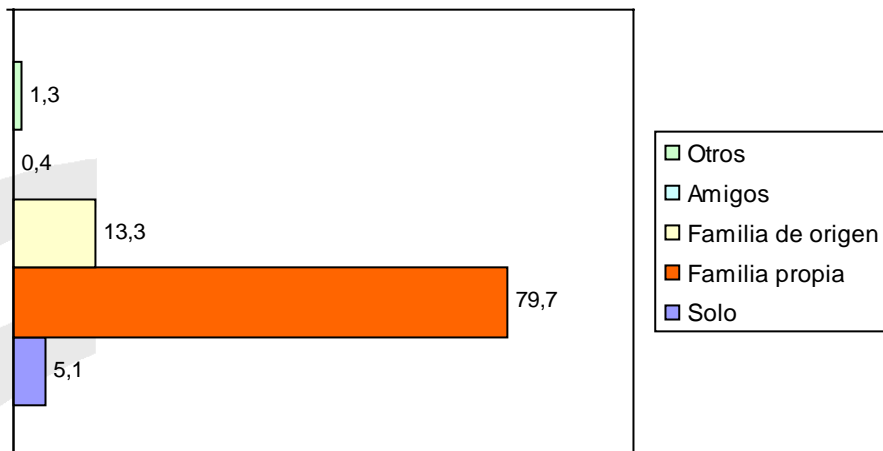
Figura 24. Situación laboral en el momento de la admisión



TIPO DE CONVIVENCIA

En cuanto al modelo de convivencia en los últimos 30 días de estos pacientes, se observa que el 72.1% viven con su pareja, con o sin hijos, y un 7,6% vive solo con sus hijos (en total un 79,7% vive con su familia propia); el 13,3% vive con su familia de origen y un 5,1% vive solo.

Figura 25. Convivencia

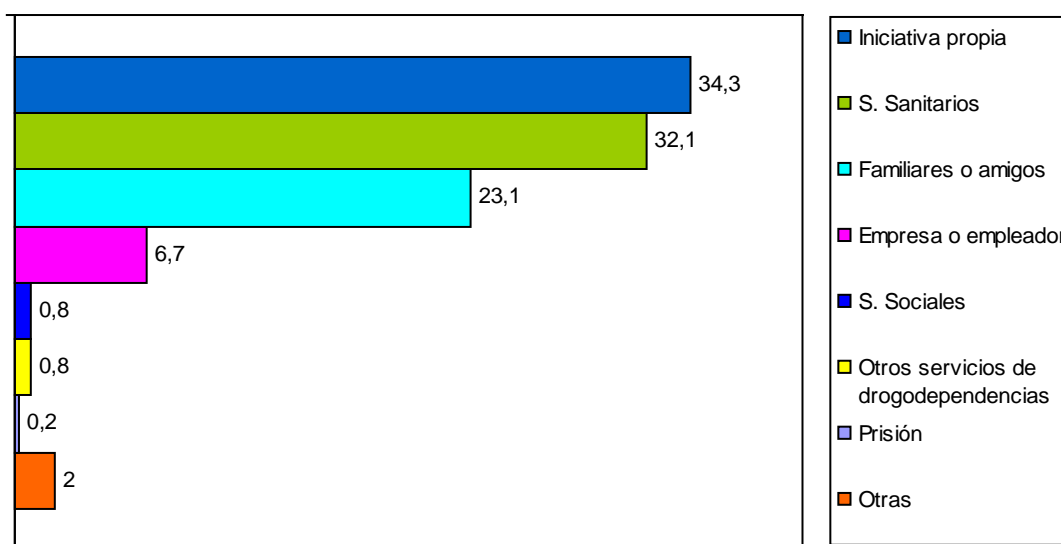


2.3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

FUENTE DE REFERENCIA

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia al tabaco refieren como principal fuente de referencia la iniciativa propia (34,3%). La segunda opción más mencionada son los servicios de salud (32,1%) y especialmente los servicios de Atención Primaria (29,3%). Los familiares y amigos son también una fuente de referencia importante (23,1%).

Figura 26. Fuente de referencia principal



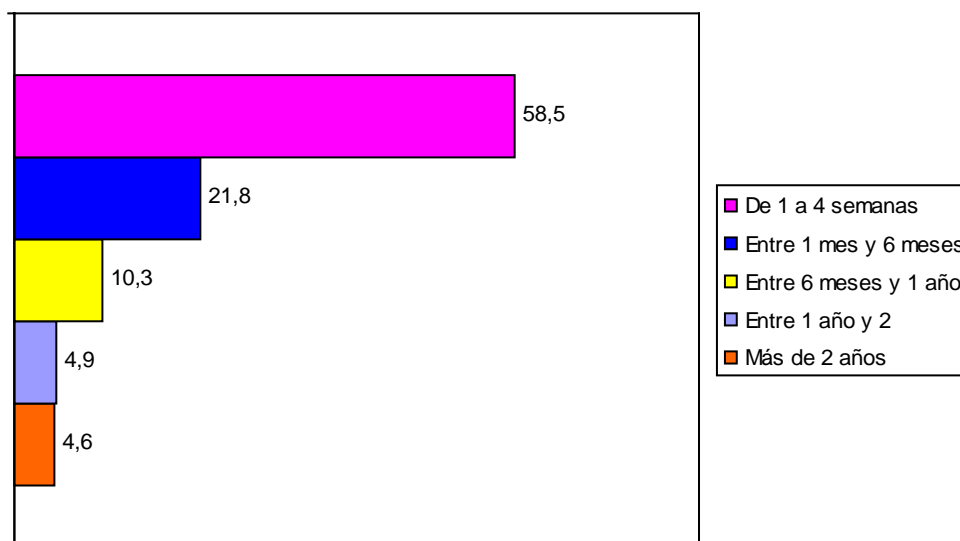
De los 13 pacientes que indican otra fuente de referencia, 7 señalan carteles expuestos en el hospital. Dos indican las charlas informativas que se dieron por personal de la red de drogodependencias en las casas de cultura de su municipio de residencia.

INTENTOS PREVIOS

El 45,7% de los pacientes ha intentado dejar de fumar en otras ocasiones en los dos últimos años. De ellos, el 72% lo ha intentado una o dos veces, el 28% restante lo ha intentado más de 2 veces. De los 295 pacientes que intentaron dejar de fumar previamente, 64 lo hicieron con ayuda profesional al menos en una ocasión.

Teniendo en cuenta todas aquellas personas que han intentado dejar de fumar alguna vez, aunque haya sido antes de hace dos años (349 personas), un 58,5% estuvo sin fumar menos de un mes la última vez que lo intentó.

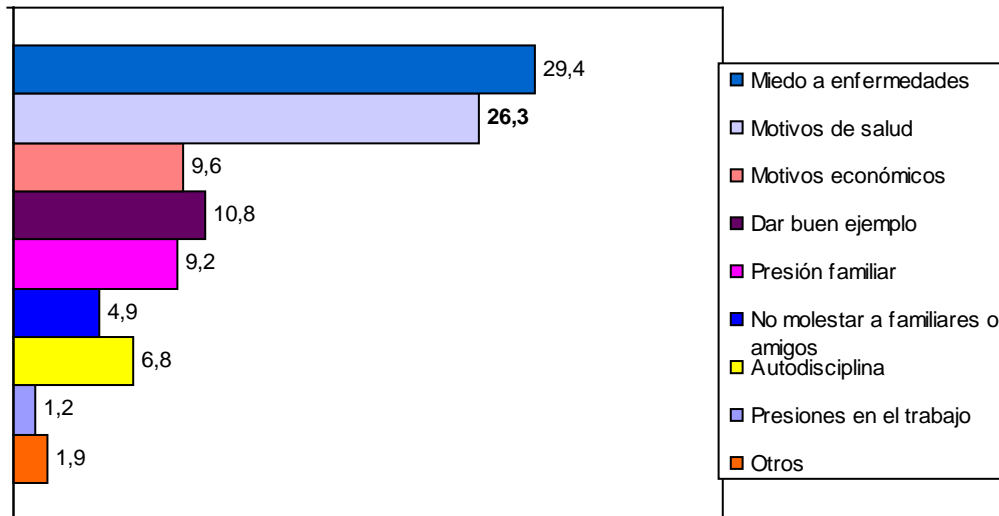
Figura 27. Tiempo sin fumar la última vez que lo intentó



MOTIVOS POR LOS QUE DEMANDA EL TRATAMIENTO

En cuanto a los motivos aducidos para solicitar el actual tratamiento, los motivos relacionados con la salud (motivos de salud o miedo a las enfermedades que produce) son los más mencionados: el 55,7% de los pacientes los menciona. Un 10,8% refiere como motivo el dar ejemplo a otras personas, como hijos/as o pareja. Los motivos económicos y la presión familiar son otras motivaciones habituales. Sin embargo, la presión en el trabajo es un motivo minoritario (1,2%).

Figura 28. Motivos para dejar de fumar

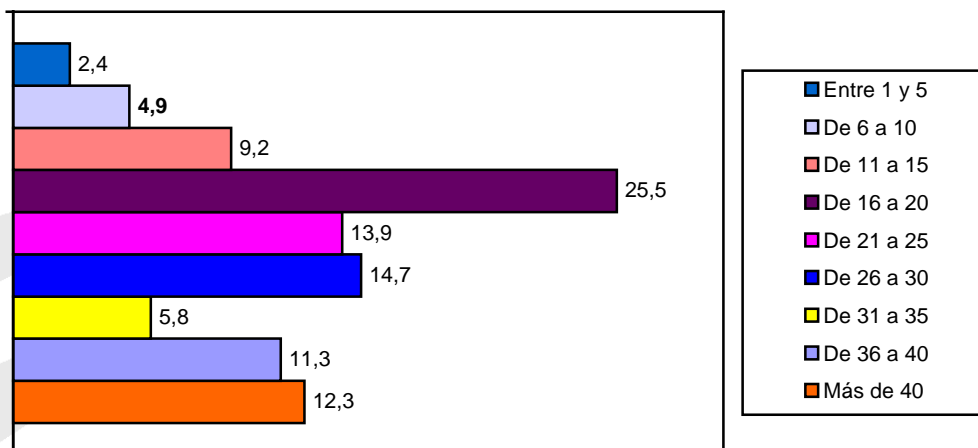


2.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

FRECUENCIA

El 7,3% de los usuarios admitidos a tratamiento por adicción al tabaco en este semestre refiere fumar menos de 10 cigarrillos al día. Otro 34,7% fuma actualmente entre 11 y 20 cigarrillos. El 58% restante fuma más de 20 cigarrillos diarios.

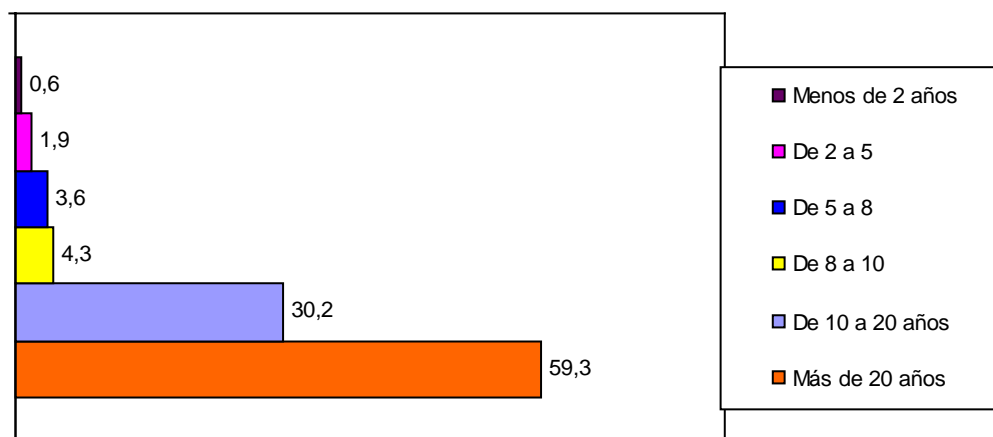
Figura 29. Número de cigarrillos que fuma al día actualmente



TIEMPO DE CONSUMO

En cuanto al tiempo que lleva fumando, el 59,3% de los pacientes admitidos lleva más de 20 años fumando, otro 30,2% lleva entre 10 y 20 años. Es decir, el 89,5% de los pacientes admitidos a tratamiento lleva fumando más de 10 años.

Figura 30. Tiempo que llevan fumando



2.5. ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES

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

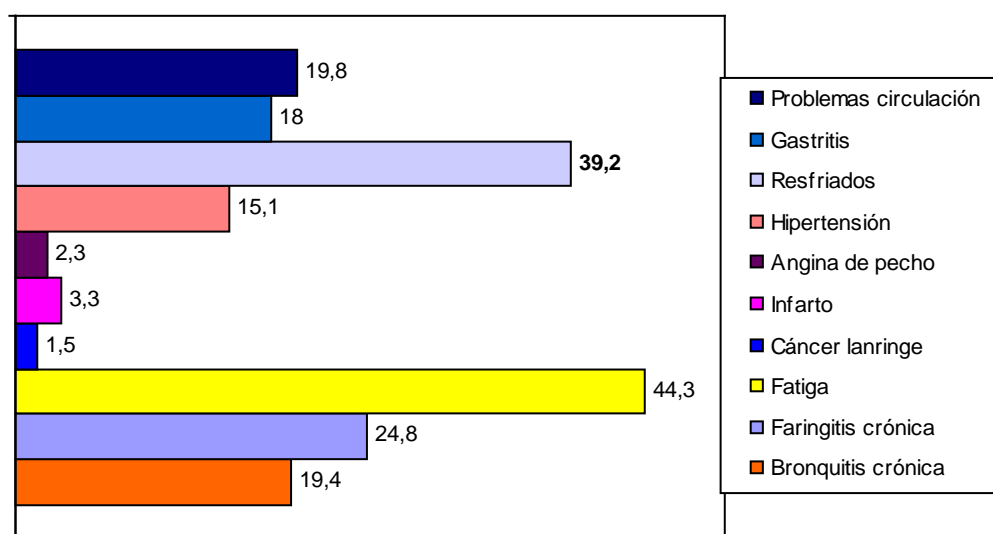
Concretamente, las enfermedades sobre las que se registra información son la bronquitis crónica, la faringitis crónica, fatiga, cáncer de laringe, infarto, angina de pecho, hipertensión, continuos resfriados, gastritis y problemas de circulación sanguínea.

Los síntomas más prevalentes entre los usuarios admitidos a tratamiento por adicción a tabaco son la fatiga (44,3% la padece) y los continuos resfriados (39,2%). El

porcentaje de pacientes que padece faringitis crónica es también elevado (24,8%), le siguen los problemas circulatorios (19,8%) y la bronquitis crónica (19,4%).

Un 3,3% de los admitidos a tratamiento ha tenido un infarto en alguna ocasión y un 2,3% padece angina de pecho. El 1,5% padece cáncer de laringe, además, otro 0,5% lo ha padecido en el pasado.

Figura 31. Dolencias que padece en la actualidad



Entre los pacientes mayores de 45 años, la prevalencia de las diversas patologías concomitantes se incrementa. Así, el porcentaje de pacientes mayores de 45 años que padece bronquitis crónica es del 40,6% y faringitis crónica 43%. El 51% de estos pacientes mayores de 45 años padece fatiga, el 32,4% sufre de hipertensión y un 29% presenta problemas circulatorios. Además, el porcentaje de pacientes que ha padecido alguna vez un infarto es del 6,3%, frente al 3,3% del total de pacientes admitidos a tratamiento por tabaco.

La edad constituye, por tanto, una variable que no puede dejarse de lado en el análisis del estado de salud de los fumadores que demandan tratamiento.

3. JUEGO PATOLÓGICO

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

3.1. ADMISIONES A TRATAMIENTO

En 2003 se analizan por primera vez las admisiones a tratamiento por **juego patológico**. En los seis meses analizados se han producido en Andalucía 78 admisiones a tratamiento en la red de drogodependencias por adicción al juego, que suponen el 1,03% del total de admisiones producidas en la red.

La mayor parte de las admisiones se siguen realizando en las asociaciones de jugadores de azar que no son todavía notificadas al sistema de Información, por lo que las 78 admisiones registradas por el sistema son una minoría de las que se producen en Andalucía. A partir del próximo año estas asociaciones comenzarán a notificar las admisiones y readmisiones a tratamiento, de forma que se dispondrá de datos más completos y representativos de la realidad de los tratamientos por juego patológico en Andalucía.

3.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

GÉNERO

El 84,6% de los 78 pacientes admitidos son hombres, habiendo un 15,4% de mujeres.

EDAD MEDIA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

La edad media de estos pacientes es de 37.05 años, con una desviación típica de 9.99 que indica que los valores de la variable se encuentran bastante dispersos en torno a esta media. Así, las edades de los pacientes oscilan entre un mínimo de 15

años y un máximo de 64. El 25% de los pacientes admitidos tienen menos de 30 años y el 50% tiene menos de 38,5.

No se encuentra una diferencia relevante entre las medias de edad de los hombres y mujeres admitidos a tratamiento por juego patológico.

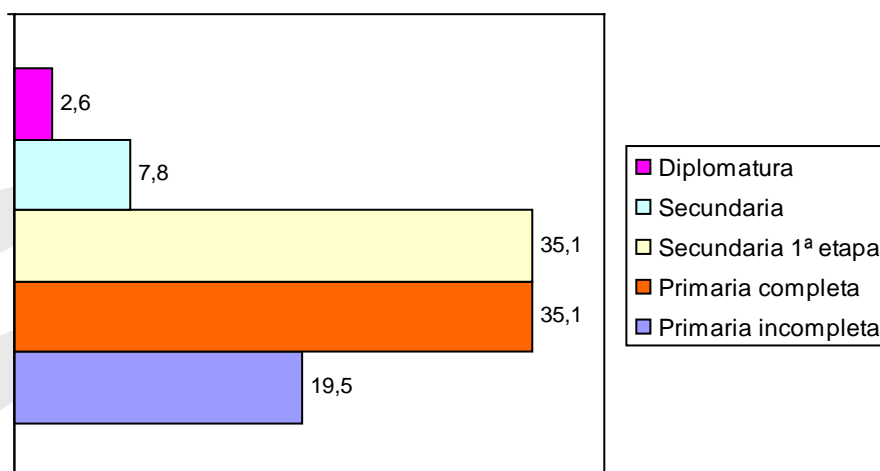
Tabla 17. Media de edad según género de los pacientes

		Media	Desviación típ.
Sexo del paciente	Hombre	36,95	9,79
	Mujer	37,58	11,53

NIVEL DE ESTUDIOS

En cuanto al nivel máximo de estudios superado por los pacientes, el 70,2% de ellos ha finalizado la enseñanza primaria o la primera etapa de la secundaria. Es importante destacar que un 19,5% de estos pacientes no finalizaron la enseñanza primaria, es decir, no tienen ningún nivel de estudios homologados completados. Un 7,8% ha finalizado la enseñanza secundaria completa y un 2,6% tienen estudios universitarios medios, no habiendo ningún paciente con estudios universitarios superiores.

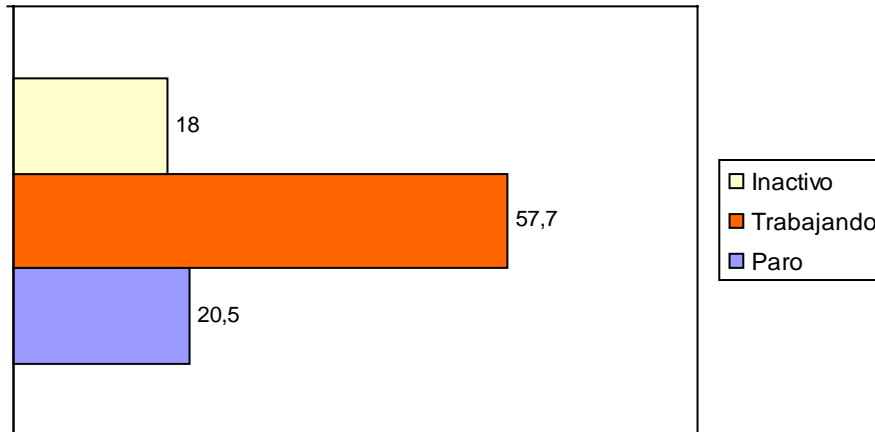
Figura 32. Nivel máximo de estudios



SITUACIÓN LABORAL

El 57,7% de estos pacientes tiene un trabajo remunerado; de ellos, un 32,1% tiene un contrato indefinido o es autónomo. Por otro lado, un 20,5% de los pacientes está en paro.

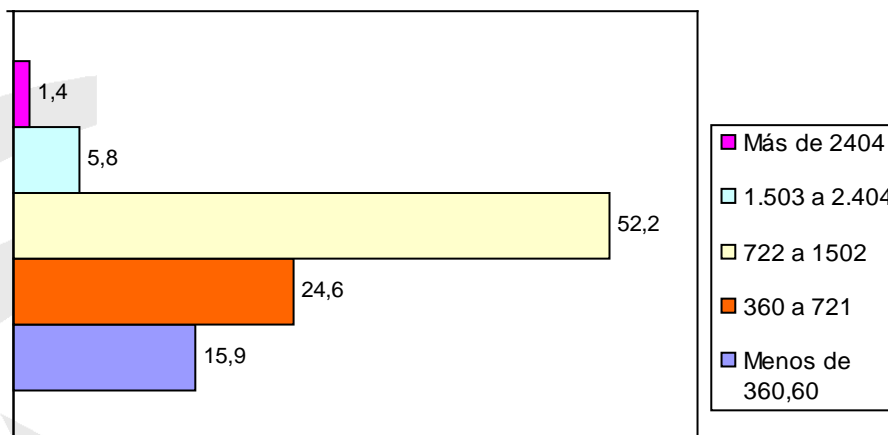
Figura 33. Situación laboral en el momento de la admisión



INGRESOS MENSUALES

El 52,2% de estos pacientes tiene unos ingresos mensuales totales de entre 721.21 euros y 1.502,53 (en pesetas corresponde al intervalo de 120.000 pts. a 250.000). Un 40,6% tiene unos ingresos inferiores a 721 euros al mes y un 7,2% tiene ingresos por encima de los 1.502.53 euros.

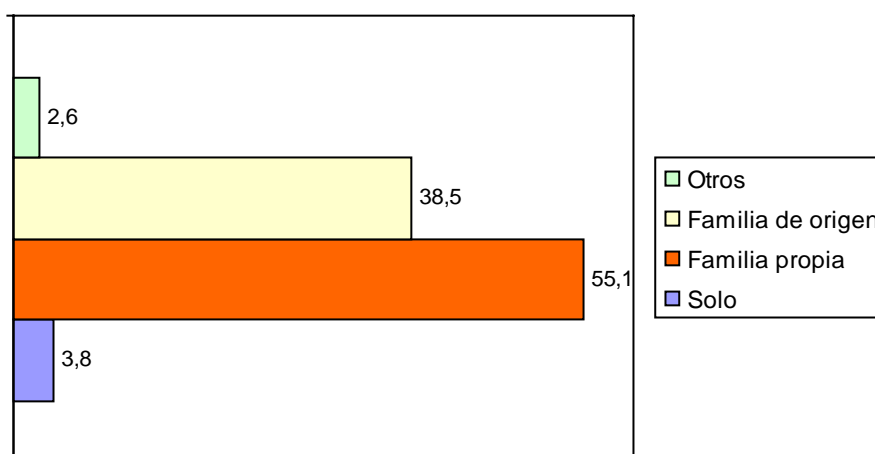
Figura 34. Ingresos mensuales totales



MODELO DE CONVIVENCIA

En cuanto al modelo de convivencia, el 47,4% de los pacientes vive con su pareja y con sus hijos y un 7,7% vive bien con su pareja o bien con sus hijos. Otro 38,5% vive con sus padres o familia de origen. El 3,8% vive solo y un 2 de los pacientes ha vivido en otras circunstancias, en concreto, uno de ellos ha vivido en prisión.

Figura 35. Convivencia



Resulta llamativo el alto porcentaje de pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico que conviven con sus padres o su familia de origen. El 77,3% de los pacientes que tienen 30 años o menos vive con sus padres o familia, e incluso hay un 23,2% de pacientes mayores de 30 años que mantiene ese modelo de convivencia. La media de edad de los pacientes admitidos por juego patológico que convive con su familia de origen es de 31,4 años y una desviación típica de 9,74.

Tabla 18. Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento por grupos de edad

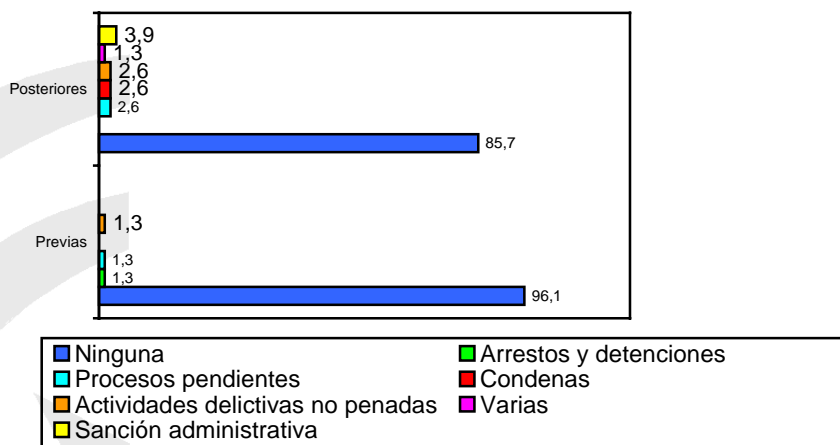
		Grupos de edad			
		Hasta de 30 años	Mayor de 30	Total	
Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento	Solo/a	Recuento	1	2	3
		% de Grupos de edad	4,5%	3,6%	3,8%
	Únicamente con pareja	Recuento		4	4
		% de Grupos de edad		7,1%	5,1%
	Únicamente con hijos/as	Recuento		2	2
		% de Grupos de edad		3,6%	2,6%
	Con la pareja e hijos/as	Recuento	2	35	37
		% de Grupos de edad	9,1%	62,5%	47,4%
	Con padres o familia de origen	Recuento	17	13	30
		% de Grupos de edad	77,3%	23,2%	38,5%
	Otros. Especificar	Recuento	2		2
		% de Grupos de edad	9,1%		2,6%
	Total	Recuento	22	56	78
		% de Grupos de edad	100,0%	100,0%	100,0%

SITUACIÓN LEGAL

Atendiendo a la situación legal de los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico, observamos que tres de los pacientes tenían alguna incidencia legal previa a la dependencia, incrementándose ese número hasta 10 pacientes tras iniciarse su dependencia. En ningún caso puede afirmarse que este incremento se deba al inicio de la dependencia, ya que existen muchos otros factores a los que puede atribuirse.

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

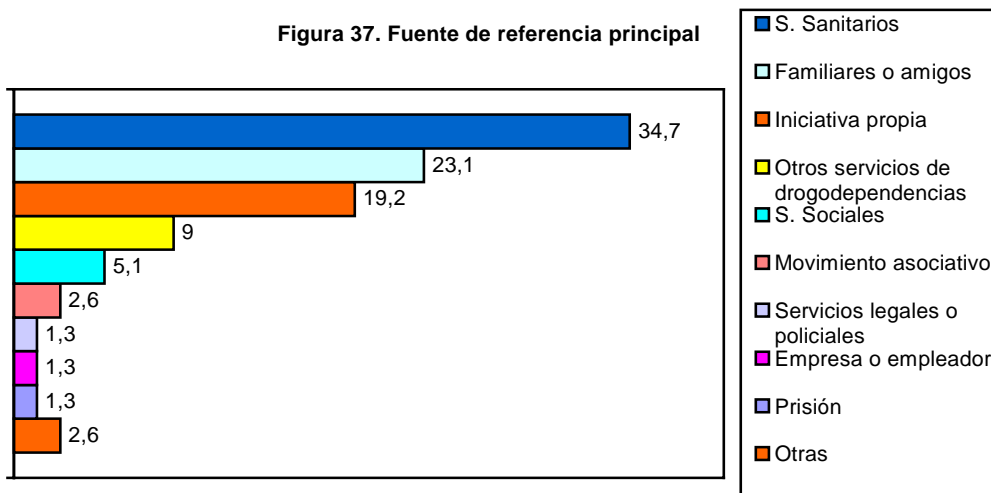
Figura 36. Incidencias legales admitidos por juego patológico



3.3. FUENTES DE REFERENCIA PARA LA DEMANDA DEL TRATAMIENTO

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia del juego señalan como principal fuente de referencia los servicios de salud (34.7%) y especialmente los servicios de Atención Primaria (24.4%). Los familiares y amigos (23,1%) son la segunda fuente más mencionada. La iniciativa propia (19.2%), a diferencia de lo que ocurre en el resto de dependencias analizadas, no ocupa el primer puesto, sino que queda como tercera fuente de referencia.

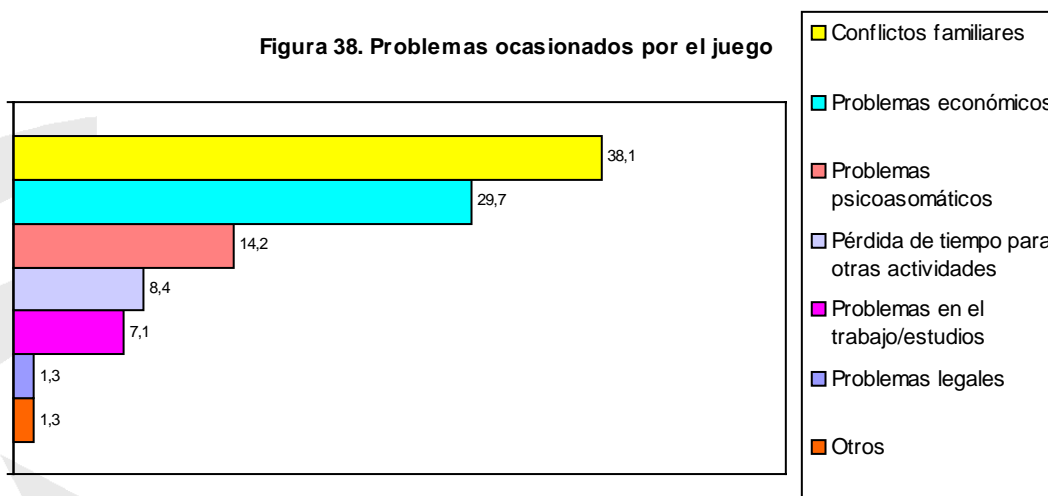
Figura 37. Fuente de referencia principal



PROBLEMAS OCACIONADOS POR LA ADICCIÓN AL JUEGO

En cuanto al tipo de problemas que le ocasionó el juego, los más mencionados son los conflictos familiares (38,1%), un 29,7% indican problemas económicos y un 14,2% señalan problemas psicósomáticos, como dolores de cabeza, malestar o nerviosismo.

Figura 38. Problemas ocasionados por el juego



3.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

TIPO DE JUEGO

De los 78 pacientes admitidos por juego patológico, el 83,3% (65 pacientes) refieren como dependencia principal las máquinas tragaperras, un 9% indica el bingo, un 3,8% las cartas, dominó o dados y un 3,8% a otros juegos.

Tabla 19. Tipo de juego al que es adicto 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bingo	7	9,0	9,0	9,0
Máquinas tragaperras	65	83,3	83,3	92,3
Cartas, dominó, dados, etc (apostando dinero)	3	3,8	3,8	96,2
Otros	3	3,8	3,8	100,0
Total	78	100,0	100,0	

GÉNERO

Por género, se observa que el porcentaje de mujeres que manifiestan adicción al bingo como juego principal es notablemente superior al de hombres (25% de las mujeres frente al 6,1% de los hombres), si bien es preciso esperar a tener un mayor número de usuarios en el programa de juego patológico para confirmar esta tendencia, ya que por el momento solo son 12 las mujeres analizadas.

Tabla 20. Tipo de juego al que es adicto 1 según sexo del paciente

			Sexo del paciente		Total
			Hombre	Mujer	
Tipo de juego al que es adicto 1	Bingo	Recuento	4	3	7
		% de col	6,1%	25,0%	9,0%
	Máquinas tragaperras	Recuento	57	8	65
		% de col	86,4%	66,7%	83,3%
	Cartas, dominó, dados, etc (apostando dinero)	Recuento	3		3
		% de col	4,5%		3,8%
	Otros	Recuento	2	1	3
		% de col	3,0%	8,3%	3,8%
Total		Recuento	66	12	78
		% de col	100,0%	100,0%	100,0%

Además del juego principal al que el paciente muestra adicción, se recoge información sobre otros juegos a los que el usuario manifiesta adicción. De los 78 pacientes admitidos, 56 no refieren adicción a juegos secundarios. Entre aquellos que sí refieren otros juegos a los que son adictos además del juego principal, el 45,5% señala el bingo como juego secundario, 27% las cartas, dominó o dados, otro 27% las quinielas y un 18% bonolotos o primitivas.

Tabla 21. Otros juegos a los que refiere adicción

Loterías	n	1
	% col	4,5
Cupones	n	5
	% col	22,7
Quinielas	n	6
	% col	27,3
Bonolotos o primitivas	n	4
	% col	18,2
Bingo	n	10
	% col	45,5
Máquinas tragaperras	n	2
	% col	9,1
Cartas, dominó, dados, etc (apostando dinero)	n	6
	% col	27,3
Juego de casino	n	1
	% col	4,5

TRATAMIENTOS PREVIOS

Sólo el 27,3% de los pacientes admitidos habían realizado previamente algún tratamiento para su adicción al juego principal. En cuanto a los juegos secundarios han realizado algún tratamiento previo 6 pacientes.

De los 21 pacientes que realizaron algún para el juego que genera la adicción principal, 13 acudieron a grupos de autoayuda, 5 a terapias individuales con especialistas, 2 realizaron tratamientos privados y uno terapias de grupo.

Tabla 22. Tipo de tratamiento realizado para juego principal

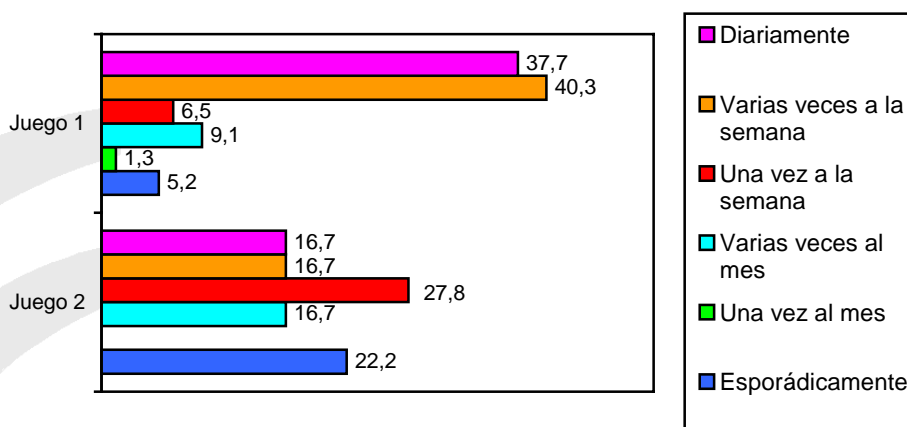
Tipo de tratamiento para juego 1	Grupos de autoayuda	13
	Terapias de grupo con especialistas	1
	Terapias individuales con especialistas	5
	Tratamientos privados	2

En cuanto al lugar donde realizaron los tratamientos, 14 pacientes acudieron al movimiento asociativo, 4 a un Centro de Tratamiento Ambulatorio - público, privado o concertado-, 2 a una consulta privada y otros 2 a un recurso no acreditado.

FRECUENCIA

La frecuencia con la que los pacientes describen realizar cada uno de los juegos a los que es adicto se va espaciando según se trate del juego principal (el referido en primer lugar) o juegos secundarios. Así, el 40,3% de los pacientes afirma realizar el juego principal varias veces por semana y un 37,7% dice realizarlo diariamente; el restante 22,1% indica frecuencias inferiores. Sin embargo, para el segundo juego mencionado, el 66,7% indica realizarlo con una frecuencia menor que varias veces por semana. No analizaremos la frecuencia de práctica de los juegos mencionados en tercer y cuarto lugar por ser muy pocos los pacientes que los mencionan, resultando una base insuficiente para su análisis.

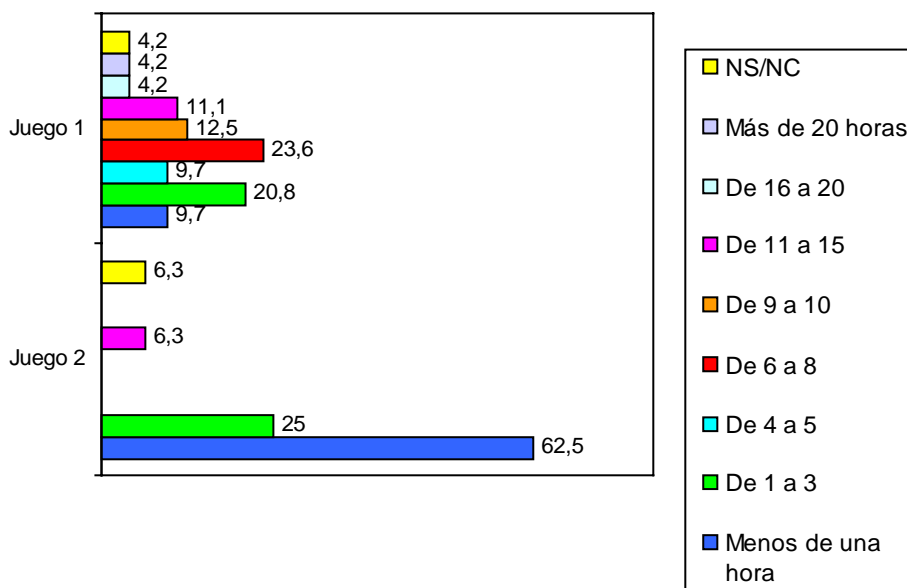
Figura 39. Frecuencia con la que juega



TIEMPO DEDICADO AL JUEGO

Lo mismo se observa en relación con el tiempo dedicado a cada juego: mientras que al juego principal solo un 9,7% de los pacientes le dedican menos de una hora semanal, al segundo juego mencionado un 62,5% de los pacientes afirman dedicarle menos de una hora semanal.

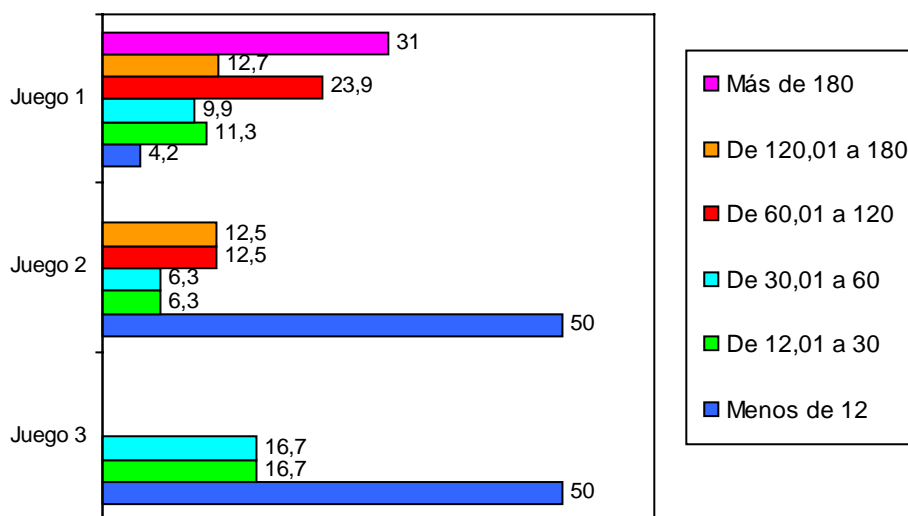
Figura 40. Tiempo dedicado al juego por semana



DINERO GASTADO POR SEMANA

Como cabe esperar, se observa la misma tendencia en lo relativo al dinero gastado en cada juego. Así el 43,7% de los pacientes gastan más de 120 euros semanales en el juego principal y solo un 4,2% afirma gastar menos de 12 euros. Sin embargo, en el caso de los juegos mencionados en segundo y tercer lugar el 50% de los pacientes afirma gastar en ellos menos de 12 euros semanales. En el caso del juego 2 ningún usuario refiere un gasto superior a los 180 euros y, cuando se trata del tercer juego, ninguno indica un gasto superior a 60 euros por semana.

Figura 41. Dinero gastado por semana



3.5. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SUSTANCIA CONSUMIDA DURANTE EL JUEGO

La sustancia más consumida durante el juego resulta ser el alcohol: 38 de los 65 (58,5%) pacientes que indican las máquinas tragaperras como adicción principal, afirman consumir alcohol durante el juego; dos de los 7 usuarios que señalan como juego principal el bingo también afirman consumir alcohol durante el juego.

De los 65 adictos a las máquinas tragaperras, 10 afirman consumir tabaco durante el juego, así como uno de los 7 adictos al bingo. La cocaína es consumida durante el juego por 4 de los pacientes adictos a las máquinas tragaperras.

Por otro lado, de los tres pacientes (todos ellos hombres) que señalan como juego principal las cartas, dominó ó dados, ninguno de ellos refiere consumir ninguna sustancia durante el juego.

Tabla 23. Sustancias psicoactivas consumidas durante el juego según tipo de juego al que es adicto

		Tipo de juego al que es adicto 1					
		Bingo		Máquinas tragaperras		Otros	
		Recuento	% col.	Recuento	% col.	Recuento	% col.
Sustancias que consume cuando está jugando	Heroína			1	2,2%		
	Heroína+Cocaína base (Mezcla)			1	2,2%		
	Estimulantes			1	2,2%		
	Cocaína (Clorhidrato)			4	8,9%		
	Base libre de cocaína			1	2,2%		
	Cafeína			1	2,2%		
	Tabaco	1	33,3%	10	22,2%		
	Cannabis			1	2,2%		
	Planta			1	2,2%		
	Alcohol	2	66,7%	38	84,4%	1	100,0%

Por género, observamos que cuatro de las doce mujeres admitidas a tratamiento afirman consumir alguna sustancia psicoactiva durante el juego, tratándose concretamente de alcohol, cafeína y tabaco. Las drogas ilegales solo son mencionadas por los hombres.

Tabla 24. Sustancias psicoactivas consumidas durante el juego según género de los pacientes

		5. Sexo del paciente			
		Hombre		Mujer	
		n	% col.	n	% col.
Sustancias que consume cuando está jugando	Heroína	1	2,3%		
	Heroína+Cocaína base (Mezcla)	1	2,3%		
	Estimulantes	1	2,3%		
	Cocaína (Clorhidrato)	4	9,1%		
	Base libre de cocaína	1	2,3%		
	Cafeína			1	20,0%
	Tabaco	10	22,7%	1	20,0%
	Cannabis	1	2,3%		
	Planta	1	2,3%		
	Alcohol	38	86,4%	3	60,0%

De los 78 usuarios admitidos en el primer semestre de 2003 a tratamiento por juego patológico, 9 afirman haber realizado algún tratamiento previo por consumo abusivo o adicción a sustancias psicoactivas, es decir, un 13,8% de los pacientes.

Concretamente, dos siguieron un tratamiento por adicción a la heroína, uno de los cuales realizó otro tratamiento por adicción a la base de cocaína; cinco pacientes estuvieron previamente en tratamiento por consumo de alcohol y uno por adicción al “rebujaio”.



CONCLUSIONES

Los datos registrados sobre los pacientes admitidos a tratamiento durante el primer semestre de 2003 confirman las tendencias observadas durante el año 2002:

- Se incrementa el porcentaje de pacientes admitidos por consumo abusivo o dependencia de alcohol con respecto a los pacientes en tratamiento por dependencia a sustancias ilegales. El alcohol se convierte en la droga que más admisiones y readmisiones motiva en 2003, por encima de los opiáceos. Además, el 81,8% de los pacientes admitidos por heroína y/ "rebujao" son readmisiones a tratamiento, es decir, corresponden a pacientes de larga duración, que ya habían realizado como mínimo un tratamiento anterior por la misma droga. Sólo el 17,5% de ellos son pacientes nuevos. Por otro lado, continúa reduciéndose la utilización de la vía parenteral entre estos pacientes: en el primer semestre de 2003 afirman haberla utilizado un 4% de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína, frente al 7,1% de estos pacientes en 2002.
- Se mantiene la tendencia al alza de las admisiones a tratamiento por dependencia a cocaína y a MDMA. En los primeros seis meses de 2003, el número de admitidos por MDMA supera ya el número total de admitidos por esta sustancia durante 2002.
- Las admisiones por tabaco, iniciadas en 2002 y hasta entonces atendidas únicamente desde el Servicio Andaluz de Salud, se incrementan también durante estos 6 meses, superándose en este periodo el número total de pacientes admitidos por esta sustancia a lo largo de todo el año pasado.
- Se inicia la admisión a tratamiento en los Centros Ambulatorios de pacientes adictos al juego, dependencia hasta ahora atendida exclusivamente desde el movimiento asociativo. En estos 6 primeros meses se han admitido 78 pacientes por juego patológico.

- Se produce una diversificación de perfiles de los pacientes atendidos en los Centros Ambulatorios de Tratamiento de la red. Los modelos de convivencia, la situación laboral y legal de los usuarios atendidos por dependencia al tabaco, alcohol o por ludopatía reflejan una situación de estructuración social mucho más normalizada que la de los pacientes admitidos por opiáceos y también, aunque la diferencia es menor, que aquellos admitidos por cocaína o cannabis.
- Los pacientes admitidos a tratamiento por alcohol presentan la **media de edad** más elevada (42,68 años); por el contrario, los admitidos por consumo abusivo o dependencia a cannabis son los más jóvenes (media de 24,32 años). Los usuarios en tratamiento por tabaco (42, 51) y juego patológico (37,05) presentan medias de edad superiores a los atendidos por dependencia a heroína (34,73) y a cocaína (29,97).
- El porcentaje de mujeres en tratamiento es muy inferior al de hombres (entre el 11,1% entre los pacientes por cannabis y el 15% por alcohol y juego patológico), excepto en el caso del tabaco, donde encontramos un 54,1% de mujeres.
- La **situación laboral** más habitual en todos los grupos de pacientes es estar empleado, ya sea con un contrato fijo, como autónomo o con un contrato temporal. Si embargo, entre los pacientes atendidos por dependencia a heroína la situación mayoritaria (50,3%) es el paro. Los porcentajes de población inactiva (estudiantes, pensionistas o amas de casa) son más elevados entre los pacientes admitidos por cannabis (25%), alcohol (18,9%) y tabaco (32,8%); en el primer caso la mayor parte de los usuarios inactivos son estudiantes (23% de los admitidos), en el caso de los admitidos por alcohol, encontramos un 14,4% de pensionistas y entre los admitidos por tabaco existe un 16% de admitidos dedicados a las tareas del hogar.
- La familia de origen o la **convivencia** con la familia propia son los modelos más habituales para todos los pacientes, excepto en el caso de los admitidos por heroína, para los que “otros modelos” es la respuesta más habitual (31,1%) junto con la familia de origen. El 23,8% de los pacientes admitidos por adicción a la heroína han vivido en prisión durante los seis meses previos a la apertura de la ficha. En el caso de los admitidos por tabaco (79,7%) y

alcohol (58,5%) el modelo más habitual es la familia propia. Para los admitidos a tratamiento por adicción a cannabis (73,5%) o por cocaína (46,1%) la situación más común es la convivencia con la familia de origen, lo cual puede atribuirse a que se trata de los pacientes con una media de edad más joven. El porcentaje de pacientes atendidos por juego patológico que conviven con su familia de origen (38,5%), pese a ser inferior al de aquellos que conviven con su familia propia (55,1%), 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, cannabis y cocaína, el porcentaje de pacientes que nunca ha tenido ninguna incidencia legal resulta más reducido.
- En cuanto a la **fuentes de referencia** para iniciar tratamiento, la “iniciativa propia” presenta el porcentaje de respuestas más elevado para los pacientes atendidos por heroína y cocaína, pero no para los pacientes por alcohol, juego patológico y cannabis. Para los pacientes adictos al alcohol la principal fuente de referencia son los familiares y amigos. En el caso de las ludopatías, la fuente de referencia más mencionada son los servicios de salud y en el caso de los pacientes que tienen como droga principal el cannabis son los servicios legales y policiales.
- En cuanto a las pautas de **consumo de sustancias psicoactivas**, el perfil detectado para todas las drogas principales (heroína, cocaína, cannabis y alcohol) es el del policonsumo. Es decir, los usuarios consumen otras drogas además de la principal, si bien el tipo de drogas secundarias varía según cual sea la droga principal. Así, en el caso de los admitidos a tratamiento por **heroína**, un 46,6% menciona el cannabis como droga secundaria, un 29,4% señala también consumo de cocaína y otro 26,6% de alcohol, un 25% señala el tabaco y un 20% menciona también otros opiáceos. El 54,5% de los admitidos por **cocaína** señalan consumo de alcohol y un 50,1% de cannabis. Entre los admitidos por **cannabis**, el 52,2% menciona también consumo de alcohol y un 40% de tabaco, la cocaína es señalada por el 24,3% de estos pacientes. De los admitidos a tratamiento por dependencia al **alcohol**, el 73,5% indica consumir tabaco, el 22% cocaína y el 19% cannabis; entre estos

pacientes se detecta además una pauta distinta de consumo en función de la edad: el 43,4% de los menores de 30 años afirman consumir cocaína y el 36,4% dice consumir cannabis. El policonsumo es menos habitual entre los mayores de 30 años, siendo el tabaco la sustancia más mencionada por este grupo (77% los menciona) y reduciéndose notablemente el porcentaje de quienes afirman consumir también cocaína (17,8%) y cannabis (16,4%).

- La **edad de inicio** al consumo de la droga principal más baja es la del cannabis (16,73 años) y la del alcohol (18,34). En el caso del alcohol, se detecta una reducción de la edad de inicio entre las mujeres admitidas a tratamiento, siendo la edad media de inicio al consumo de 16,37 años en el caso de las menores de 30 y de 23 años entre las mayores de esa edad.
- EL 58% de los pacientes admitidos a tratamiento por **tabaco** fuma más de 20 cigarrillos diarios y el 89,5% lleva más de 10 años fumando. Un 45,7% 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 83,3% de los 78 pacientes admitidos a tratamiento por **juego patológico** indica como principal adicción las máquinas tragaperras, el 9% al bingo, el 3,8% a las cartas, dominó o dados y el 3,8% restante a otros juegos.
- El 28,20 de los pacientes admitidos señalan un segundo juego al que son adictos, 11,5% señalan un tercer juego y 5,13% señalan un cuarto juego. Es decir, el 71,8% de los pacientes son adictos a un solo juego y el porcentaje de adictos a más de dos juegos es muy pequeño. El 27,3% ha realizado algún tratamiento previo para el juego principal al que es adicto.
- El 37,7% de los pacientes admitidos juega diariamente al juego de adicción principal y un 40,3% juega varias veces por semana; la frecuencia de realización del juego descende para el resto de juegos mencionados. Además el 60% de los pacientes dedica 6 horas o más semanalmente a su juego principal y el 43,7% de ellos gastan más de 120 euros semanales en dicho juego. Tanto el tiempo dedicado por semana como el dinero gastado descienden para los juegos secundarios.

- En cuanto a las sustancias consumidas durante el juego, el 62,8% de los pacientes admitidos afirma consumir alguna sustancia mientras juega. El 65% de las menciones de sustancias consumidas son para el alcohol y el 17,5% para el tabaco. El resto de sustancias son muy poco mencionadas.

