



Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.



**Informe-Memoria del Centro Provincial de  
Drogodependencias de Cádiz  
relativa al año 2003**

## ÍNDICE

Antecedentes y Situación Actual .....	
Recursos Económicos. Ejercicio 2003 .....	
Recursos Humanos de la Red Provincial .....	
Datos de la Actividad Asistencial.....	
Datos Referidos a los Programas Aplicados .....	
Perfil Sociodemográfico de los Pacientes Nuevos .....	
Actuaciones Orientadas a la Reducción de la Demanda .....	

# ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

## Antecedentes y Situación Actual.

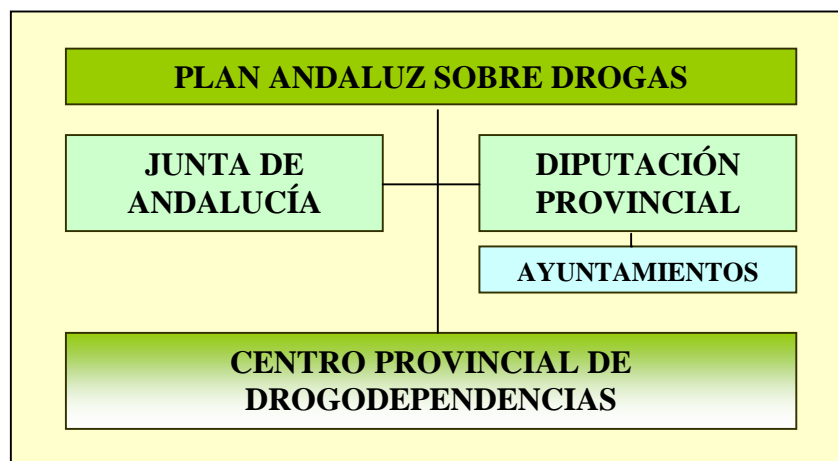
En 1985, el Gobierno de la Nación con la participación de las Comunidades Autónomas, elaboró el Plan Nacional de Lucha contra la droga, aprobado por el Consejo de Ministros el día 24 de julio de 1985, presentado con posterioridad en el Parlamento y finalmente aprobado según Decreto 1677/85 de 11 de septiembre BOE de 20/9/85.

En el citado Plan se crea la Conferencia Sectorial y la Comisión técnica Interautonómica como organismo de coordinación permanente en los que está representada la Junta de Andalucía. Fruto del Plan Nacional fue el establecimiento de un convenio-programa entre la Administración Central y nuestra Comunidad Autónoma.

El 3 de abril de 1985, como consecuencia de un Plan de Actuación aprobado por la Comisión Delegada de Bienestar Social de la Junta de Andalucía se establece, mediante decreto del Consejo de gobierno, la creación del Comisionado para la Droga como órgano de coordinación, elaboración y ejecución de un proyecto tendente a establecer un Plan General de Actuación en Materia de Drogodependencias en el ámbito de Andalucía.

En la misma fecha se procede a la creación de los centros Provinciales de Drogodependencias (C.P.D.) con las funciones generales de coordinación de todas las actividades que se desarrollen sobre estos temas en cada una de las provincias, así como servir como centro especializado en el tratamiento de las drogodependencias y la prevención de las mismas.

Así pues, el C.P.D. de Cádiz, queda establecido mediante convenio de colaboración entre la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía y la Excma. Diputación Provincial. Ésta, a su vez, consciente del papel e implicación que han de tener otras instituciones en el ámbito de las actuaciones sobre las adicciones, ha venido desarrollando diversos convenios de colaboración con diversos municipios de la provincia al objeto de establecer distintos dispositivos ambulatorios en sus respectivas localidades.



Por otra parte, el Plan Andaluz sobre Drogas de 1987, propone un modelo de asistencia integrada partiendo de una red específica y desarrollando una red de servicios adecuadamente coordinados, que conforman un circuito terapéutico capaz de atender las demandas directas de atención y asegurar la continuidad del proceso terapéutico en todas sus fases. Recientemente, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), retoma la planificación sanitaria inicialmente propuesta en el I Plan y propone una redefinición de recursos y programas que se llevan a cabo y la unificación de modelos de actuación en Andalucía entre otros objetivos prioritarios.

Desde su creación y hasta la configuración actual, el C.P.D. de Cádiz ha evolucionado, quizá de forma paralela al fenómeno de las toxicomanías.

En la actualidad, la atención a los problemas derivados del consumo de drogas se viene realizando a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTA), los cuales están dirigidos y coordinados por el Servicio de Drogodependencias del C.P.D, insertado orgánicamente en el área de Bienestar Social de la Excm. Diputación Provincial de Cádiz.

Según se desprende del citado II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, a los C.P.D., junto con las Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales, les corresponderán la planificación, coordinación y seguimiento de los distintos planes provinciales, adaptados a las necesidades de cada provincia, correspondiéndole la gestión de los recursos provinciales en drogodependencias y la ejecución de los programas a la Diputación Provincial. Igualmente, también se recoge funciones similares podrán realizar mancomunidades y ayuntamientos de 20.000 habitantes.

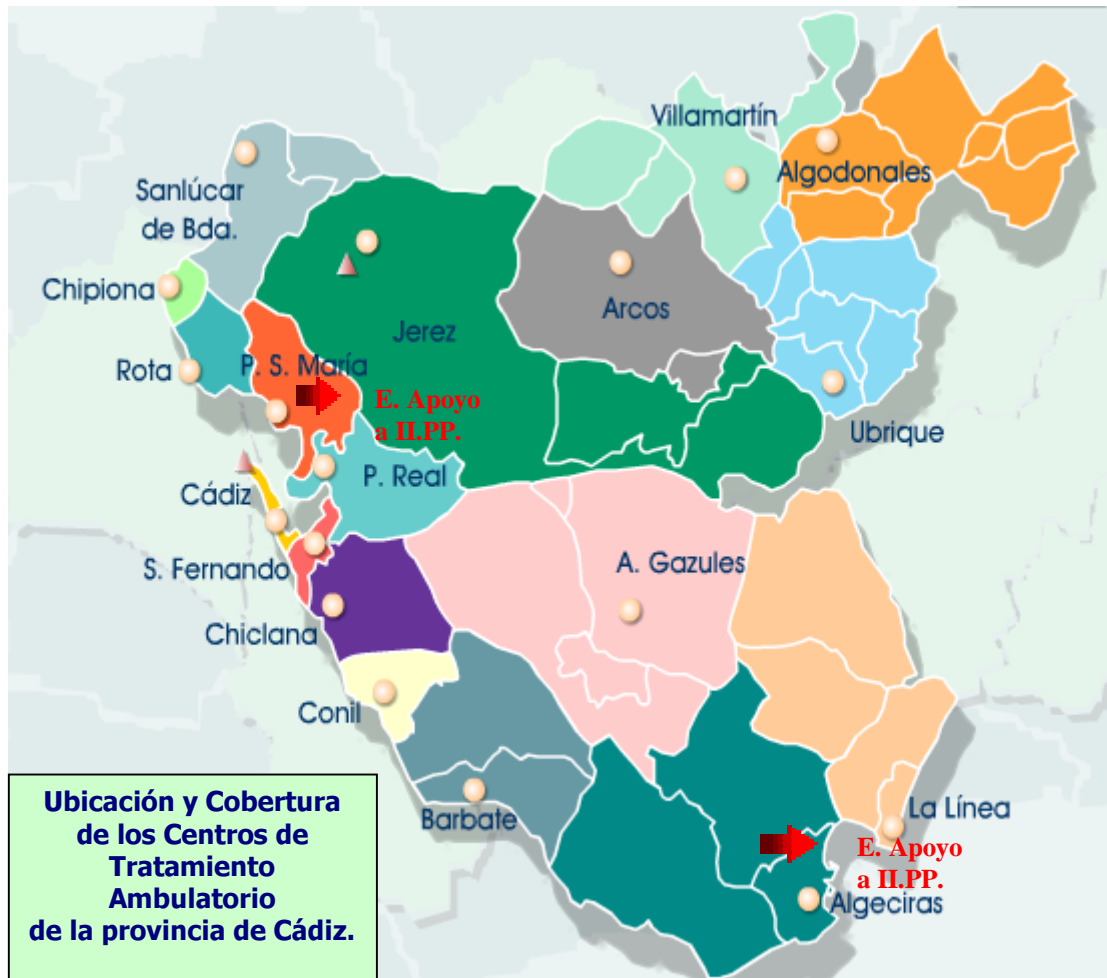
El Servicio de Drogodependencias del C.P.D. se apoya y diversifica su actuación en la siguiente estructuras con carácter provincial:

- Desde la UNIDAD de GESTIÓN de CENTROS se llevan los temas administrativos y de personal.
- La UNIDAD DE PROGRAMAS realiza la coordinación en temas de carácter técnico entre todos los dispositivos a nivel provincial. Actualmente esta Unidad carece de responsable, aunque se establece una estructura de responsables de las distintas áreas:

- ☞ COORDINACIÓN ASISTENCIAL.
- ☞ COORDINACIÓN INCORPORACIÓN SOCIAL
- ☞ COORDINACIÓN PREVENCIÓN-FORMACIÓN.
- ☞ COORDINACIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Por otra parte, los CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIOS son los que desarrollan y concretan los programas y las directrices que provienen de los estamentos mencionados en sus diferentes comarcas de actuación. Tienen una estructura basada en una Dirección que gestiona los aspectos administrativos y coordina la actividad del centro; un Equipo de Terapeutas que prestan la asistencia a los pacientes

de la comarca. Además existe una estructura de puntos de dispensación de metadona distribuidos por toda la geografía provincial.



Los Centros Asistenciales desarrollan su actividad alrededor de los grandes ejes en que suele agruparse el trabajo en toxicomanías: Asistencia, Prevención e Incorporación Social. Así mismo, se implementa el Sistema de Información y se desarrollan actividades de Formación, tanto interna como externa. Cada centro tiene un responsable asignado a cada una de estas áreas.

El C.P.D. se estructura en 4 Comarcas de Actuación, correspondientes a la distribución sanitaria provincial: Campo de Gibraltar, Jerez-Sanlúcar, Bahía-Vejer y Sierra de Cádiz, con un total de 18 CTA y 2 Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias. Todos estos recursos dependen de la Excma. Diputación de Cádiz a excepción de tres de los CTA, que dependen de Ayuntamientos que desarrolla el mismo programa asistencial.

**R**ECURSOS ECONÓMICOS.  
EJERCICIO 2003



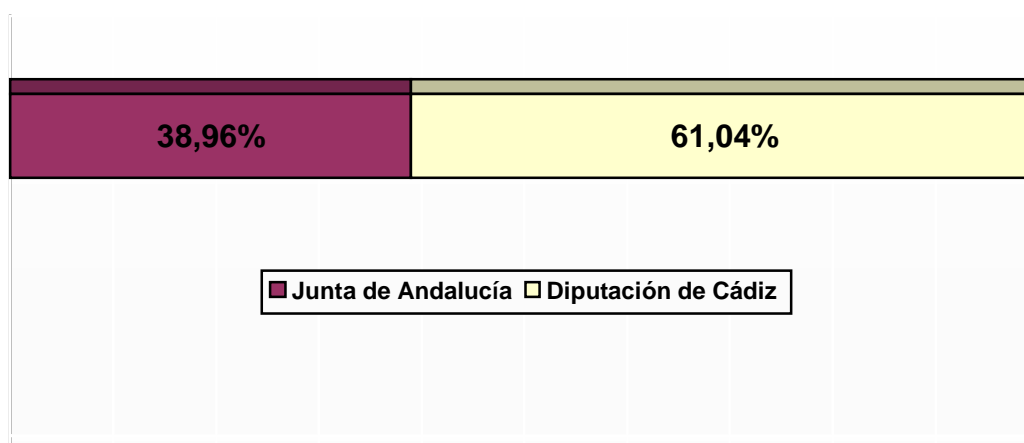
## Recursos Económicos. Ejercicio 2003.

Con independencia de las aportaciones que realizan los Ayuntamientos con convenios de colaboración en vigor en materia de drogodependencias con la Excm. Diputación Provincial (referidos básicamente a la cesión de espacios donde se ubican los Centros de Tratamiento, atender los gastos derivados del mantenimiento de los mismos, luz, agua y, en determinados casos, cesión de personal).

El presupuesto inicial de gastos contemplado por la Diputación en el ejercicio 2003 ha ascendido a la cantidad de 4.416.955,97 €. No se contempla en esta cantidad la mayoría de los gastos derivados del funcionamiento de los CTA ubicados administrativamente en los Ayuntamientos de El Puerto de Santa María, Rota y Chipiona..

Según las instituciones que financian el presupuesto, la Junta de Andalucía lo hace con 1.716.491 € y la Excm. Diputación de Cádiz con 2.700.464,97 €.

Distribución porcentual del presupuesto según Institución financiadora.



Según la identificación de los programas económicos en que se distribuye el presupuesto, atenderemos a los siguientes conceptos:

<b>Programa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Total €</b>
313IA	Centros de Tratamiento. (Retribuciones de personal y gastos de funcionamiento)	3.919.286,98
313IC	Transporte de muestras de orina	18.788,00
313ID	Edificios y otras construcciones	362.159,81
313IF	Programa de Fomento de Empleo “Construye”	84.142,00
313IH	Prevención en el medio escolar	8.564,00
313II	Congreso Drogodependencias	9.015,18
313IJ	Investigación en Drogodependencias	15.000,00
<b>Total</b>		<b>4.416.955,97</b>

# RECURSOS HUMANOS DE LA RED PROVINCIAL.

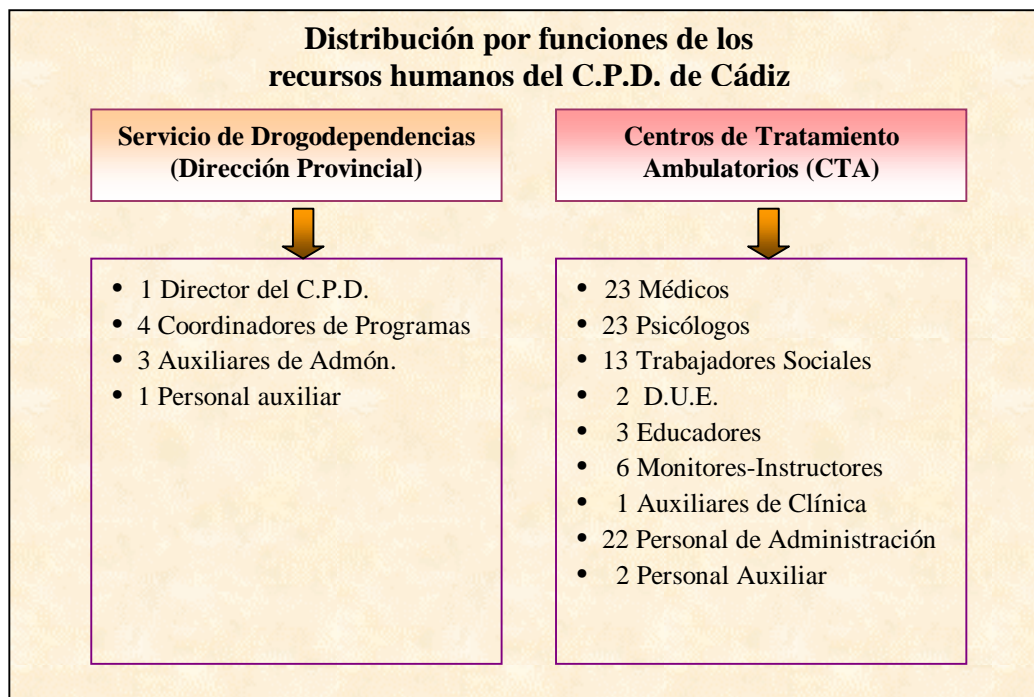
## Recursos Humanos de la Red Provincial.

En la actualidad, la atención a los problemas derivados del consumo de drogas se viene realizando a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorios (C.T.A.). Estos centros, dirigidos y coordinados desde el Servicio de Drogodependencias, se constituyen como el primer nivel asistencial de las adicciones en nuestra provincia.

Los CTA tiene una estructura basada en una dirección para su ámbito de actuación, que gestiona los acuerdos e instrucciones de la dirección provincial ubicada en el Servicio de Drogodependencias, además de dirigir los aspectos administrativos y coordinar la actividad del centro. Por otra parte, un equipo de terapeutas presta la asistencia a los usuarios. Asimismo estos CTA vertebran otras actividades tales como la prevención y la incorporación social.

En el año 2003, la estructura provincial, con independencia del Servicio de Drogodependencias ha contado con 19 CTA, 16 de ellos con dependencia directa del Área de Políticas Sociales de la Excma. Diputación Provincial de Cádiz y 3 dependientes de instituciones municipales que desarrollan el mismo programa (El Pto. Sta. María, Rota y Chipiona). Además de estos equipos hay que añadir 2 Equipos de Apoyo ubicados en los centros penitenciarios de Algeciras-Botafuegos y Puerto I y Puerto II.

Los recursos humanos adscritos al C.P.D. de Cádiz ha ascendido en el 2003 a un total de 104 personas, distribuyéndose según las funciones desarrolladas de la siguiente forma:



### Distribución por funciones de los recursos humanos de los CTA de Cádiz

**Vinculación Laboral :  
Diputación Provincial de Cádiz.**



- 18 Médicos.
- 21 Psicólogos
- 11 Trabajadores Sociales
- 1 Enfermero
- 2 Educadores
- 4 Monitores-Instructores
- 1 Auxiliar de Clínica
- 13 Personal de Administración
- 2 Personal Auxiliar

**Vinculación Laboral:  
Ayuntamientos de la Provincia**



- 5 Médicos
- 2 Psicólogos
- 2 Trabajadores Sociales
- 1 Enfermero
- 1 Educador
- 2 Monitores-Instructores
- 9 Personal de Administración

## DATOS DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL .

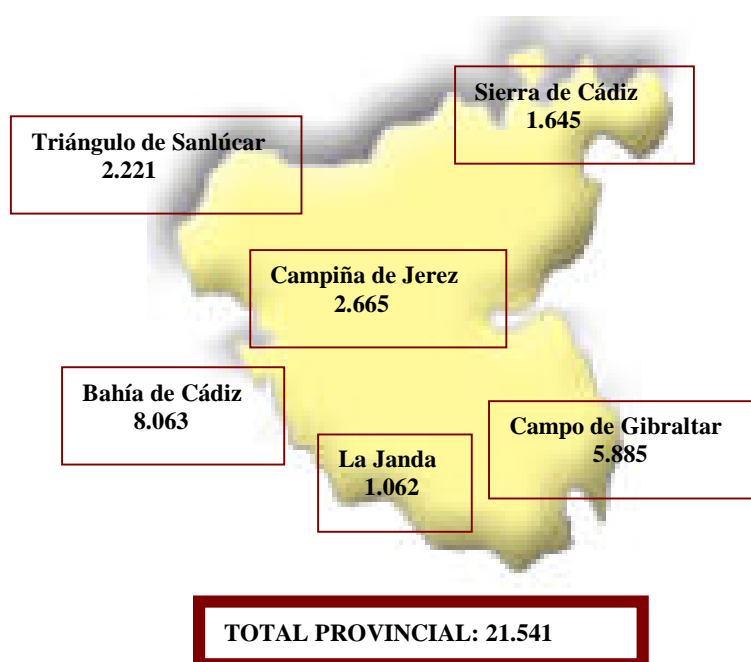
## Datos de la Actividad Asistencial .

### ▪ Datos Acumulados:

1.- Número de inicios de tratamiento acumulados en los centros de drogodependencias de la Red Pública.

TOTAL DE INICIOS	Historias Abiertas (período 87-02)	Admisiones a tratamiento año 2002	Total Acumulado
Centros de Tratamiento Ambulatorio	20.120	1.421	21.541
Equipos de Apoyo a II.PP.	4.270	318	4.588
<b>Total</b>	<b>24.390</b>	<b>1.739</b>	<b>26.129</b>

2.- Total de admisiones a tratamiento realizadas en los CTA de Cádiz en el período 1987 a 2003, según áreas geográficas:



3.- Evolución del número de episodios de tratamiento (admisiones y readmisiones) por cualquier tipo de droga o adicción desde el año 1996 hasta el 2003, según comarcas:

Comarcas	Total de Inicios según año							
	96	97	98	99	00	01	02	03*
C. de Gibraltar	878	783	719	688	792	724	707	540
Bahía-Vejer	1.386	1.179	1.185	1.155	1.240	1.160	1.018	1.332
Jerez-Sanlúcar	664	678	572	587	629	671	595	514
Sierra de Cádiz	240	194	207	186	153	161	159	168
Total CTA	3.168	2.834	2.683	2.616	2.814	2.716	2.479	2.554
II.PP.	825	1.012	1.215	1.228	1.430	1.240	1.144	1.125
<b>TOTAL</b>	<b>3.993</b>	<b>3.846</b>	<b>3.898</b>	<b>3.844</b>	<b>4.244</b>	<b>3.956</b>	<b>3.623</b>	<b>3.679</b>

\* En el año 2003, se producen cambios en el proceso de notificación, incorporándose un nuevo concepto como es el de continuidad de tratamiento, que en años anteriores se englobaban en el concepto de readmisión, por lo que en este año distinguimos entre admisiones, readmisiones y continuaciones de tratamiento.

Se constata que a partir del año 2000, se viene produciendo un fenómeno de normalización en cuanto al acceso tanto a los CTA como a los Equipos de Apoyo a II.PP. por el cual, tras un período de un mayor acceso, se produce una paulatina disminución de entrada de pacientes, para constatarse en los últimos años una estabilidad en la entrada de pacientes.

4.- Evolución anual del número de pacientes en programa de tratamiento, según el dispositivo que lo atiende y comarcas.

Centros y Comarcas	Pacientes en Programa según año							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Algeciras	749	801	742	758	814	775	771	647
La línea	606	615	593	562	564	572	513	583
San Roque	64	83	67	89	82	2	-	-
Campo de Gibraltar	1.419	1.499	1.402	1.409	1.460	1.349	1.284	1.230
Barbate	174	147	139	148	130	121	121	139
Conil	61	81	70	60	61	45	62	76
Alcalá.	77	66	83	85	83	82	80	85
Cádiz	919	905	900	895	894	925	879	873
San Fernando	343	380	403	413	398	383	406	426
Puerto Real	167	176	161	196	214	223	251	197
Chiclana	296	310	272	275	234	267	270	327
Pto. Sta. M <sup>a</sup>	227	390	412	397	429	428	422	430
Total Bahía Vejer	2.264	2.455	2.440	2.469	2.443	2.474	2.491	2.553



Jerez	609	759	772	738	718	734	792	722
Sanlúcar	407	384	325	306	331	334	301	276
Rota	108	116	94	93	102	103	98	101
Chipiona	109	119	108	105	103	121	100	102
Jerez Sanlúcar	1.233	1.378	1.299	1.242	1.254	1.292	1.291	1.201
Villamartín	191	173	176	174	182	170	174	173
Ubrique	72	94	107	87	85	90	83	96
Arcos	77	67	72	72	78	64	60	54
Algodonales	51	50	61	61	67	59	61	71
Sierra de Cádiz	391	384	416	394	412	383	378	394
<b>TOTAL CTA</b>	<b>5.307</b>	<b>5.716</b>	<b>5.557</b>	<b>5.514</b>	<b>5.569</b>	<b>5.498</b>	<b>5.444</b>	<b>5.378</b>
<b>Equipos II.PP.</b>	<b>240</b>	<b>319</b>	<b>404</b>	<b>416</b>	<b>580</b>	<b>667</b>	<b>635</b>	<b>577</b>
<b>T. Provincial</b>	<b>5.547</b>	<b>6.035</b>	<b>5.961</b>	<b>5.930</b>	<b>6.149</b>	<b>6.165</b>	<b>6.079</b>	<b>5.955</b>

En términos generales observamos a nivel provincial, que en los tres últimos años el volumen de pacientes en programas es bastante estable, prácticamente se mantienen constantes las cifras en la mayoría de los centros, con pequeñas oscilaciones tanto por incremento o por disminución de usuarios en tratamiento. Respecto de los pacientes atendidos por los Equipos de Apoyo a II.PP., se observa que tras haberse triplicado la cifra de pacientes desde el año 95 hasta el pasado 2002, sin que el número de recursos humanos haya sufrido modificación alguna, en el 2002 esta cifra empieza a estabilizarse a la baja.

**D**ATOS REFERIDOS A LOS  
PROGRAMAS APLICADOS MÁS SIGNIFICATIVOS

## Datos Referidos a los Programas Aplicados más Significativos.

### ▪ Programa de Derivación a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

1.- Total de ingresos en la U.D.H. de Algeciras según procedencia de los usuarios en el 2003.

Procedencia	Total ingresos en el 2003 en UDH Algeciras	%
Provincia de Cádiz	99	90,0
Resto de provincias	11	10,0
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

2.- Total de derivaciones realizadas de los CTA de Cádiz, a Unidades de Desintoxicación en el 2003.

U.D.H. en la que se ingresa	Derivaciones procedentes de Cádiz en el 2003	%
Punta de Europa. Algeciras	95	96,0
Cruz Roja de Sevilla	4	4,0
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

3.- Evolución anual del número de ingresos procedentes del C.P.D. de Cádiz a este recursos.

Total ingresos en UDH procedentes del C.P.D. de Cádiz, según año									
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
280	250	168	144	132	142	143	104	102	99

4.- Evolución anual de los promedios de días de estancia en la UDH de Algeciras.

Año	Promedio de días estancia en la UDH
1999	10
2000	11,8
2001	15,2
2002	14
2003	15

**Promedio de días según tipo de alta en el 2003:**

Altas terapéuticas: 17  
Altas no terapéuticas: 8

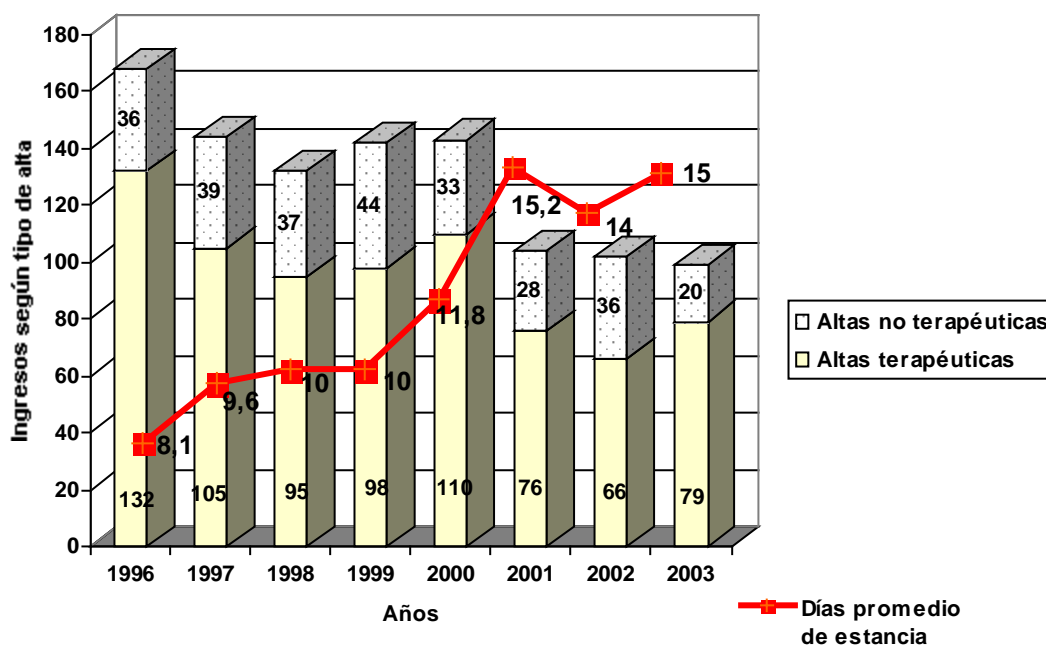
5.- Evolución anual de las tasas de altas terapéuticas de los pacientes ingresados en la U.D.H. de Algeciras.

Año	Tasa de Altas Terapéuticas en la UDH de Algeciras
1996	78,6 %
1997	72,9 %
1998	72,0 %
1999	69,0 %
2000	76,9 %
2001	73,0 %
2002	68,6 %
2003	79,8 %

**Distribución Porcentual de los tipos de altas en el 2003:**

Terapéuticas: 79,8 %  
 Voluntarias: 16,1 %  
 Expulsiones: 4,1 %

**Evolución anual del número de casos que han accedido al recurso, procedentes del C.P.D. de Cádiz, según tipo de alta y tiempo promedio de estancia.**



6.- Distribución de los ingresos en UDH en el 2003 según sexo.

Sexo	% de Pacientes ingresados en el 2002 en la UDH
------	--

Varones	81,8
Hembras	18,2

7.- Evolución anual de la edad media de los pacientes que ingresan en UDH .

Año	Edad Media de los pacientes ingresados en UDH
2000	34,5
2001	35,0
2002	36,0
2003	37,0

8.- Total de ingresos en UDH en el 2003, según comarca de procedencia.

Comarcas	Total de ingresos en UDH en el 2003	
	N	%
C. de Gibraltar	35	35,4
Bahía-Vejer	47	47,5
Jerez-Sanlúcar	15	15,1
Sierra de Cádiz	2	2,0
<b>Total Provincial</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>

El 84,7 % de los ingresos han sido derivados, en orden de importancia por los centros de Cádiz, Algeciras, La Línea, Jerez y el Puerto de Santa María.

▪ **Programa de Derivación a Comunidades Terapéuticas.**

1.- Evolución anual del número de ingresos en CC.TT. según comarcas, procedentes de los distintos CTA de la provincia de Cádiz.

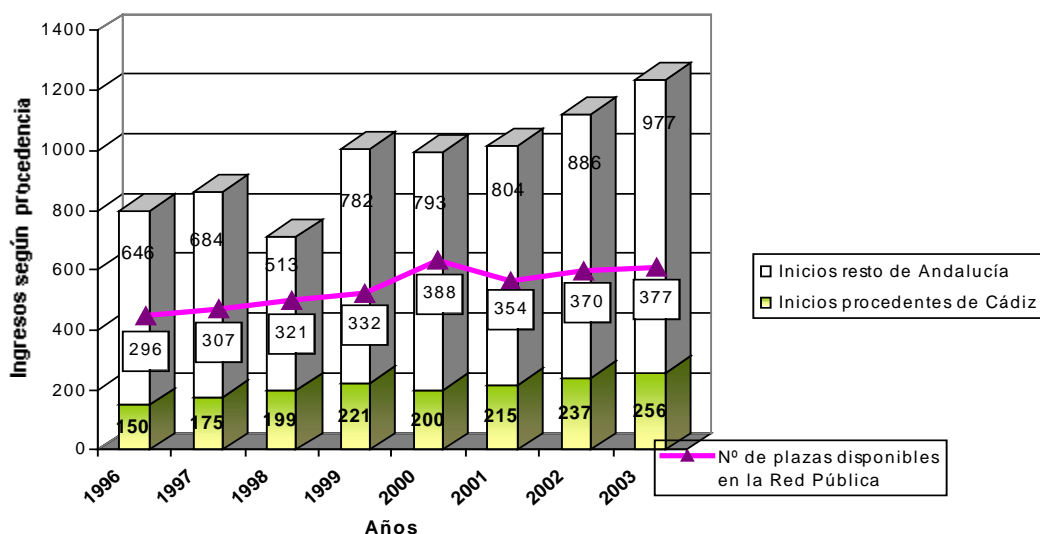
Comarcas	Total de ingresos en CCTT según año.							
	96	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	38	37	39	50	39	33	43	50
Bahía-Vejer	84	94	97	104	113	116	122	139
Jerez-Sanlúcar	18	34	52	51	31	51	55	45
Sierra de Cádiz	6	8	6	8	3	1	6	5
<b>Total CTA</b>	<b>146</b>	<b>173</b>	<b>194</b>	<b>213</b>	<b>186</b>	<b>201</b>	<b>226</b>	<b>239</b>
<b>II.PP.</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>17</b>
<b>Total Provincia</b>	<b>150</b>	<b>175</b>	<b>199</b>	<b>221</b>	<b>200</b>	<b>215</b>	<b>237</b>	<b>256</b>

Destacan como Centros derivadores El Puerto de Santa María con 51 casos derivados, Cádiz con 39 y Algeciras con 33.

2.- Evolución anual del total de ingresos realizados en CCTT procedentes del CPD Cádiz en relación con el resto de Andalucía.

Año	Inicios en CCTT Andalucía	Inicios en CCTT Cádiz	% de Cádiz sobre Andalucía
1996	796	150	18,8
1997	859	175	20,4
1998	712	199	27,9
1999	1.003	221	22,0
2000	993	200	20,1
2001	1.019	215	21,1
2002	1.123	237	21,1
2003	1.233	256	20,7

**Evolución anual del total de casos que acceden a CC.TT., a nivel andaluz, en relación a Cádiz y número de plazas disponibles en la Comunidad autónoma.**



3.- Evolución anual del total de pacientes en programa al final de cada año y número de plazas disponibles. Porcentajes de ocupación de Cádiz.

Año	Pacientes ingresados en CCTT al final de cada año	Nº plazas disponibles	% de ocupación sobre el total de plazas disponibles
1996	58	296	19,6
1997	68	307	22,1
1998	64	321	19,9
1999	77	332	23,2
2000	77	388	19,8
2001	57	354	16,1
2002	69	370	18,6
2003	80	377	21,2

4.- Evolución de las tasas de altas terapéuticas obtenidas en CC.TT.

#### Tasas de altas terapéuticas en la derivación a CCTT

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
25,1	38,3	35,5	34,8	31,3	29,1	34,4	35,8	35,1	44,5

De las 245 salidas del programa de CC.TT., 109 corresponden a Altas Terapéuticas, 89 a Altas Voluntarias, 36 a Expulsiones y 11 a otro tipo de salidas.

5.- Promedio de días de estancia en CC.TT. de los pacientes del C.P.D. de Cádiz ingresados en los cuatro últimos años.

Año	Promedio de días de estancia en CCTT
2000	128
2001	124
2002	119
2003	114

**Promedio de días según tipo de alta en el 2003:**

Terapéuticas: 184 días  
No Terapéuticas: 57 “

6.- Distribución porcentual de los pacientes ingresados en el 2003 del C.P.D. de Cádiz en CC.TT. según sexo.

Sexo	Proporción de los pacientes ingresados en CCTT en el 2002
Varones	88,9%
Hembras	11,1%

7.- Edad Media de los pacientes del C.P.D. de Cádiz ingresados en CC.TT. en los cuatro últimos años.

Año	Edad media de los pacientes ingresados en CCTT
2000	33
2001	33
2002	33,9
2003	35

▪ **Programa de Desintoxicación Domiciliaria.**

1.- Evolución anual del total de casos procedentes del C.P.D. de Cádiz, que inician el programa de desintoxicación domiciliaria según comarcas.

	Total de casos que inician Dtx. domiciliaria según año						
	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	145	127	104	111	74	50	39
Bahía-Vejer	553	479	394	277	316	170	197
Jerez-Sanlúcar	162	108	138	117	174	90	77
Sierra de Cádiz	63	48	44	31	60	45	29

Total CTA	923	762	680	536	624	355	342
II.PP.	0	0	8	4	1	0	0
<b>Total Provincia</b>	<b>923</b>	<b>762</b>	<b>688</b>	<b>540</b>	<b>625</b>	<b>355</b>	<b>342</b>

2.- Evolución anual de la tasa de altas terapéuticas en el programa de desintoxicación domiciliaria. Datos provinciales.

<b>Porcentaje de éxito en el programa de Dtx. domiciliaria según año</b>						
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
57,4	62,6	54,5	49,6	62,2	63,1	63,2

▪ **Programa de Tratamiento con Metadona.**

1.- Cuadro resumen donde se recogen los indicadores de funcionamiento del PTM en los últimos años.

<i>Conceptos</i>	<b>Indicadores de funcionamiento del PTM</b>							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Inicios de Tratamiento	2.420	2.736	2.857	2.881	3.051	2.899	2.249	1.950
Pacientes en Programa	3.076	3.532	3.628	3.679	3.995	4.036	3.599	3.171
Nº Puntos de Dispensación	51	58	59	61	61	64	64	64
Media de usuarios por Punto Dispen.	60,3	60,8	61,4	60,3	65,5	63,1	56,2	49,5

2.- Evolución anual del número de pacientes en P.T.M. según comarcas.

Comarcas	<b>Número de pacientes que se mantienen en P.T.M. al final de cada año</b>							
	96	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	948	976	1.001	946	992	947	837	774
Bahía-Vejer	1.211	1.376	1.350	1.451	1.547	1.539	1.362	1.209
Jerez-Sanlúcar	640	790	765	714	759	774	739	643
Sierra de Cádiz	213	233	248	251	249	258	221	197
Total CTA	3.012	3.375	3.364	3.362	3.547	3.518	3.159	2.823
II.PP.	64	157	264	317	448	518	440	348
<b>Total Provincia</b>	<b>3.076</b>	<b>3.532</b>	<b>3.628</b>	<b>3.679</b>	<b>3.995</b>	<b>4.035</b>	<b>3.599</b>	<b>3.171</b>

3.- Evolución anual de la proporción de pacientes en P.T.M. sobre el total de pacientes en tratamiento en el C.P.D. de Cádiz.

<b>Proporción de pacientes al final de cada año</b>							
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
55,5	55,5	60,9	61,9	64,9	65,5	59,2	53,2



4.- Proporción de pacientes en P.T.M. sobre el total de pacientes en programa al final del 2003, según comarcas.

Comarcas	Proporción de pacientes en el 2003
C. de Gibraltar	62,9
Bahía-Vejer	47,4
Jerez-Sanlúcar	53,5
Sierra de Cádiz	50,0
<b>Total CTA</b>	<b>52,5</b>
II.PP.	60,3
<b>Total Provincial</b>	<b>53,2</b>

▪ **Tratamientos farmacológicos utilizados en la deshabituación.**

1.- Cuadro comparativo sobre el total de inicios de los tratamientos farmacológicos en el año 2003, según comarcas y tipo de tratamiento administrado.

Comarcas	Total de inicios de los tratamientos farmacológicos administrados en el 2003		
	<i>Antagonistas Opiáceos.</i>	<i>Anticraving Alcohol.</i>	<i>Interdictores Alcohol.</i>
C. de Gibraltar	5	13	23
Bahía-Vejer	7	5	76
Jerez-Sanlúcar	41	26	29
Sierra de Cádiz	5	27	29
<b>Total CTA</b>	<b>58</b>	<b>71</b>	<b>157</b>
II.PP.	1	1	1
<b>Total Provincia</b>	<b>59</b>	<b>72</b>	<b>158</b>

▪ **Programa de la Red de Artesanos.**

1.- Evolución Anual del número de inicios en el programa Red de Artesanos según comarcas.

	Total de casos que acceden a la Red de Artesanos						
	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	39	22	21	10	6	9	19
Bahía-Vejer	53	76	48	80	78	62	63
Jerez-Sanlúcar	31	35	14	20	26	30	22
Sierra de Cádiz	27	21	10	16	13	13	18
<b>Total CTA</b>	<b>150</b>	<b>154</b>	<b>93</b>	<b>126</b>	<b>123</b>	<b>114</b>	<b>111</b>
II.PP.	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total Provincia</b>	<b>150</b>	<b>154</b>	<b>93</b>	<b>126</b>	<b>123</b>	<b>114</b>	<b>111</b>

En el 2003, accedieron en Andalucía un total de 303 usuarios, de los cuales 111 correspondían a nuestra provincia.

2.- Evolución anual del número de pacientes en el programa Red de Artesanos al final del año según comarcas.

	<b>Total de pacientes en el programa RA al final de cada año.</b>						
	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	19	16	21	12	6	10	8
Bahía-Vejer	48	61	44	62	64	56	46
Jerez-Sanlúcar	25	30	12	16	20	23	20
Sierra de Cádiz	25	18	7	13	10	11	16
<b>Total CTA</b>	<b>117</b>	<b>125</b>	<b>84</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>90</b>
II.PP.	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total Provincia</b>	<b>117</b>	<b>125</b>	<b>84</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>90</b>

3.- Evolución anual de las plazas disponibles en la Red de Artesanos y porcentaje de ocupación por pacientes derivados por el C.P.D. de Cádiz.

<i>Conceptos</i>	<b>Plazas disponibles en la RA y porcentajes de ocupación al final de cada año</b>									
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
Plazas disponibles	330	330	330	330	370	370	370	265	265	
% de ocupación desde Cádiz	20,3	20,3	27,9	35,5	33,8	22,7	27,8	37,7	37,7	
% ocupación resto provincias*	79,7	79,7	72,1	64,5	66,2	77,3	72,2	62,3	62,3	

\* Este porcentaje corresponde a la proporción de pacientes de otras provincias que a final del año estaban en el programa, incluyéndose las plazas no ocupadas. En el 2003 el porcentaje de plazas no ocupadas al final de año era de un %. (Plazas totales ocupadas ),

▪ **Programa de Derivación a Viviendas de Apoyo a la Reinserción.**

1.- Evolución anual del número de usuarios que inician tratamiento en el programa de Viviendas de Apoyo a la Reinserción, procedentes del CPD de Cádiz, según comarcas.

Comarcas	<b>Total de usuarios que acceden a las VAR</b>									
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	0	1	1	5	7	5	1	0	0	
Bahía-Vejer	2	10	8	4	10	12	11	6	6	
Jerez-Sanlúcar	0	0	0	2	7	4	3	6	4	
Sierra de Cádiz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Total CTA</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	
II.PP.	0	0	0	0	0	0	2	2	0	
<b>Total Provincial</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	

En el 2003, accedieron en Andalucía un total de xx usuarios. El % ( usuarios) procedían de nuestra provincia.

2.- Evolución anual del número de pacientes activos al final de cada año en el programa, según comarcas.

Comarcas	Total de pacientes en el programa VAR al final de cada período anual									
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
C. de Gibraltar	2	0	2	2	5	5	0	0	1	
Bahía-Vejer	5	7	5	1	3	9	11	8	8	
Jerez-Sanlúcar	0	0	0	1	6	2	3	2	2	
Sierra de Cádiz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Total CTA</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	
II.PP.	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
<b>Total Provincial</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	

3.- Evolución anual de las plazas disponibles en el programa VAR y porcentaje de ocupación por pacientes derivados por el C.P.D. de Cádiz.

	Plazas disponibles en las VAR y porcentajes de ocupación al final de cada año									
	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03
Plazas disponibles	38	38	38	52	52	52	53	57	55	
% de ocupación desde Cádiz	18,4	18,4	18,4	7,7	26,9	30,7	28,3	17,5	25,5	
% ocupación resto provincias*	81,6	81,6	81,6	92,3	73,1	69,3	71,7	82,5	74,5	

\* Este porcentaje corresponde a la proporción de pacientes de otras provincias que a final de año estaban en el programa, incluyendo las plazas no ocupadas. En el 2003 el total de plazas disponibles estaban ocupadas, siendo xx14 los pacientes procedentes de la provincia.

▪ **Programa de Empleo “Proyecto Construye”:**

1.- Cuadro resumen de la actividad realizada respecto del programa “Proyecto Construye” según comarcas en los años 2001 y 2002.

Comarcas	Actividad realizada					
	Año 2002			Año 2003		
	Inicios	Salidas	Pac. Progr. final año	Inicios	Salidas	Pac. Progr. final año
C. de Gibraltar	2	2	3	4	2	5
Bahía-Vejer	3	1	2	3	3	2
Jerez-Sanlúcar	0	1	0	3	0	3
Sierra de Cádiz	5	1	7	1	5	3
<b>Total CTA</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>13</b>
II.PP.	0	0	0	0	0	0
<b>Total Provincia</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>13</b>

- **Programa de Empleo “Arquímedes”.**

Total de contratos de contratos realizados en los tres últimos años al amparo del Programa Arquímedes. Datos comparativos ente la provincia de Cádiz y el resto de Andalucía.

	<b>Total de Contratos Realizados</b>		
	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>
Cádiz	5	8	15
Resto de Andalucía	153	154	346
% de Cádiz sobre Andalucía	3,2%	4,9%	4,3%

- **Datos relativos a las determinaciones de drogas en orina.**

1.- Cuadro resumen

<b>Total determinaciones disponibles para el año 2003:</b>	80.400
<b>Total determinaciones realizadas en el año:</b>	55.294
<b>Total de controles realizados en el año:</b>	24.217
<b>Porcentaje de realización de las determinaciones:</b>	68,77 %
<b>Media anual de determinaciones realizadas por control:</b>	2,28

2.- Datos de determinaciones, controles, y media de determinaciones según comarca.

	<b>Total realizado en 2003.</b>		
	<i>Determinaciones realizadas</i>	<i>Controles realizados</i>	<i>Media de determinaciones por control</i>
C. de Gibraltar	13.758	4.916	2,79
Bahía-Vejer	29.045	12.436	2,33
Jerez-Sanlúcar	10.578	4.406	2,40
Sierra de Cádiz	4.764	2.459	1,93
<b>Total CTA</b>	<b>55.294</b>	<b>24.217</b>	<b>2,28</b>
II.PP.	0	0	-
<b>Total Provincia</b>	<b>55.294</b>	<b>24.217</b>	<b>2,28</b>

- **Otros Programas que se llevan a cabo.**

	<b>Total de pacientes que inician programa en 2003.</b>			
	<i>Remisión de Sanciones</i>	<i>Tratamiento del Juego</i>	<i>Terapias Individuales</i>	<i>Terapias Familiares</i>
C. de Gibraltar	21	0	37	44
Bahía-Vejer	77	43	38	56
Jerez-Sanlúcar	2	1	94	74
Sierra de Cádiz	5	1	47	4
<b>Total CTA</b>	<b>105</b>	<b>45</b>	<b>216</b>	<b>178</b>
II.PP.	1	1	0	1
<b>Total Provincia</b>	<b>106</b>	<b>46</b>	<b>216</b>	<b>179</b>

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES NUEVOS

## **Perfil Sociodemográfico de los Pacientes Nuevos.**

En este apartado sólo vamos a contemplar y a analizar los datos de aquellos pacientes que se atienden en los Centros de Tratamiento Ambulatorio en el 2003 (Admisiones y Readmisiones a Tratamiento), donde se les abre historia clínica con el fin de iniciar un proceso de tratamiento.

### **INFORME 2003 SOBRE ADMISIONES Y READMISIONES A TRATAMIENTO EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ**

#### **A. Introducción.**

##### **1. Definición del Indicador.**

Se trata de un indicador de prevalencia de la morbilidad asistida, consistente en el número de admisiones y readmisiones a tratamiento en los centros ambulatorios, reconocidos en nuestra provincia, por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas y de dependencias sin sustancia (juego patológico).

Este indicador nos ofrece información sobre las pautas de consumo de la población que es admitida a tratamiento en la red asistencial de Cádiz, permitiéndonos definir perfiles de los usuarios que resultan de mucha utilidad para elaborar estrategias de intervención. Así mismo, es una información muy valiosa para detectar cambios en las pautas de consumo que indiquen futuras tendencias. Este indicador tiene, por tanto, una gran utilidad para ajustar el servicio a las nuevas necesidades de los usuarios.

##### **2. Instrumento.**

La recogida de información se realiza por los profesionales de los centros mediante una Ficha Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT) que recoge información sobre aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con el tratamiento e información sobre la adicción que motiva el tratamiento, siguiendo las indicaciones del Centro de Monitorización Europeo sobre las Drogas y Adicciones.

##### **3. Procedimiento.**

La recogida de los datos se realiza en el momento que el usuario decide acudir a los servicios asistenciales para iniciar un proceso terapéutico.

##### **4. Población.**

La población del presente informe está constituida por aquellas personas que fueron admitidas o readmitidas a tratamiento en un centro ambulatorio público o concertado de nuestra provincia, por consumo de alguna sustancia psicoactiva o una dependencia sin sustancia a lo largo del año 2003.

Se considerará que se produce una *readmisión* cuando se admite a tratamiento a una persona que ya había realizado anteriormente uno o más episodios de tratamientos en el mismo centro o en otros y que dichos episodios los hubiera finalizado por alta terapéutica o abandono.

## **B. Resultados.**

En el año 2003, se han iniciado en la provincia de Cádiz un total de 2.756 nuevos episodios de tratamiento (admisiones más readmisiones). Dentro de éstos, se han incluido tanto los tratamientos de sustancias psicoactivas legales como ilegales, así como el juego patológico, que se han producido en los recursos públicos y concertados en nuestra provincia.

Respecto de años anteriores cabe comentar determinadas circunstancias que explican la disminución de admisiones y readmisiones producidas en nuestra provincia. Así pues destacamos:

- En el sistema de notificación de casos se han producido modificaciones importantes en relación con el tipo de episodios para el que es obligatorio la cumplimentación de datos en la FIBAT. Por ejemplo, desde 2003 se contempla un nuevo concepto denominado “Continuidad de Tratamiento” que, actualmente, no implica la cumplimentación de datos y que, anteriormente, se consideraba una readmisión a tratamiento.
- Especial importancia ha tenido la reducción de casos a notificar por los Equipos de Apoyo a II.PP. ya que, la mayoría de los usuarios, son considerados continuaciones de tratamiento procedentes de los centros ambulatorios.
- La progresiva normalización en cuanto al acceso a tratamiento de las adicciones, es un fenómeno que venimos observando año tras año, no sólo en nuestra provincia, sino en la mayoría de los recursos de atención consolidados.

Es característica, la masiva afluencia de nuevos usuarios a los centros de nueva creación hasta que, paulatinamente, se va estabilizando el acceso sin que, por ello, se produzca una disminución de la actividad en los centros ya que, por otra parte y al prolongarse la duración de los episodios, siguen manteniendo o aumentando el número de pacientes en programa.

Desde 2002, el indicador de tratamiento en Andalucía viene recogiendo las admisiones por consumo de tabaco y en el año 2003, se incluye por primera vez, las admisiones por juego patológico.

Estas adicciones se vienen incorporando progresivamente a nuestro sistema público



de atención, aunque comentaremos que las primeras vienen siendo asumidas mayoritariamente desde los centros de primaria y hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud y en cuanto al juego patológico, hasta el año pasado, era atendido, casi exclusivamente, por el movimiento asociativo.

### Admisiones y readmisiones a tratamiento. Datos comparativos entre Andalucía y Cádiz.

	Tipo de sustancia	Año 2003	Año 2002
Andalucía	Drogas Psicoactivas Ilegales	9.549	10.583
	Alcohol	5.248	4.852
	Tabaco	1.609	573
	Juego Patológico	174	-
	<b>Total</b>	<b>16.580</b>	<b>16.008</b>
Cádiz	Drogas Psicoactivas Ilegales	2.095	3.089
	Alcohol	564	475
	Tabaco	49	46
	Juego Patológico	48	13
	<b>Total*</b>	<b>2.756</b>	<b>3.623</b>

\* En la provincia de Cádiz no quedan contabilizados en 2002, los casos abiertos en los centros acreditados, lo que implicaría un total de 3.708 casos en el año.

El total de admisiones y readmisiones en la provincia de Cádiz, 2.756 casos, se pueden distribuir o agrupar según diversos criterios:

Criterios	Variable	N	%
Según tipo de recurso:	Públicos:	2.430	88,2
	Concertados:	326	11,8
Según ubicación:	Centros Ambulatorios:	2.468	89,6
	Equipos de Apoyo a II.PP.:	288	10,4
Según adicción:	Drogas Psicoactivas:	2.659	96,5
	Juego Patológico:	48	1,7
	Tabaco:	49	1,8
Según ámbito territorial:	Comarca Bahía-Vejer:	1.158	42,0
	Comarca Campo de Gibraltar:	438	15,9
	Comarca de Jerez-Sanlúcar:	715	25,9
	Comarca Sierra de Cádiz:	157	5,7
	En II.PP.:	288	10,4

Anteriormente hemos manifestado que a lo largo del año 2003 se han producido importantes cambios en los sistemas de notificación de casos, no sólo en cuanto a los nuevos procedimientos automatizados, sino a la propia definición conceptual. Aunque la mayoría de los problemas ocasionados por los cambios se han ido corrigiendo a lo largo del año, entendemos que en algún centro notificador de nuestra provincia pudiera ocurrir una sobrenotificación o infranotificación de casos.

#### **Total de Admisiones y Readmisiones, según centro notificador:**

Centros y Comarcas	N	%
CTA de Algeciras	292	10,60
CTA de La Línea	146	5,3
<b>Total Comarca Campo de Gibraltar</b>	<b>438</b>	<b>15,9</b>
CTA de Barbate	60	2,2
CTA de Conil	46	1,7
CTA de Alcalá.	24	0,9
CTA de Cádiz	276	10,0
CTA de San Fernando	187	6,8
CTA de Puerto Real	63	2,3
CTA de Chiclana	165	6,0
CTA Municipal de El Pto. Sta. María	311	11,3
Cruz Roja de Cádiz (Centro concertado)	26	0,9
<b>Total Bahía Vejer</b>	<b>1.158</b>	<b>42,0</b>
CTA de Jerez	229	8,3
CTA de Sanlúcar	99	3,6
CTA Municipal de Rota	20	0,7
CTA de Chipiona	42	1,5
Proyecto Hombre de Jerez (C.	325	11,8
<b>Total Jerez Sanlúcar</b>	<b>715</b>	<b>25,9</b>
CTA de Villamartín	63	2,3
CTA de Ubrique	41	1,5
CTA de Arcos	30	1,1
CTA de Algodonales	23	0,8
<b>Total Sierra de Cádiz</b>	<b>157</b>	<b>5,7</b>
<b>TOTAL Centros Ambulatorios</b>	<b>2.468</b>	<b>89,6</b>
Equipo de Apoyo a II.PP. de Puerto I	43	1,6
Equipo de Apoyo a II.PP. de Puerto II	127	4,6
Equipo de Apoyo a II.PP. de Algeciras	118	4,3
<b>TOTAL Equipos de Apoyo a II.PP.</b>	<b>288</b>	<b>10,4</b>
<b>TOTAL Provincial</b>	<b>2.756</b>	<b>100,6</b>

## **Evolución del número de admisiones y readmisiones por cualquier tipo de adicción desde el año 1998 hasta el 2003, según comarcas:**

Se constata que a partir del año 2000, se viene produciendo un fenómeno de normalización en cuanto al acceso tanto a los CTA como a los Equipos de Apoyo a II.PP. por el cual, tras un período de un mayor acceso, se produce una paulatina disminución de entrada de pacientes y un aumento en la duración de los períodos asistenciales (aumenta el tiempo de permanencia en programa de los usuarios).

De la tabla de evolución de casos se desprende que el mayor descenso se produce en los Equipos de Apoyo a II.PP., fundamentalmente debido a los cambios que se producen en los sistemas de notificación, más que a una verdadera disminución del acceso (Las readmisiones se consideran actualmente “Continuidad de Tratamiento”). También constatamos una disminución importante en la Comarca del Campo de Gibraltar, mientras que en el resto de las comarcas las tendencias van desde la estabilidad al alza. La comarca de Jerez-Sanlúcar, debido a la incorporación de un Centro Acreditado en Jerez al sistema de notificación refleja un aumento importante de casos.

Comarcas	<i>Total de Inicios según año</i>					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C. de Gibraltar	719	688	792	724	707	438
Bahía-Vejer	1.185	1.155	1.240	1.160	1.018	1.158
Jerez-Sanlúcar	572	587	629	671	595	715
Sierra de Cádiz	207	186	153	161	159	157
<b>Total CTA</b>	<b>2.683</b>	<b>2.616</b>	<b>2.814</b>	<b>2.716</b>	<b>2.479</b>	<b>2.468</b>
<b>II.PP.</b>	<b>1.215</b>	<b>1.228</b>	<b>1.430</b>	<b>1.240</b>	<b>1.144</b>	<b>288</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.898</b>	<b>3.844</b>	<b>4.244</b>	<b>3.956</b>	<b>3.623</b>	<b>2.756</b>

### **Pacientes que inician tratamiento menores de edad.**

Del total de pacientes admitidos a tratamiento en el 2003, son menores de edad (menores de 18 años) un total de 73 casos, lo que supone el 2,6 % del total. De ellos, 53 son varones y 20, mujeres.

Entre estos menores que inician tratamiento, 42, lo han iniciado por consumo de derivados de la cannabis, 19 por consumo de cocaína, 6 por benzodiazepinas, 3 por opiáceos, 2 por juego patológico y 1 por alcohol. Según estos datos, son los derivados de la cannabis las drogas que más consumidas por los menores en nuestra provincia.

Respecto al centro donde son atendidos, se encuentran bastante repartidos los inicios entre todos ellos, aunque destacan, por el número de casos, El Puerto de Santa María con 18 menores y San Fernando con 12.

La mayoría de estos menores se ubican, respecto de los estudios realizados, entre

el tramo de la enseñanza primaria completa y la primera etapa de la secundaria completa.

En cuanto al modo de convivencia, la mayoría viven con sus padres, aunque 12 de ellos lo hacen en centros de menores o similares.

Pacientes admitidos y readmitidos a tratamiento por sustancia psicoactivas legales (alcohol) e ilegales.

Este tipo de análisis pretende identificar, con la mayor precisión posible, los distintos perfiles de pacientes atendidos en la provincia de Cádiz, con el fin de adecuar la oferta de servicios a las particularidades o patrones de consumo diferenciados que se detectan entre los usuarios. Si se diferencia entre las admisiones y readmisiones producidas por drogas legales (alcohol) y las debidas a drogas ilegales (opiáceos, cocaína, cannabis, psicofármacos, etc...), encontramos los siguientes datos:

Patrón de consumo	N	%
Legales (alcohol)	564	21,2
Ilegales	2.095	78,8
<b>Total</b>	<b>2.659</b>	<b>100,0</b>

Drogas Ilegales	N	%
Opiáceos:	997	47,6
Heroína	480	22,9
Mezclas (heroína + cocaína)	397	18,9
Metadona	51	2,4
Otros opiáceos	69	3,3
Cocaína:	653	31,2
Anfetaminas y otros estimulantes:	7	0,3
Hipnóticos y Benzodiacepinas:	38	1,8
Alucinógenos:	5	0,2
Derivados del cannabis	395	18,8
<b>Total</b>	<b>2.095</b>	<b>100,0</b>

En 2003, se han producido un total de 997 inicios motivados por el consumo de opiáceos, 37,5 % del total de admisiones y readmisiones por drogas psicoactivas y un 47,6% de las drogas ilegales. Globalmente, las sustancias que generan mayor demanda son el grupo de los opiáceos, cocaína, alcohol y los derivados de la cannabis.

## DROGAS PSICOACTIVAS

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

#### Edad Media de las pacientes según droga principal.

Droga Principal	Datos válidos	Edad Media	Edad Mínima	Edad Máxima	D.T.
Opiáceos	968	33,9	16	57	7,1
Cocaína	639	29,2	13	58	8,3
Alcohol	545	42,3	17	77	9,6
Cannabis	392	23,3	14	53	6,6
<b>Total</b>	<b>2.594</b>	<b>32,7</b>	<b>13</b>	<b>77</b>	<b>10,0</b>

Existen importantes diferencias en cuanto a la Edad Media según sea el tipo de Droga Principal que consumen. El grupo de pacientes de mayor edad lo constituyen los consumidores de alcohol, con una media de 42,3 años. Los más jóvenes son aquellos cuya droga principal es la cannabis, con una edad media de 23,3 años.

#### Género de los pacientes.

Droga Principal	Datos válidos	Hombres	Mujeres
Opiáceos	997	86,0 %	14,0 %
Cocaína	653	89,4 %	10,6 %
Alcohol	564	86,0 %	14,0 %
Cannabis	395	92,2 %	7,8 %
<b>Total*</b>	<b>2.659</b>	<b>87,7 %</b>	<b>12,3 %</b>

\*Corresponde a la suma de todos los datos válidos incluyendo los pacientes que demandan tratamiento por una droga principal, distinta a los grupos citados.

Apreciamos que, independientemente de la droga que motiva el tratamiento, los pacientes son mayoritariamente hombres, con escasas diferencias entre unas drogas y otras. Estas diferencias son más significativas en el caso de los consumidores de cannabis, donde un 92,2% son hombres.

#### Situación Laboral

La situación laboral de las pacientes arrojan cifras claramente diferentes en función del tipo de drogas, prevaleciendo en el grupo de los consumidores de alcohol, los que están trabajando en el momento de iniciar tratamiento.

Por otro lado, destacamos que entre los usuarios que indican como droga principal los opiáceos, que más de la mitad de ellos (57,4%) se encuentran en paro, siendo este grupo el que presenta un porcentaje mayor de parados.

Droga Principal	Datos Válidos	Trabajando	Paro	Inactivos/otras
Opiáceos	993	18,2 %	57,4 %	23,2 %
Cocaína	652	35,1 %	44,0 %	20,5 %
Alcohol	560	43,6 %	36,3 %	19,8 %
Cannabis	393	32,1%	39,7 %	26,8 %
<b>Total</b>	<b>2.684</b>	<b>29,8 %</b>	<b>46,8 %</b>	<b>22,4</b>

En el concepto Inactivos/Otros se reflejan las opciones de pensionistas, estudiando, sus labores exclusivamente y otras opciones, no contabilizándose los desconocidos. Dentro de este apartado encontramos que los que hincaron tratamiento por alcohol, son los que más incapacitados o pensionistas reflejan (13,0 %), mientras que en el grupo de consumidores de cannabis, son los estudiantes los que presentan el mayor porcentaje (19,6 %).

#### Nivel de Estudios.

Droga Principal	Datos Válidos	E. Universitarios	E. Secund. 2ª etapa	Grad. Escolar/ ESO	E. Primaria o menos
Opiáceos	993	1,2 %	4,7 %	26,0 %	67,3 %
Cocaína	652	2,5 %	6,6 %	45,9 %	44,7 %
Alcohol	560	4,5 %	7,6 %	28,5 %	58,8 %
Cannabis	393	2,0 %	11,4 %	46,9 %	37,8 %
<b>Total</b>	<b>2.604</b>	<b>2,4 %</b>	<b>6,8 %</b>	<b>34,7 %</b>	<b>55,3 %</b>

Para todos los grupos los porcentajes de pacientes con estudios universitarios y 2ª etapa de la enseñanza secundaria son bajos, destacándose las puntuaciones más altas entre los que señalaron el cannabis para la enseñanza secundaria.

En términos generales, son los pacientes que demandan tratamiento por opiáceos y alcohol los que representan un menor nivel de educación conseguida, mientras que los de cannabis y cocaína, son los que destacan por tener una mejor nivel de estudios.

#### Convivencia.

Droga Principal	Datos Válidos	Solo	Familia Propia	Familia Origen	Amigos	Otros
Opiáceos	990	10,6 %	20,1 %	31,7 %	2,1 %	34,3 %
Cocaína	647	6,2 %	29,2 %	42,7 %	9,9 %	21,0 %

Alcohol	561	17,5 %	48,6 %	25,7 %	1,6 %	6,4 %
Cannabis	393	4,8 %	12,2 %	77,6 %	0,8 %	3,1 %
<b>Total</b>	<b>2.641</b>	<b>9,9 %</b>	<b>27,1 %</b>	<b>40,3 %</b>	<b>1,6 %</b>	<b>20,5 %</b>

Cuando analizamos con quién conviven los pacientes, encontramos igualmente diferencias claras entre los pacientes según droga principal. Resulta interesante destacar en el caso de los admitidos por opiáceos, que la opción de “otras formas de convivencia” es la más porcentaje alcanza, quedando por encima de otras opciones más establecidas socialmente como son la familia propia y familia de origen, mientras que, los que demandan tratamiento por cannabis conviven mayoritariamente con la familia de origen.

En el caso de los pacientes que demandan tratamiento por alcohol, constatamos que el mayor porcentaje de los pacientes se encuentran en el tramo de “familia propia”, mientras que los pacientes por consumo de cocaína se encuentran más distribuidos entre las diversas opciones de convivencia, ocupando el mayor porcentaje la “familia de origen”.

### **Incidencias Legales.**

Droga Principal	Datos Válidos	I. Legales Previas		I. Legales Posteriores	
		Sin Incidencias	Con incidencias	Sin Incidencias	Con Incidencias
Opiáceos	984	86,7 %	11,8 %	23,1 %	74,4 %
Cocaína	647	90,9 %	8,9 %	37,2 %	62,0 %
Alcohol	557	97,3 %	2,5 %	69,7 %	29,8 %
Cannabis	394	87,8 %	10,7 %	19,4 %	79,0 %
<b>Total</b>	<b>2.634</b>	<b>90,0 %</b>	<b>9,2 %</b>	<b>35,9 %</b>	<b>62,7 %</b>

A pesar de la diferencia en cuanto al porcentaje de pacientes sin incidencias antes y después del consumo, estos datos no nos permiten establecer una relación de causa-efecto entre el inicio del consumo y cometer delitos, ya que existen diversas variables que influyen en dichos actos y no son controlados en este estudio.

El tipo de delito cometido posteriormente al consumo en la mayoría de los casos está distribuido de forma amplia (arrestos, detenciones, procesos, sanciones administrativas, etc...) a excepción de los pacientes que solicitan tratamiento por cannabis, donde la mayoría (58,0%) de éstos son por sanciones administrativas.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO.

### Fuentes de Referencia Principal:

	Droga Principal				Total
	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	
Datos Válidos	990	652	559	395	<b>2.646</b>
Movimiento Asociativo	3,6 %	2,8 %	12,5 %	2,5 %	<b>5,2 %</b>
Iniciativa Privada	37,2 %	37,1 %	28,6 %	15,4 %	<b>31,9 %</b>
Familiares / Amigos	10,5 %	27,1 %	18,1 %	21,5 %	<b>18,0 %</b>
S. Legales / Policiales	6,5 %	8,6 %	1,1	49,9 %	<b>12,4 %</b>
Prisión / Centro Reforma	1,3 %	10,0 %	3,0 %	1,3 %	<b>11,9 %</b>
S. Sociales	3,3 %	4,1 %	3,8 %	2,8 %	<b>3,7 %</b>
S. Sanitarios	3,7 %	7,4 %	28,6 %	4,3 %	<b>10,1 %</b>
Otros Serv. Drogodep.	12,3 %	1,7 %	2,7 %	0,3 %	<b>5,6 %</b>

La fuente de referencia (persona, colectivo, institución, etc...) que lleva a los pacientes a demandar tratamiento también varía según el grupo de pacientes de que se trate, siendo la iniciativa privada y los familiares y amigos las fuentes de referencia con porcentajes más importantes para todos los usuarios.

En cuanto a los pacientes cuya droga principal es el cannabis, observamos que la fuente de referencia principal (50 %) es el apartado de Servicios Legales / Policiales.

Los pacientes por cuya droga principal es el alcohol tienen como fuentes de referencia más importantes los servicios sanitarios (28,6%) y la iniciativa privada (28,6 %). Entre todos los grupos de pacientes, es en este grupo donde más incide el movimiento asociativo (12,5 %) como fuente de referencia.

Los Servicios Sanitarios como fuente de referencia ocupan un porcentaje escaso en la mayoría de los grupos de usuarios según droga, a excepción del grupo de alcohol que ocupa una de las principales fuentes de referencia con un 28,6 %.

### Tipo de Demanda:

	Droga Principal				Total
	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	
Datos Válidos	956	628	544	385	<b>2.562</b>
Ayuda no específica	7,0 %	19,6 %	20,6 %	56,6 %	<b>20,8 %</b>



Programa de Reinserción	2,3 %	1,0 %	0,4 %	0,5 %	<b>1,3 %</b>
Derivación a recursos (UDH, CT, VAR, etc..)	19,6 %	30,7 %	11,6 %	2,3 %	<b>18,2 %</b>
Deshabitación	10,3 %	36,8 %	43,4 %	38,7 %	<b>28,4 %</b>
Desintox. Ambulatoria	6,2 %	10,0 %	20,4 %	0,8 %	<b>9,4 %</b>
Programa de Metadona	53,3 %	1,1 %	-	-	<b>20,2 %</b>
Otra medicación	1,0 %	0,5 %	3,7 %	-	<b>1,4 %</b>

Se encuentran diferencias en el tipo de demanda que realizan en los cuatro grupos. La deshabitación tiene un peso considerable a nivel global entre todas las adicciones, siendo entre aquellos que solicitan tratamiento por opiáceos donde menos importancia obtiene, pasando en este grupo a ser el Programa de Metadona la demanda más realizada (53,3 %).

Entre el grupo cuya droga principal es el cannabis, la ayuda inespecífica es la que representa el mayor porcentaje (56,6 %). Por otro lado, destacamos que donde más demandas de desintoxicación ambulatoria se producen es el caso de los pacientes por alcohol (20,4 %).

#### Tipo de Asistencia Prescrita:

	Droga Principal				Total
	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	
Datos Válidos	948	617	538	385	<b>2.536</b>
Programa de Reinserción	3,2 %	1,5 %	0,4 %	-	<b>1,7 %</b>
Derivación a recursos (UDH, CT y R. Ocupacional.)	6,1 %	10,5 %	9,4 %	-	<b>7,3 %</b>
Deshabitación	29,6 %	78,9 %	64,3 %	94,8 %	<b>59,7 %</b>
Desintoxicación Ambulatoria	5,9 %	8,3 %	25,5 %	4,2 %	<b>10,4 %</b>
Programa de Metadona	55,1 %	-	-	-	<b>20,9 %</b>

Entre los diversos grupos de pacientes observamos que la asistencia prescrita sigue los siguientes patrones: En el caso de los pacientes cuya droga principal son los opiáceos es el Programa de Metadona la opción más frecuente (55,1 %), seguido de la aplicación de las distintas técnicas de deshabitación (29,6%).

Entre los usuarios por cocaína sobresale la aplicación de técnicas de deshabitación (78,9 %) muy por encima de las demás.

En el caso de los pacientes cuya droga principal es el alcohol, son igualmente la aplicación de técnicas de deshabitación la opción más frecuente (64,3 %) al igual que en el caso de los pacientes por cannabis (94,8%).

En general, la opción de la deshabitación es la más frecuente en todos los grupos de drogas a excepción del grupo de consumidores de opiáceos.

La comparación entre la demanda realizada y la asistencia prescrita por los técnicos de los centros, nos refiere los siguientes puntos:

- Mantenimiento en la proporción de demandas y asistencia prescrita en el caso de los pacientes por opiáceos.
- Mantenimiento de la proporción de demandas y asistencia prescrita en el caso de las desintoxicaciones ambulatorias de los usuarios por alcohol.
- Disminución de las indicaciones de derivaciones a recursos en relación a las demandas solicitadas.
- Se produce un incremento importante en cuanto a la indicación de deshabitación en todos los grupos de drogas.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO.

### Edad Media de Inicio del Consumo por edad y género:

		Edad de Inicio en el Consumo			
		Moda	Media	D.T.	
Hasta 30 años	Hombre		18	17,1	3,3
	Mujer		15	16,7	3,7
Mayor de 30 años	Hombre		20	21,6	7,6
	Mujer		20	24,8	8,7

Observamos que la edad media de inicio del consumo de la droga principal es inferior en los pacientes más jóvenes tanto en hombres como en mujeres, lo que nos refiere que el consumo de los menores de 30 años se produce antes que los mayores de 30 años.

En cuanto al género de los pacientes, las mujeres menores de 30 años se han iniciado en el consumo antes que los hombres de su misma escala de edad, mientras que las mujeres mayores de 30 años lo han hecho con posterioridad a los hombres.

### Edad Media de Inicio del Consumo por tipo de droga:

Droga Principal	Datos Válidos	Edad Media	Edad Mínima	Edad Máxima	Moda	D.T.
Opiáceos	907	21,1	7	49	20	6,9
Cocaína	610	21,2	8	54	18	6,9
Alcohol	510	19,1	7	65	15	7,9

Cannabis	374	16,4	8	54	18	2,9
<b>Total</b>	<b>2.450</b>	<b>19,9</b>	<b>7</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>6,8</b>

En el grupo de pacientes cuya droga principal son los opiáceos, la edad media en la que se iniciaron en el consumo es de 21,1 años, con una moda de 20 y una desviación típica de 6,9 puntos. En el caso de pacientes por cocaína los datos arrojan cifras similares (Edad media de 21,2 y desviación típica de 6,9).

Son los usuarios por cannabis los que más pronto se inician en el consumo, con una edad media de 16,4 años y todos muy concentrados en edades jóvenes (desviación típica de 2,9). En el caso del alcohol, aunque la edad media de inicio es de 19,1 años, el valor que más se repite es el de 15 años, por lo que podemos confirmar cómo estas dos sustancias son las que más tempranamente son consumidas.

### Años Transcurridos desde el Inicio del Consumo:

Droga Principal	Datos Válidos	Antig. Media	Antig. Mínima	Antig. Máxima	Moda	D.T.
Opiáceos	907	12,8	<1	39	16	6,8
Cocaína	610	8,0	<1	33	3	5,9
Alcohol	510	23,2	<1	65	23	10,5
Cannabis	374	6,9	<1	35	3	6,2
<b>Total</b>	<b>2.450</b>	<b>12,6</b>	<b>&lt;1</b>	<b>65</b>	<b>3</b>	<b>9,4</b>

En cuanto al número de años que lleva consumiendo la droga principal, se observa que los pacientes admitidos a tratamiento por consumo de alcohol son los que más tiempo llevan (media de 23,2 años).

El segundo grupo de pacientes que más tiempo llevan de media son los del grupo de opiáceos, que presentan una media de 12,8 años. Los consumos con inicios más recientes corresponden respectivamente a la cocaína con 8 años y al cannabis con 6,9 años de media.

### Vía de Administración:

Droga Principal	Datos Válidos	Oral	Fumada	Esnifada	Inyectada
Opiáceos	516	10,9	70,2 %	9,9 %	4,3 %
Cocaína	428	-	40,4 %	56,3 %	-

La vía de administración de la droga principal sólo es susceptible de ser analizada para el grupo de opiáceos y cocaína, ya que, obviamente son las que tienen el interés epidemiológico.

Entre los pacientes cuya droga principal son los opiáceos, la vía más frecuente es la fumada (aspiración de gases o vapores), utilizándose ésta por un 70,2 % de éstos. La vía

inyectada ha representado un 4,3% de los pacientes.

Respecto de los usuarios por cocaína, la vía principal está repartida entre la esnifada (aspiración del polvo por la nariz) con un 56,3 % y la fumada con un 40,4% de los usuarios.

### Consumo de Otras Drogas:

		Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis
<i>Otras Drogas Consumidas en los 30 últimos días.</i>	Otros Opiáceos	129	52	13	2
	Cocaína	177	-	54	66
	Alcohol	141	292	-	96
	Cannabis	310	262	50	-
	Anfetaminas / Éxtasis	14	16	5	7
	Hipnóticos / Sedantes	158	49	14	13
	Alucinógenos	2	3	1	3

Esta tabla pretende relacionar la droga principal con el consumo de otras sustancias realizados en los últimos 30 días.

Es entre el grupo de los pacientes que inician tratamiento por el consumo de opiáceos donde observamos el mayor nivel de registro de otras drogas secundarias (incluida otros tipos de opiáceos que el reseñado como principal), constatándose un policonsumo bastante generalizado.

Los consumidores que refieren la cocaína como droga principal, hacen referencia a un consumo secundario de otras drogas centralizadas en la cannabis y en el alcohol.

Por último, aquellos cuya droga principal es el alcohol o la cannabis, reflejan menor grado de policonsumo, aunque en ambos grupos se produce una utilización importante de cocaína, como droga secundaria. Los consumidores de cannabis también usan frecuentemente el alcohol y viceversa.

### ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS SOMÁTICOS Y PSICOLÓGICOS.

En la presentación de los resultados obtenidos, tras analizar las pruebas diagnósticas de enfermedades se obtienen un elevado porcentaje de no respuestas. Esto se debe a que en el momento de la cumplimentación de los datos, no siempre se tienen los resultados de las pruebas realizadas.

### Estado serológico frente al VIH:

Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
----------	---------	---------	----------	-------

Datos Válidos	932	592	500	380	<b>2.450</b>
Positivo	21,4 %	3,0 %	2,2 %	0,8 %	<b>9,5 %</b>
Negativo	53,5 %	59,2 %	53,2 %	15,0 %	<b>49,9 %</b>
Sin resultados	21,2 %	31,9 %	39,6 %	44,7 %	<b>31,3 %</b>
Desconocido	4,6 %	5,7 %	5,0 %	32,4 %	<b>9,4 %</b>

Teniendo en cuenta el elevado número de usuarios de los que no se dispone de resultados analíticos, observamos que la proporción de los que son positivos al VIH es muy superior en el grupo de los opiáceos (21,4%) frente al resto de los grupos por otras sustancias. También constatamos que es en este grupo donde la proporción de usuarios con resultados no conocidos es menor.

### Estado frente a la Hepatitis B:

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
Datos Válidos	917	586	494	379	<b>2.422</b>
Ha padecido	11,8%	5,1%	5,5%	2,1%	<b>7,2 %</b>
Padece	7,6%	3,9%	1,0%	1,1%	<b>4,3 %</b>
No padece	43,3%	53,2%	50,8%	22,4%	<b>43,9 %</b>
No se ha realizado analítica	20,0%	26,8%	35,2%	40,4%	<b>28,0 %</b>
Vacunado	7,7%	3,1%	2,0%	0,8%	<b>4,4 %</b>
Desconocido	9,6%	7,8%	5,5%	33,2%	<b>12,2 %</b>

Los usuarios cuya droga principal son los opiáceos reflejan el grupo de los que en mayor dimensión padecen o han padecido la hepatitis B, alcanzando un total de 19,4 % de usuarios. Consecutivamente le siguen los usuarios por cocaína, alcohol y cannabis.

### Estado frente a la Hepatitis C:

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
Datos Válidos	904	583	495	379	<b>2.432</b>
Ha padecido	10,8%	3,1%	2,2%	0,5%	<b>5,4 %</b>
Padece	28,7%	9,4%	6,5%	2,1%	<b>14,8 %</b>
No padece	31,4%	51,1%	49,9%	25,9%	<b>39,4 %</b>
No se ha realizado analítica	19,2%	27,6%	36,4%	39,3%	<b>28,2 %</b>
Vacunado	-	-	-	-	<b>-</b>
Desconocido	9,8 %	8,7 %	5,1 %	32,2 %	<b>12,3 %</b>

Entre los pacientes admitidos por opiáceos encontramos una importante proporción

tanto de pacientes que han padecido (10,8%) la hepatitis C como que la padecen actualmente (28,7%). Entre el resto de los admitidos estas cifras bajan considerablemente.

#### Estado frente a la TBC:

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
Datos Válidos	920	587	498	381	<b>2.432</b>
Ha padecido	4,5%	0,3%	1,0%	-	<b>2,0 %</b>
Padece	4,6%	1,9%	1,8%	0,8%	<b>2,7 %</b>
No padece	60,4%	63,9%	67,5%	26,5%	<b>57,5 %</b>
No se ha realizado analítica	20,2%	25,6%	26,1%	40,2%	<b>25,8 %</b>
Vacunado	-	-	-	-	-
Desconocido	7,4%	6,3%	3,4%	32,0%	<b>12,1 %</b>

En relación a la TBC, un total de 9,1 % de los pacientes admitidos por opiáceos la han padecido (4,5%) o la padecen (4,6%) en estos momentos. El resto de los grupos de usuarios por drogas, reflejan porcentajes bastante inferiores.

#### Estado frente a las ETS:

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
Datos Válidos	911	585	491	380	<b>2.413</b>
Positivo	1,5%	1,2%	1,2%	-	<b>1,1 %</b>
Negativo	54,1%	56,2%	55,0%	26,8%	<b>50,4 %</b>
No se ha realizado analítica	36,7%	35,7%	38,5%	57,1%	<b>40,2 %</b>
Desconocido	7,7%	6,8%	5,3%	16,1%	<b>8,3 %</b>

Las enfermedades de transmisión sexual detectadas entre los usuarios en general es bastante baja, reflejándose porcentajes similares en las distintas modalidades de usuarios según droga.

#### Existencia de Alteraciones Psicopatológicas:

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
Datos Válidos	937	605	519	387	<b>2.495</b>
Si	15,6 %	15,7%	26,0%	9,6%	<b>17,0 %</b>
No	76,3 %	76,4%	69,0%	66,9%	<b>73,2 %</b>
Desconocido	8,1 %	7,9%	5,0%	23,5%	<b>9,8 %</b>

Sin especificar el tipo de alteración psicopatológica que presenta, se analiza la existencia de alteraciones de este tipo, constatándose que el grupo de consumidores de alcohol son las que más la presentan (26,0%). Proporciones similares, en torno al 15,0%, presentan aquellos usuarios cuya droga principal son los opiáceos o cocaína. En menor proporción (9,6%) los consumidores de cannabis presentan este tipo de alteraciones psicopatológicas.

### Prácticas de Riesgo:

Droga Principal	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Total
Datos Válidos	960	620	532	389	<b>2.549</b>
Jeringuillas	8,5%	3,1%	-	-	<b>4,2 %</b>
Prácticas sexuales de riesgo	18,9%	18,7%	7,0%	7,2%	<b>14,5 %</b>
Ninguna	63,1%	70,0%	83,8%	67,9%	<b>70,0 %</b>
Desconocida	9,5%	8,2%	9,2%	24,9%	<b>11,2 %</b>

En cuanto a las prácticas de riesgo, el 8,5% de los admitidos por opiáceos y el 3,1% de los admitidos por cocaína, admitían compartir jeringuillas.

Las prácticas sexuales de riesgo son realizadas por todos los grupos de consumidores. Según drogas, destacan con más de un 18%, los consumidores de opiáceos y de cocaína.

## TABACO

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

En el 2003 se realizaron 49 admisiones a tratamiento por dependencia al tabaco. Esta cifra de admisiones desde los centros de drogodependencia de la Red Pública de Cádiz es baja debido a que desde el Servicio Andaluz de Salud se llevan a cabo los tratamientos del tabaquismo, tanto en centros de salud como hospitales, de esta forma nuestra oferta asistencial completa a la ofrecida por el SAS.

### Admisiones según Centro.

Centro	N	%
Cádiz	1	2,0%
Chipiona	23	46,9%
Ubrique	3	6,1%
Algeciras	9	18,4%
Jerez	4	8,2%
Barbate	1	2,0%
Sanlúcar	1	2,0%
Algodonales	1	2,0%
Arcos	3	6,1%
Puerto Real	3	6,1%
Total	49	100,0%

Destaca por encima de los demás centros el CTA de Chipiona con 23 casos (46,9 % de los casos tratados), seguido de Algeciras con 9 casos (18,4%). El resto de los CTA reflejan unas cifras de muy escaso interés.

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

#### Edad Media de Admisión a Tratamiento.

Edad	
Datos Válidos	49
Media	42,9
Desviación Típica	9,9
Mínimo	29
Máximo	73

La edad media de los pacientes atendidos ha sido de 42,9 años con una desviación típica de 9,9 puntos, lo que nos indica una gran dispersión de valores de esta variable.



### **Género.**

Género	N	%
Hombre	20	40,8
Mujeres	29	59,2
Total	49	100,0

A diferencia de lo observado en el resto de las sustancias psicoactivas, en el tabaco la mayoría de los pacientes son mujeres (59,2% frente al 40,8 % de hombres).

### **Estudios Realizados.**

Estudios	N	%
No sabe leer ni escribir	1	2,0
E. Primaria incompleta	13	26,5
E. Primaria completa	7	14,3
E. Secundaria 1ª Etapa	13	26,5
E. Secundaria 2ª Etapa	9	18,4
E. Universitarios Medios	4	8,2
E. Universitarios Superiores	2	4,1
Total	49	100,0

Aunque el número de casos no es lo suficientemente numeroso para hacer valoraciones provinciales, se refleja una distribución de éstos según el nivel de estudios sensiblemente más alto respecto del resto de las sustancias psicoactivas, reflejándose este dato en los tramos más altos de la variable.

### **Situación Laboral.**

Situación Laboral	N	%
Trabajando	23	46,9
Paro	14	28,6
Inactivo/Otras	12	24,5
Total	49	100,0

El porcentaje de pacientes en paro es bastante inferior a los encontrado en el resto de las drogas psicoactivas, sin embargo se encuentra un porcentaje nada despreciable de inactivos debido a que dentro de este grupo se encuentra casi un 19,0% de personas dedicadas a las labores del hogar.

### **Tipo de Convivencia.**

Convivencia	N	%
Solo	6	12,2
Familia Propia	41	83,7
Familia de Origen	1	2,0

Otros	1	2,0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

En cuanto al modelo de convivencia en los últimos treinta días, casi todos los pacientes refieren vivir con su familia (83,7 %), destacándose también el 12,2% de éstos, que viven solos.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

### Fuente de Referencia Principal.

Referencia	N	%
Iniciativa Privada	34	70,8 %
Familiares / Amigos	6	12,5 %
Prisión / Centro Reforma	1	2,1 %
S. Sanitarios	7	14,6 %
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0 %</b>

La principal fuente de referencia la constituye la iniciativa propia (70,8%), seguida de las opciones de los servicios sanitarios ( 14,6%) y de los familiares y amigos (12,5%).

### Intentos Previos.

Intentó dejar de fumar	N	%
Si	23	51,1 %
De 1 a 2 veces	18	78,3 %
De 3 a 4 veces	3	13,0 %
Desconocido	2	8,7 %
No	22	48,9 %
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0 %</b>

El 51,1 % de los pacientes han intentado dejar de fumar en otras ocasiones en los dos últimos años. De ellos el 78,3 % lo han intentado una o dos veces.

### Tiempo sin Fumar la última vez que lo intentó.

Tiempo sin fumar	N	%
De 1 a 4 semanas	13	54,2%
Entre 1 y 6 meses	9	37,5%
Entre 6 meses y un 1 año	1	4,2%
Entre 1 año y 2 años	1	4,2%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

En relación a las personas que verbalizan haber dejado de fumar alguna vez, destacamos que sólo el 54,2 % consiguió permanecer abstinerente un mes.

### Motivos por los que demandan tratamiento.

Motivos	N	%
---------	---	---

Miedo a enfermedades	18	40,0 %
Motivos de salud	30	66,6 %
Motivos económicos	6	13,3 %
Dar buen ejemplo	3	6,6 %
Para no molestar	6	13,3 %
Presiones en el trabajo	2	4,4 %

Teniendo en cuenta que cada persona puede argüir uno o más motivos, se observa que los motivos de salud (el paciente padece alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco), son mencionados por el 66,6 % de los pacientes seguido por el miedo a las enfermedades que produce su consumo con un 40,0 %.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO.

### Frecuencia.

Cigarrillos /día	N	%
Entre 1 y 10	5	10,6 %
Entre 11 y 20	14	29,8 %
Entre 21 y 30	12	25,5 %
Entre 31 y 40	9	19,1 %
Más de 40	7	14,9 %
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0 %</b>

El 59,9 % de los usuarios admitidos a tratamiento por adicción al tabaco, refieren fumar 20 cigarrillos o más al día.

### Tiempo de Consumo.

Años de consumo	N	%
Menos de 2 años	1	2,1%
Entre 8 y 10 años	3	6,4%
Entre 10 y 20 años	20	42,6%
Más de 20 años	23	48,9%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0%</b>

En cuanto al tiempo que llevan fumando destacamos el elevado número de años que estos pacientes lo llevan haciendo. Casi la mitad de los admitidos a tratamiento llevan más de 20 años fumando.

## 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 consumidores y la prevalencia de estas enfermedades.

### Dolencias.

Dolencias	Han Padecido		Padecen	
	N	%	N	%
Bronquitis crónica	6	15,8%	9	23,7%
Faringitis crónica	8	21,1%	5	13,2%
Fatiga	8	21,6%	6	16,2%
Cáncer de Laringe	-	-	-	-
Infarto	2	5,3%	-	-
Angina de Pecho	1	2,7%	-	-
Hipertensión	2	5,4%	5	13,5%
Resfriados continuos	15	39,5%	3	7,9%
Gastritis	7	20,0%	4	11,4%
Problemas de circulación	1	2,7%	10	27,0%

Los síntomas más prevalentes entre estos usuarios son los problemas de circulación (un 27,0% los padecen) seguidos de la bronquitis crónica (un 23,7 % la padecen).

Los resfriados continuos, entre los que los han padecido y los padecen, se sitúan en torno a la mitad de los usuarios con esta dolencia.

## JUEGO PATOLÓGICO.

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

En el 2003 se realizaron 48 admisiones a tratamiento por Juego Patológico, cifra aún muy reducidas, si tenemos en cuenta que la mayoría de las admisiones en Andalucía por esta adicción, se vienen registrando en las asociaciones de jugadores. A partir del próximo año se prevé que estas asociaciones registren y notifiquen estas admisiones, de forma que se dispondrán de datos más completos.

### Admisiones según centros.

Centro	N	%
Cádiz	27	56,3 %
Chipiona	1	2,1 %
Villamartín	1	2,1 %
Ubrique	1	2,1 %
Jerez	2	4,2 %
Barbate	3	6,3 %
Sanlúcar	3	6,3 %
Alcalá	1	2,1 %
Chiclana	2	4,2 %
Algodonales	1	2,1 %
E. A. II.PP. Pto. II	1	2,1 %
P. Hombre Jerez	3	6,3 %
San Fernando	2	4,2 %
Total	48	100,0 %

Destaca por encima de todos el Centro de Cádiz con el 56,3 % de los casos, circunstancia ésta debida a la creación de una Unidad específica para el tratamiento de estas adicciones en ese centro.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

### Género.

Género	N	%
Hombre	41	85,4 %
Mujeres	7	14,6 %
Total	48	100,0 %

En el caso de estas adicciones, se sigue un patrón porcentual muy similar al que reflejaban las drogas psicoactivas con un 85,4% de hombres.

## Edad

Edad	
Datos Válidos	45
Media	36,5
Desviación Típica	11,3
Mínimo	15
Máximo	58

La edad media de los pacientes atendidos ha sido de 36,5 años con una desviación típica de 11,3 puntos, lo que nos indica una importante dispersión de valores de esta variable.

## Nivel de Estudios

Estudios	N	%
E. Primaria incompleta	8	17,4%
E. Primaria completa	12	26,1%
E. Secundaria 1ª Etapa	21	45,7%
E. Secundaria 2ª Etapa	3	6,5%
E. Universitarios Medios	2	4,3%
Total	46	100,0%

Al igual que entre los usuarios por tabaco y, considerando que el número de casos no es lo suficientemente numeroso para hacer valoraciones provinciales, se refleja una distribución de éstos según el nivel de estudios sensiblemente más alto respecto del resto de las sustancias psicoactivas, reflejándose este dato en los tramos más altos de la variable.

## Situación Laboral.

Situación Laboral	N	%
Trabajando	24	50,0 %
Paro	6	12,5 %
Inactivo/Otras	18	37,5 %
Total	48	100,0 %

El porcentaje de pacientes en paro es muy inferior a los encontrado en el resto de las drogas psicoactivas. El 25,0 % del total pertenecen al grupo de incapacitados o pensionistas.

## Ingresos Mensuales.

Situación Laboral	N	%
Menos de 360.60 €	8	17,0%
Entre 360.60 y 721.21 €	11	23,4%
Entre 721.21 y 1502.53 €	22	46,8%
Entre 1502.53 y 2404.05	6	12,8%

Total	47	100,0 %
-------	----	---------

Casi la mitad de los usuarios se sitúan en la franja de los 721.21 y 1502.53 (intervalo entre 120.000 y 250.000 ptas.).

### Modelo de Convivencia.

Convivencia	N	%
Solo	2	4,2%
Familia Propia	25	52,2%
Familia de Origen	20	41,7%
Otros	1	2,1%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

En cuanto al modelo de convivencia en los últimos treinta días, resulta llamativo el alto número de usuarios que conviven con su familia de origen (41,7 %).

### Situación Legal.

Datos	I. Legales Previas		I. Legales Posteriores	
	Sin Incidencias	Con incidencias	Sin Incidencias	Con Incidencias
N	46	2	39	9
%	95,8	4,2 %	81,3 %	18,7 %

Atendiendo a la situación legal de los pacientes admitidos a tratamiento por juego patológico, encontramos sólo 2 pacientes que tenían alguna incidencia legal previa al inicio de la dependencia, incrementándose hasta 9 ese número tras iniciarse la dependencia. No podemos afirmar en ningún caso que ese incremento se deba a la dependencia en sí, ya que pudiera haber muchos otros factores a los pueda atribuirse.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

### Fuente de Referencia Principal.

Referencia	N	%
Iniciativa Privada	7	14,6 %
Familiares / Amigos	12	25,0 %
S. Sociales	5	10,4 %
S. Sanitarios	16	33,3 %
Mov. Asociativo	3	6,3 %
Otro Serv. de Drogod.	3	6,3 %
Otras	2	4,1 %
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0 %</b>

Los pacientes admitidos a tratamiento por dependencia del juego señalan como principal fuente de referencia los Servicios Sanitarios (33,3%), seguidos de los familiares y amigos (25,0%).

### Problemas ocasionados por la Adicción al Juego.

Problemas Ocasionados	N	%
Problemas laborales/ en el estudio	8	17,4 %
Conflictos familiares	39	84,8 %
Pérdida de tiempo para realizar otras actividades	14	30,4 %
Problemas Psicosomáticos	17	36,9 %
Problemas económicos	31	67,4 %
Problemas legales	2	4,6 %
Otros	1	2,2 %
Datos Válidos	46	

Teniendo en cuenta que pueden ser referidos uno o más problemas, los más mencionados son los conflictos familiares (84,8 %) y en segundo lugar los problemas económicos (67,4%).

### ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA.

#### Tipo de Juego.

Tipo de Juego	N	%
Bingo	8	16,7%
Máquinas Tragaperras	35	72,9%
Cartas, Dominó, Dados, etc... (apuestas)	2	4,2%
Otros	3	6,3%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>

De los 48 pacientes admitidos por juego patológico, el 72,9 % refieren como dependencia principal las máquinas tragaperras, un 16,7% indican el bingo.

Además del juego principal al que el paciente muestra adicción, se recoge información sobre otros juegos a los que el usuario manifiesta adicción. Así pues, el 33,3 % de estos usuarios señalaban distintos juegos que le generaban dependencia (cupones, quinielas, casinos, etc...)

#### Relación entre el Tipo de Juego y el Género.

Tipo de Juego		Hombres	Mujeres
Bingo	N	5	3
	% Fila	62,5	37,5
	% Columna	12,2	42,9
Máquinas Tragaperras	N	32	3
	% Fila	91,4	8,6
	% Columna	78,0	42,9



Cartas, Dominó, Dados, etc... (apuestas con dinero)	N	2	0
	% Fila	100,0	0,0
	% Columna	4,9	0,0
Otros	N	2	1
	% Fila	66,7	33,3
	% Columna	4,9	14,3
Total	N	41	7
	% Fila	85,4	14,6
	% Columna	100,0	100,0

Por género, se observa una primacía del hombre frente a la mujer en general, no obstante es el bingo donde las mujeres reflejan un mayor peso con un 37,5 % de éstas sobre un 62,5 % de hombres.

### Tratamientos Previos.

Tratamientos Previos	N	%
Si	15	40,5 %
No	22	59,5 %
Total	37	100,0%

El 40,5 % de los admitidos a tratamiento realizaron previamente algún tratamiento para su adicción al juego, la mayoría de ellos acudieron a grupos de auto ayuda .

### Frecuencia de Juego.

Frecuencia	N	%
Una vez al mes	1	2,1%
Varias veces al mes	6	12,5%
Una vez a la semana	3	6,3%
Varias veces a la semana	20	41,7%
Diariamente	16	33,3%
NS/NC	2	4,2%
Total	48	100,0%

La frecuencia del juego principal, como era de esperar, los usuarios describen realizarlo de una forma bastante continuada, ya que el 75,0 % de estos usuarios refieren jugar, o bien diariamente o bien varias veces por semana.

### Tiempo dedicado al Juego.

Frecuencia	N	%
Menos de 1 hora a la semana	5	11,9%
De 1 a 3 horas semanales	6	14,3%
De 4 a 5 horas semanales	6	14,3%
De 6 a 8 horas semanales	10	23,8%
De 9 a 11 horas semanales	2	4,8%
De 11 a 15 horas semanales	6	14,3%

De 16 a 20 horas semanales	1	2,4%
Más de 20 horas	4	9,5%
NS/NC	2	4,8%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

La dispersión del tiempo medio semanal, dedicado al juego principal, es bastante amplia, encontrándonos usuarios en cada una de las franjas de frecuencia. Sólo destacamos un leve predominio de la categorización de “6 a 8 horas semanales” que reflejan el 23,8 % de los usuarios.

### **Dinero gastado por semana.**

Gastos	N	%
Menos de 12 euros	1	2,3 %
De 12,01 a 30 €	2	4,7 %
De 30.001 a 60 €	7	16,4 %
De 60.01 a 120 €	11	25,6 %
De 120.01 a 180 €	6	13,9 %
De 180.01 a 240 €	6	13,9 %
De 240.01 a 360 €	4	9,3 %
De 360.01 a 480 €	0	0,0 %
Más de 480.01 €	5	11,6 %
NS/NC	1	2,3 %
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0%</b>

El 51,0 % de los usuarios gasta en el juego principal más de 120 € a la semana y sólo un 7,0% afirma gastar menos de 30 € a la semana.

En el caso del segundo juego que genera dependencia, el gasto semanal es bastante menor, situándose más de la mitad de los usuarios en un gasto inferior a 12 € a la semana.

### **Sustancia consumida durante el Juego.**

Sustancia consumida	N	%
Alcohol	20	70,0 %
Cocaína	5	17,2 %
Otras sustancias	4	13,8 %
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0 %</b>

La sustancia más consumida durante el juego resulta ser el alcohol: 20 (70,0%) pacientes de los que reflejan consumo de sustancias indican el alcohol como droga más consumida.

# ACTUACIONES ORIENTADAS A LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA.

## **Actuaciones Orientadas a la Reducción de la Demanda.**

### **Actividades de Formación.**

Siguen vigentes los principios y objetivos que desde hace tiempo nos indican que la formación es una estrategia de vital importancia en el abordaje integral de las adicciones.

Las actividades formativas desarrolladas se adecuan no sólo a las necesidades de los técnicos en drogodependencias que conforman la Red Provincial de Atención a las Toxicomanías de la provincia de Cádiz, sino que se abre a todos los interesados en formarse de toda Andalucía, atendiendo en este campo a todos aquellos grupos profesionales y sociales que de alguna forma realicen actividades de carácter preventivo, asistencial y de integración social.

Las actividades realizadas en este campo durante el año 2003 han sido las siguientes:

- Denominación: Indicadores de Diagnóstico Social.

Ponente: Maite Martín Muñoz. Trabajadora Social del Ayuntamiento de Baracaldo. Profesora de la Universidad de Deusto.

Número de horas: 8

Participantes: 130

- Denominación: Aplicación de instrumentos de Diagnóstico Social .

Ponente: Maite Martín Muñoz. Trabajadora Social del Ayuntamiento de Baracaldo. Profesora de la Universidad de Deusto.

Número de horas: 4

Participantes: 30

- Denominación: Jóvenes en Riesgo y en Conflicto Social.

Ponente: Javier Urra Portillo. Psicólogo. Fiscalía de Menores del Tribunal Supremo. Asesor de UNICEF.

Número de horas: 8

Participantes: 130

- Denominación: Dependencias Relacionales.

Ponente: Carlos Sirvent Ruiz. Psiquiatra. Instituto Spiral.

Número de horas: 8

Participantes: 130

- Denominación: Terapia Breve Cognitivo-Conductual en Conductas Adictivas I.

Ponentes: Emilio Sánchez Hervás. Psicólogo de la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat de Valencia..

Número de horas: 4.

Participantes: 130.

- Denominación: Terapia Breve Cognitivo-Conductual en Conductas AdictivasII

Ponente: Vicente Tomás Gradolí.. Coordinador de la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat de Valencia.

Número de horas: 4

Participantes: 130.

- Denominación: Descripción de las sustancias.

Ponente: Nieves Fernández Vicioso. Médico del CCD de Sanlúcar de Barrameda.

Número de horas: 3

Participantes: 35

- Denominación: Factores de riesgo y de protección.

Ponente: José Antonio López Alcázar. Psicólogo del CCD de Sanlúcar de Barrameda.

Número de horas: 2

Participantes: 35

- Denominación: Aspectos generales de las drogodependencias.

Ponente: Gustavo Adolfo León Estepa. Trabajador Social del Servicio de Drogodependencias de San Fernando.

Número de horas: 2

Participantes: 45

- Denominación: Aspectos generales de las drogodependencias.

Ponente: Gustavo Adolfo León Estepa. Trabajador Social del Servicio de Drogodependencias de San Fernando.

Número de horas: 4

Participantes: 30

- Denominación: Factores de riesgo y de protección en drogodependencias.

Ponente: Antonio López Cárdenas. Psicólogo del Servicio de Drogodependencias de San Fernando.

Número de horas: 4

Participantes: 30

- Denominación: Drogodependencias: Descripción de las sustancias.

Ponente: Josefa Lobo Lara. Médico del Servicio de Drogodependencias de San Fernando.

Número de horas: 4

Participantes: 35

- Denominación: Descripción de las sustancias.

Ponente: Josefa Lobo Lara. Médico del Servicio de Drogodependencias de San Fernando.

Número de horas: 4

Participantes: 35

- Denominación: Factores de riesgo y de protección en drogodependencias.

Ponente: Antonio López Cárdenas. Psicólogo del Servicio de Drogodependencias de San Fernando.

Número de horas: 4

Participantes: 35.

- Denominación: Manejo del adicto a drogas en Atención Primaria.

Ponente: José Manuel Martínez Delgado. Médico. Psiquiatra. Director del Servicio de Drogodependencias de Cádiz.

Número de horas: 4

Participantes: 25.

- Denominación: El Tratamiento para deshabituarse al paciente alcohólico en la consulta de Atención Primaria.

Ponente: Sebastián Girón García. Médico. Psiquiatra. Servicio de Drogodependencias de Cádiz.

Número de horas: 4

Participantes: 25.

- Denominación: Desintoxicación alcohólica, manejo del paciente adicto y sus complicaciones.

Ponente: Sebastián Girón García. Médico. Psiquiatra. Servicio de Drogodependencias de Cádiz.

Número de horas: 4

Participantes: 25.