

**me
mo
ria**



**20
04**

MEMORIA 2004

SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS
Diputación Provincial de Cádiz

Autor Servicio Provincial de Drogodependencias

ISBN 84-933468-2-9

Depósito legal *****

Diseño Ni-mÚ, Comunicación Visual

Impresión Línea Offset

MEMORIA 2004

SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS

Diputación Provincial de Cádiz

Antecedentes y situación actual	8
Recursos económicos. Ejercicio 2004	12
Recursos humanos de la Red Provincial de Cádiz	13
Datos de la Actividad Asistencial	15
Datos referidos a los Programas Aplicados más significativos	23
Perfil Sociodemográfico de los Pacientes nuevos	41
Actuaciones Orientadas a la Reducción de la Demanda	67
Actuaciones realizadas en el Programa de Atención Jurídica a Drogodependientes	96
Directorio	99

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, en la actualidad Servicio Provincial de Drogodependencias (SPD) queda establecido mediante convenio de colaboración entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social 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 S.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 Ambulatorio (CTA), los cuales están dirigidos y coordinados por la dirección del S.P.D, insertado orgánicamente en el área de Políticas Sociales de la Excm. Diputación Provincial de Cádiz.

Según se desprende del citado II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, a los S.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 qué funciones similares podrán realizar mancomunidades y ayuntamientos de 20.000 habitantes.

La Dirección del S.P.D. se apoya y diversifica su actuación en la

siguientes estructuras con carácter provincial:

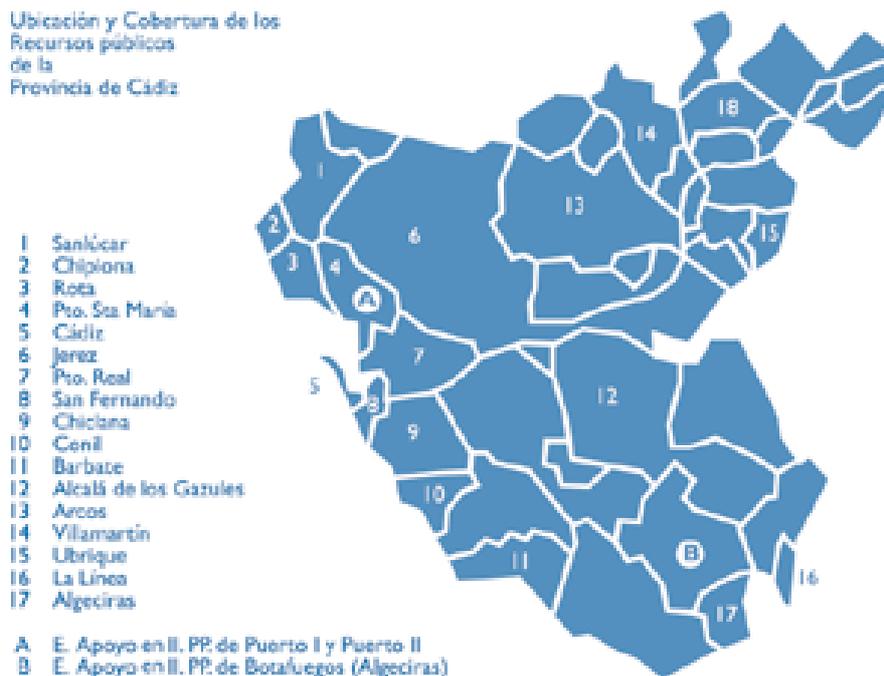
- Desde la UNIDAD de GESTIÓN de CENTROS se llevan los temas administrativos y de personal.

- 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 AMBULATORIO 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.

Ubicación y Cobertura de los Recursos públicos de la Provincia de Cádiz



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 S.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 14 Equipos Técnicos, los cuales atienden a 18 servicios asistenciales de carácter ambulatorio (CTA) y 2 Equipos de Apoyo en Instituciones Penitenciarias (E.A. II.PP.) Todos estos recursos dependen de la Excm. Diputación de Cádiz a excepción de tres de los CTA, que dependen de Ayuntamientos que desarrollan el mismo programa asistencial.

Del total de los equipos técnicos, 3 de ellos desarrollan su actividad en distintas localidades, así pues, encontramos que Barbate, Conil y Alcalá de los Gazules son atendidos por el mismo equipo, Villamartín y Arcos igualmente son atendidos por otro equipo al igual que Ubrique y Algodonales, por lo tanto estos tres equipos distribuyen su actividad asistencial entre los municipios antes referenciados.



Recursos Económicos. Ejercicio 2004

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 2004 ha ascendido a la cantidad de 4.463.877,70 €. 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 1.800.000 euros y la Excm. Diputación de Cádiz con 2.641.039,24 euros y el Ayuntamiento de Cádiz con 22.838,46 euros.



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

Programa	Descripción	Total €
313IA	Centros de Tratamiento. (Retribuciones de personal y gastos de funcionamiento)	3.939.190,64
313IC	Transporte de muestras de orina	19.915,28
313ID	Edificios y otras construcciones	348.000,00
313IF	Programa de Fomento de Empleo "Construye"	84.142,00
313IH	Prevención en el medio escolar	8.564,42
313II	Congreso Drogodependencias	9.015,18
313IJ	Investigación en Drogodependencias	15.000,00
313IK	Convenio UCA Formación de Formadores	15.000,00
313IL	Centralización EPICSA Programa Informático	25.050,18
Total		4.463.877,70

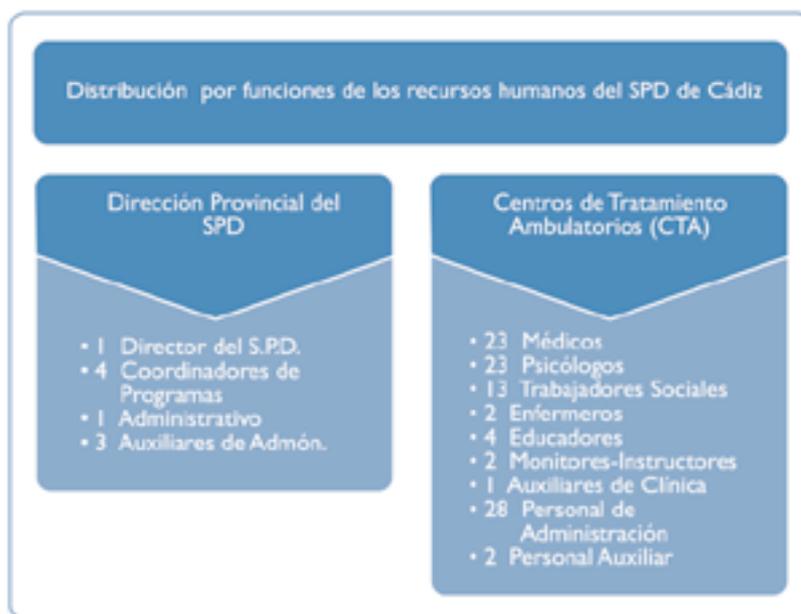
Recursos Humanos de la Red Provincial

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

Los CTA tienen una estructura basada en una dirección para su ámbito de actuación, que gestiona los acuerdos e instrucciones de la dirección provincial del S.P.D. 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 2004, la estructura provincial, con independencia de la dirección del Servicio de Drogodependencias, ha contado con 18 CTA, 16 de ellos con dependencia directa del Área de Políticas Sociales de la Excm. 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-Bota-fuegos y Puerto I y Puerto II.

Los recursos humanos adscritos al S.P.D. de Cádiz han ascendido en el 2004 a un total de 107 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
- 4 Educadores
- 1 Auxiliar de Clínica
- 16 Personal Administración
- 2 Personal Auxiliar

Vinculación Laboral:
Ayuntamientos de la Provincia

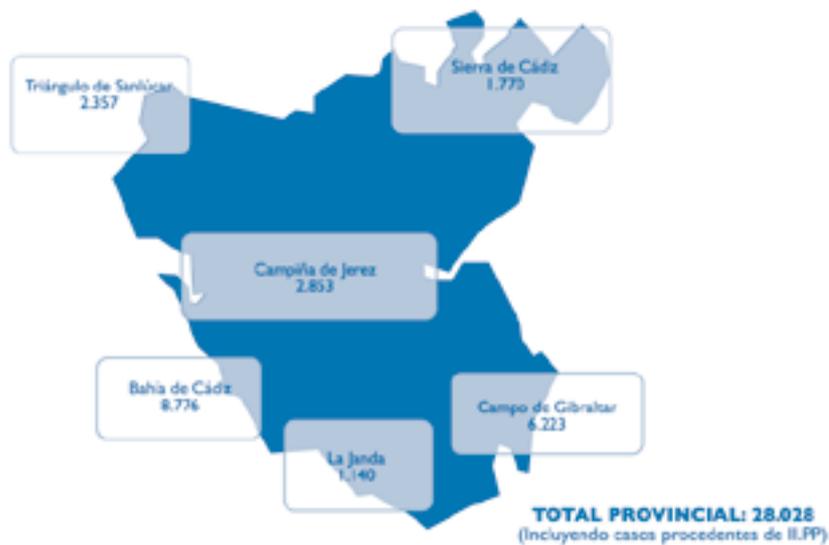
- 5 Médicos
- 2 Psicólogos
- 2 Trabajadores Sociales
- 1 Enfermero
- 2 Monitores-Instructores
- 12 Personal Administración

Datos de la Actividad Asistencial

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

Total de inicios	Historias Abiertas (periodo 87-03)	Admisiones a tratamiento año 2004	Total acumulado
Centros de Tratamiento Ambulatorio	21.541	1.578	23.119
Equipos de Apoyo en ILPP	4.588	321	4.909
Total	26.129	1.899	28.028

2.- Total de admisiones a tratamiento realizadas en los CTA de la provincia de Cádiz en el período 1987 a 2004, según áreas geográficas.



3.- Evolución del número de episodios de tratamiento (admisiones y readmisiones) más las continuaciones de tratamiento por cualquier tipo de droga o adicción desde el año 1996 hasta el 2004, según comarcas.

Total de Episodios según año

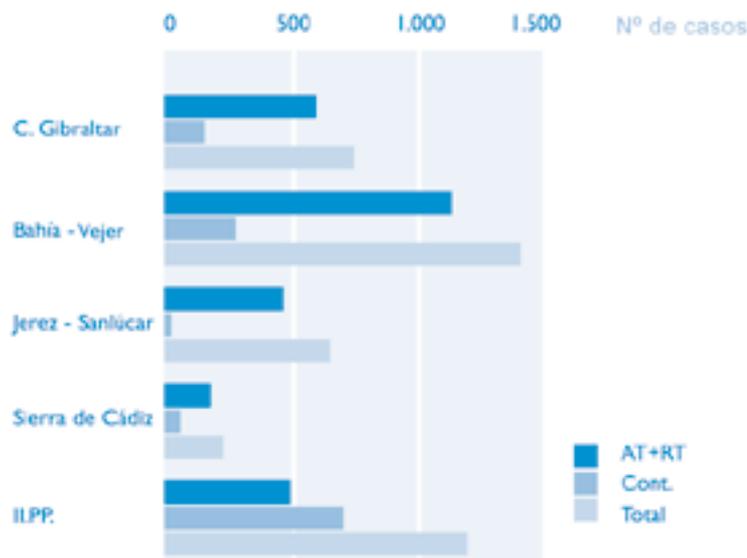
Comarcas	96	97	98	99	00	01	02	03 *	04
C. de Gibraltar	878	783	719	688	792	724	707	536	744
Bahía-Vejer	1.386	1.179	1.185	1.155	1.240	1.160	1.018	1.332	1.403
Jerez-Sanlúcar	664	678	572	587	629	671	595	510	648
Sierra de Cádiz	240	194	207	186	153	161	159	184	226
Total CTA	3.168	2.834	2.683	2.616	2.814	2.716	2.479	2.562	3.021
I.P.P.	825	1.012	1.215	1.228	1.430	1.240	1.144	1.121	1.195
TOTAL	3.993	3.846	3.898	3.844	4.244	3.956	3.623	3.683	4.216

* A partir del 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 desde este año distinguimos entre admisiones, readmisiones y continuaciones de tratamiento.

Inicios según año, con inclusión de las continuaciones de tratamiento

Comarcas	2003			2004		
	AT+RAT	Cont.	Total	AT+RAT	Cont.	Total
C. de Gibraltar	430	106	536	594	150	744
Bahía-Vejer	1.189	143	1.332	1.130	273	1.403
Jerez-Sanlúcar	408	102	510	464	184	648
Sierra de Cádiz	177	7	184	173	53	226
Total CTA	2.204	359	2.562	2.361	660	3.021
I.P.P.	927	154	1.221	492	703	1.195
TOTAL	3.131	552	3.683	2.853	1.363	4.216

Total de episodios de tratamiento en el S.P.D. de Cádiz en el año 2004



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 en II.P.P.

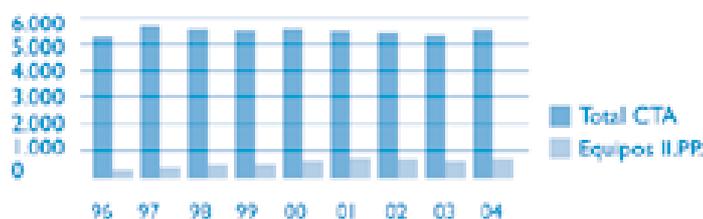
El hecho del cambio en los sistemas de notificación, nos permite observar los siguientes elementos de tendencia en los dos últimos años:

- Se mantiene constante, a nivel general, el ingreso de pacientes en los distintos procesos asistenciales, con un incremento significativo en el último año.
- En lo que respecta a los pacientes que inician tratamiento en los CTA, observamos como es muy similar a años pasados (previo al concepto de continuación de tratamiento) el número de admisiones y de readmisiones, mientras que las continuaciones de tratamiento crecen de forma considerable.
- En los Equipo de Apoyo en II.P.P., como era de esperar, disminuyen los inicios reales de tratamiento (admisiones y readmisiones) y las continuaciones de tratamiento, producto de los usuarios que han iniciado el tratamiento en los CTA, se consolidan como el elemento clave por el que se incorporan a tratamiento en II.P.P.

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

Comarcas y Comarcas	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Alajuela	749	801	742	758	814	775	771	647	707
La Lirias	606	615	593	562	564	572	513	581	553
San Roque	64	83	67	89	82	-	-	-	-
Campo de Gibraltar	1.419	1.499	1.402	1.409	1.460	1.349	1.284	1.228	1.260
Borbora	174	147	139	148	130	121	131	139	157
Curril	61	81	70	60	61	45	62	76	82
Alisal	77	66	83	85	83	82	80	85	76
Cáde	919	905	900	895	894	925	879	873	930
San Fernando	343	380	403	413	398	383	406	421	482
Puerto Real	167	176	161	196	214	223	251	197	236
Chiriquí	296	310	272	275	234	267	270	324	307
Pto. San Martín	227	390	412	397	429	428	433	430	370
Bona Vista	2.264	2.455	2.440	2.469	2.443	2.474	2.491	2.545	2.648
Jover	609	759	772	738	718	734	792	722	759
Sancti	407	384	325	306	331	334	301	276	273
Bona	100	116	94	93	102	103	98	101	111
Chiriquí	109	119	108	105	103	121	100	101	70
Jover Sancti	1.233	1.378	1.299	1.342	1.254	1.292	1.291	1.200	1.221
Villanueva	191	173	176	174	182	170	174	173	158
Uruca	72	94	107	87	85	90	83	96	93
Arca	77	67	72	72	70	64	60	54	60
Alajuela	51	50	61	61	67	59	61	67	80
Bona Vista	391	384	414	294	412	383	378	390	407
TOTAL CTA	5.307	5.716	5.557	5.514	5.569	5.498	5.444	5.363	5.536
Equipos II.PP.	240	319	404	416	580	667	635	575	640
Total Provincial	5.547	6.035	5.961	5.930	6.149	6.165	6.079	5.938	6.176

Total de pacientes en programa de tratamiento según procedencia y año.



En términos generales observamos a nivel provincial, que en los tres últimos años el volumen de pacientes en programa 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 en 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, se está manteniendo una cifra estable de pacientes en programa.

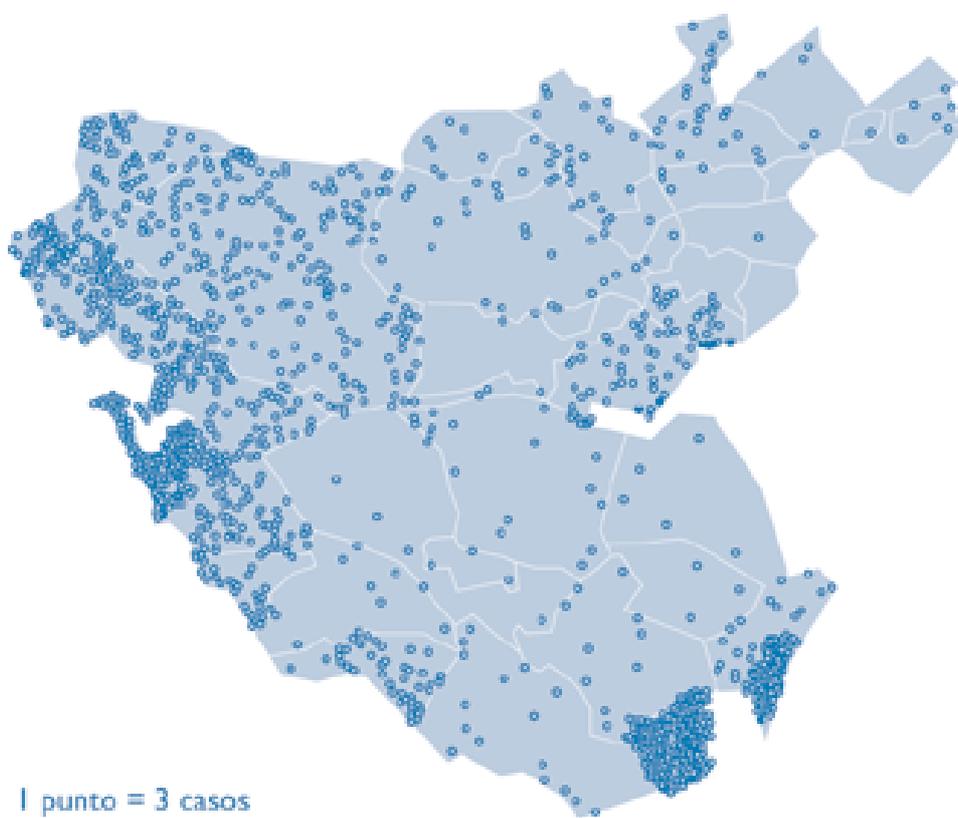
En 2004, el total de pacientes en programa de tratamiento al final del año fue de 6.176. El incremento de pacientes en tratamiento respecto del año pasado es del 4,0%.

5.- Distribución de los pacientes en programa de tratamiento al final de 2004 en los CTA, según municipio de residencia. Tasas comparativas, sin incluir los pacientes en tratamiento en los Equipos de Apoyo en II.PP.

Localidad de Residencia	Pacientes en Programa 2004	% sobre el total provincial	Tasa por 1000 ^h en pobl. genl	Población tot. año 2004 (INE Rec. Padrón Municipal)
Alcalá del Valle	13	0,23	2,44	5.325
Algar	1	0,021	0,61	1.634
Algodonales	42	0,76	7,43	5.650
Arcos	70	1,26	2,41	29.079
Benaocaz	0	0,00	3,09	702
Bornos	25	0,45	3,09	8.082
Bosque El	6	0,11	3,03	1.978
Gastor El	1	0,02	0,51	1.948
Espera	22	0,40	5,72	3.846
Grazalema	3	0,05	1,38	2.178
Olvera	24	0,43	2,81	8.549
Prado del Rey	5	0,09	0,85	5.858
Puerto Serrano	39	0,70	5,71	6.828
Setenil de las Bodegas	1	0,02	0,33	3.015
Torrealmóquime	3	0,05	3,40	883
Utrique	79	1,43	4,54	17.404
Villaluenga del Rosario	2	0,04	4,23	473
Villamartín	70	1,26	5,81	12.038
Zahara de la Sierra	4	0,07	2,59	1.543
Algeciras	612	11,05	5,58	109.665
Castellar	9	0,16	3,20	2.813
Jimena	16	0,29	1,71	9.355
La Línea de la Concepción	476	8,60	7,69	61.875
Los Barrios	33	0,60	1071	19.260
San Roque	65	1,17	2,63	24.757
Tánja	50	0,90	2,99	16.743
Alcalá de los Gazules	34	0,61	6,08	5.5900
Barbate	135	2,44	6,01	22.444
Benalup-Casas Viejas	11	0,20	1,64	6.706

Conil	88	1,59	4,64	18.979
Medina Sidonia	19	0,34	1,76	10.802
Paterna	17	0,31	3,20	5.313
San José del Valle	2	0,04	0,48	4.203
Vejer	25	0,45	1,97	12.685
Cádiz	877	15,84	6,58	133.242
Chiclana	305	5,51	4,48	68.156
Puerto Real	247	4,46	6,59	37.481
Pto. Sta. Maria	382	6,90	4,74	80.658
San Fernando	497	8,98	5,51	90.178
Chipiona	97	1,75	5,51	17.603
Rota	117	2,11	4,38	26.691
Sanlúcar	232	4,19	3,70	62.662
Trebujeña	27	0,49	3,95	6.843
Jerez	753	13,60	3,91	192.648
Provincia	5.536	100,00	4,75	1.164.374

Distribución de los pacientes en programa en el 2004, según municipios de Cádiz.



Los municipios, como en años anteriores, que más pacientes aportan al total provincial son los de Cádiz, Jerez, Algeciras, San Fernando, La Línea, El Pto. de Sta. María, Chiclana, Puerto Real y Sanlúcar. Cerca del 80% de los usuarios residen en las poblaciones antes citadas.

La evolución de las tasas medias en los últimos años ha sido la siguiente: en el Año 2001 tasa 4,91, 2002 tasa 4,84, el 2003 arroja una tasa de 4,80 y el 2004 con una tasa de 4,75.

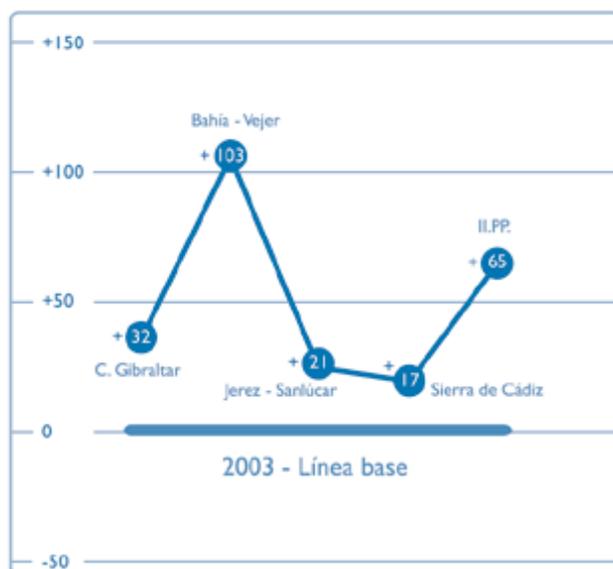
6.- Total de pacientes que se incorporan o salen de tratamiento. Indicadores de flujo en el 2004 según comarca.

Indicadores de Flujo

Comarcas	Casos que acceden en 2004	Pacientes en Programa en 2003	Casos que salen del tratamiento en 2004	Pacientes en Programa a final de 2004 *	Grado de variab. entre años
C. de Gibraltar	713	1.228	697	1.260	+32
C. Bahía-vejer	1.408	2.545	1.254	2.648	+103
C. Jerez -Sanlúcar	649	1.200	596	1.221	+21
C. Serra de Cádiz	225	390	190	407	+17
Total CTA	2.995	5.363	2.737	5.536	+173
ILPP.	1.195	575	1.116	640	+65
Total Provincial	4.190	5.938	3.853	6.176	+238

* Tras realizar las operaciones sobre el total de pacientes que entran en el sistema menos los que salen, sufre pequeños desajustes debido a modificaciones realizadas en la base de datos posteriores a la toma del dato.

Incremento del número de pacientes en programa en relación con 2003



En los últimos años se observa un equilibrio entre la población que se incorpora a tratamiento y la que sale.

7.- Proporción de pacientes que inician tratamiento sobre el total de demandas de información asistenciales en el 2004, según comarcas.

Comarcas	Demandas de información asistenciales atendidas en el 2004	% de inicios de tratamiento sobre el total de demandas producidas en el año
C. de Gibraltar	995	71,6
Bahía - Vejer	2.896	48,6
Jerez - Sanlúcar	995	65,2
Sierra de Cádiz	391	57,5
Total CTA	5.277	56,7
II.PP.	1.329	89,9
Total Provincial	6.606	63,4

8.- Evolución de las causas de salida de pacientes en los CTA, sin incluir los pacientes tratados por los Equipos de Apoyo en II.PP., en los cinco últimos años. Datos provinciales porcentuales.

Tipos de salida	Evolución porcentual de las causas de salida del tratamiento					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Derivación a dispositivos	13,3	16,9	19,8	16,5	35,6	36,6
Derivación a prisión	16,3	13,9	13,2	12,2	7,0	7,4
Defunción	3,2	3,5	3,6	3,3	2,7	2,5
Cambio de residencia	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7	0,8
Abandono	41,2	38,5	37,2	45,4	35,4	32,3
Alta voluntaria	12,6	12,6	12,5	8,3	6,5	7,0
Alta terapéutica	12,8	14,1	13,1	13,5	10,3	10,7

Aunque se viene observando cierta similitud, año tras año, en las proporciones de las causas de salida, a partir de 2003 se viene produciendo un aumento considerable de pacientes que son derivados a otros dispositivos, lo que implica que los pacientes cambian de dispositivo terapéutico sin perder el seguimiento, frente a la disminución de pacientes que abandonan o que obtienen un alta voluntaria. Esta derivaciones a dispositivos como causa de salida está fuertemente relacionada con las salidas que se proporcionan desde los Equipos de Prisiones, ya que el 70% de esta incidencia son realizadas desde estos Equipos.

Datos Referidos a los Programas Aplicados más Significativos

- Programa de Derivación a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).

1.- Total de derivaciones realizadas de los CTA de Cádiz a Unidades de Desintoxicación en el 2004.

U.D.H. en la que se ingresa	Derivaciones procedentes de Cádiz en el 2004	%
Punta Europa	75	94,9
Cruz Roja de Sevilla	4	5,1
Total	79	100,0

2.- Evolución anual del número de ingresos procedentes del S.P.D. de Cádiz a este recurso.



Total ingresos en UDH procedentes del S.P.D. de Cádiz, según año

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
168	144	132	142	143	104	102	99	79

3.- 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
2004	17

Promedio de días según tipo de altas en el 2004

Altas terapéuticas:	18
Altas no terapéuticas:	12

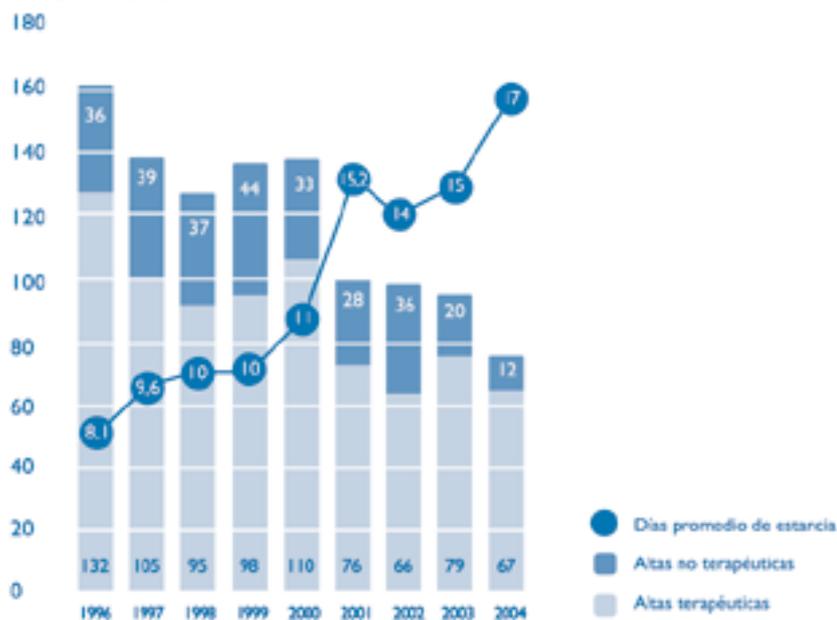
4.- Evolución anual de las tasas de altas terapéuticas de los pacientes ingresados en la U.D.H. de Algeciras.

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%
2004	84,8%

* Distribución Porcentual de los tipos de altas en el 2004

Terapéuticas:	84,8 %
Voluntarias:	11,4 %

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



5.- Distribución de los ingresos en UDH según sexo.

Sexo	% de Pacientes ingresados en el 2004 en UDH
Vарones	83,6
Hembras	16,4

6.- 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
2004	37,0

7.- Total de ingresos en UDH, según comarca de procedencia.

Comarcas	N	%
C. de Gibraltar	37	46,8
Bahía -Vejer	30	37,9
Jerez - Sanlúcar	8	10,1
Sierra de Cádiz	4	5,1
Total Provincial	79	100,0

El 50,1% de los ingresos han sido derivados, en orden de importancia por los centros de Algeciras, La Línea y Cádiz.

• Programa de Derivación a Comunidades Terapéuticas (CC.TT.).

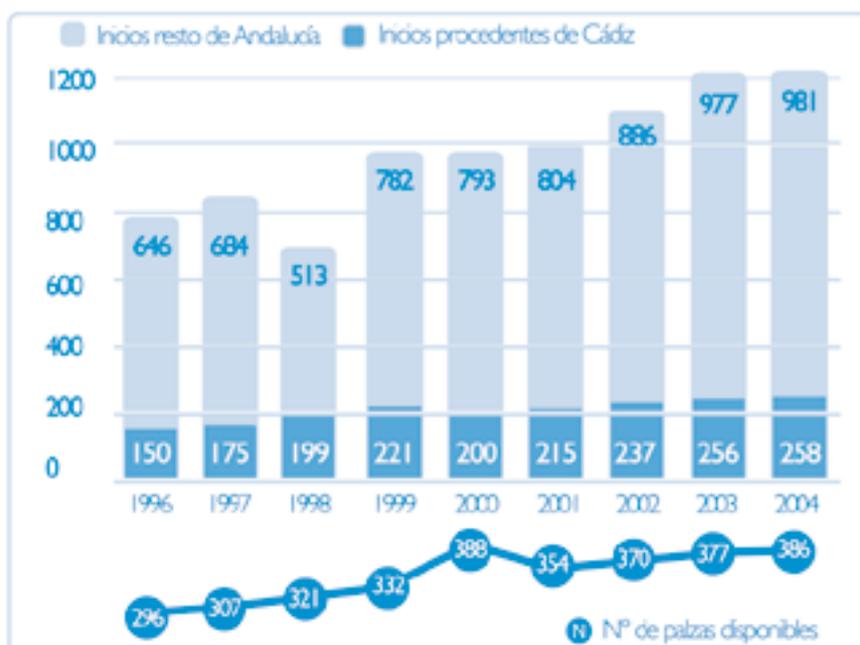
1.- Evolución anual del número de ingresos en CC.TT. según comarcas, procedentes de los distintos CTA de la provincia de Cádiz.

Comarcas	96	97	98	99	00	01	02	03	04
C. de Gibraltar	37	37	39	50	39	33	43	50	67
Bahía - Jerez	84	94	97	104	113	116	122	139	112
Jerez - Sanlúcar	18	34	52	51	31	51	55	45	51
Sierra de Cádiz	6	8	6	8	3	1	6	5	18
Total CTA	146	173	194	213	186	201	226	239	248
ILPP:	4	2	5	8	14	14	11	17	10
Total Provincial	150	175	199	221	200	215	237	256	258

2.- Evolución anual del total de ingresos realizados en CCTT procedentes del SPD de 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
2004	1.239	258	20,8

3.- 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.

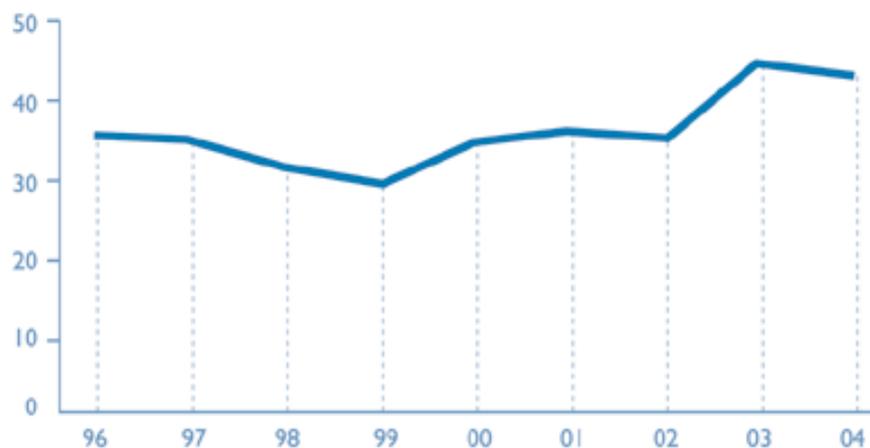


4.- Evolución anual del total de pacientes en programa al final de cada año y número de plazas disponibles. Porcentajes de ocupación de Cádiz.

Año	Pacientes ingresados	Nº de plazas disponibles	% de ocupación sobre total disponible
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
2004	68	386	17,6

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

Tasas de altas terapéuticas en la derivación a CC.TT.								
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
35,5	34,8	31,3	29,1	34,4	35,8	35,1	44,5	42,9



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

Año	Promedio de días de estancia
2000	128
2001	124
2002	119
2003	114
2004	115

* La estancia media de altas terapéuticas en la globalidad de los centros FADA en el 2004, fué de 155 días

Promedio de días según tipo de alta en el 2004:
 Terapéuticas : 187
 No Terapéuticas : 59

7.- Distribución porcentual de los pacientes ingresados en el 2004 del S.P.D. de Cádiz en CC.TT. según sexo.

Sexo	Proporción de los pacientes ingresados en CCTT en el 2004
Varones	92,2
Hembras	7,8

8.- Edad Media de los pacientes del S.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
2004	34,7

- Programa de Desintoxicación Domiciliaria.

1.- Total de inicios de tratamiento de desintoxicaciones domiciliarias en el año 2004, según comarcas.

Desintoxicaciones domiciliarias según droga

	Desintoxicación de Alcohol	Desintoxicación otras drogas
C. de Gibraltar	21	38
Bahía - Vejer	69	169
Jerez - Sanlúcar	23	37
Sierra de Cádiz	31	10
Total CTA	144	254
ILPP.	0	0
Total Provincial	144	254

- Programa de Derivación a Viviendas de Apoyo al Tratamiento y de Apoyo a Enfermos de Sida (VAT y VAES).

1.- Total de inicios de tratamiento en VAT/VAES en el año 2004, según comarcas.

Derivaciones realizadas según Tipo de Vivienda.

	VAT	VAES
C. de Gibraltar	2	8
Bahía - Vejer	2	21
Jerez - Sanlúcar	0	4
Sierra de Cádiz	0	4
Total CTA	4	37
II.PP.	0	0
Total Provincial	4	37

2.- Total de pacientes que se mantienen en Programa de tratamiento en Viviendas AT/ES en el año 2004, según comarcas.

	VAT	VAES
C. de Gibraltar	0	3
Bahía - Vejer	0	7
Jerez - Sanlúcar	0	4
Sierra de Cádiz	0	3
Total CTA	0	17
II.PP.	0	0
Total Provincial	0	17

• Programa de Tratamiento con Metadona (P.T.M.).

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

Indicadores de funcionamiento del PTM

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Inicios de Tratamiento	2.420	2.736	2.857	2.881	3.051	2.899	2.249	1.950	2.132
Pacientes en programa	3.076	3.532	3.628	3.679	3.995	4.036	3.599	3.171	2.987
Nº Puntos Dispensación	51	58	59	61	61	64	64	64	64
Medio de usuarios por punto de dispensación	60	60	61	60	65	63	56	49	46



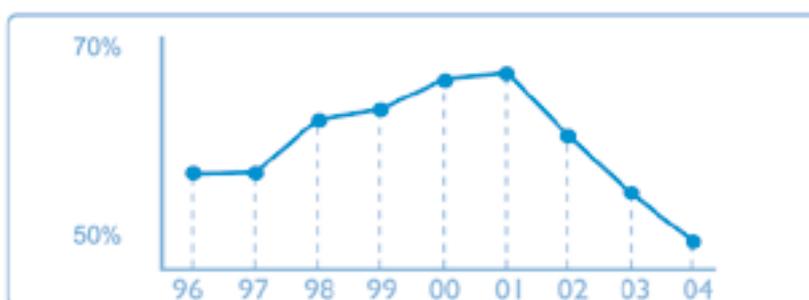
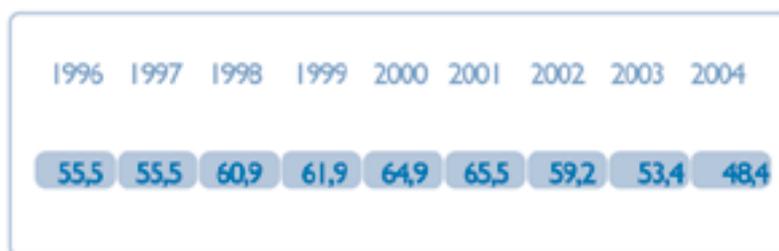
2.- Evolución anual del número de pacientes en P.T.M. según comarcas.

Número de pacientes que se mantienen en P.T.M. al final de cada año

Comarcas	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
C. de Gibraltar	948	976	1.001	946	992	947	837	774	703
Bahía -Mejor	1.211	1.376	1.350	1.451	1.547	1.539	1.362	1.209	1.149
Jerez - Sanlúcar	640	790	765	714	759	774	739	643	582
Serra de Cádiz	213	233	248	251	249	258	221	197	175
Total CTA	3.012	3.375	3.364	3.362	3.547	3.518	3.159	2.823	2.609
ILPP:	64	157	264	317	448	518	440	348	378
Total Provincia	3.076	3.532	3.628	3.679	3.995	4.035	3.599	3.171	2.987

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

Proporción de pacientes en PTM sobre total de pacientes



4.- Proporción de pacientes en P.T.M. sobre el total de pacientes en programa al final del 2004, según comarcas.

Comarcas	Proporción de pacientes en PTM en el 2004
C. de Gibraltar	55,8
Bahía - Vejer	43,4
Jerez - Sanlúcar	47,6
Sierra de Cádiz	42,9
Total CTA	74,1
ILPP	59,1
Total Provincial	48,4

- Tratamientos farmacológicos utilizados en la deshabituación.

1.- Cuadro comparativo sobre el total de inicios de los tratamientos farmacológicos en el año 2004, según comarcas y tipo de tratamiento administrado.

Total de inicios de los tratamientos farmacológicos administrados en 2004

	Antagonistas opiáceos	Anticraving alcohol	Interdictores alcohol
C. de Gibraltar	5	18	60
Bahía - Vejer	6	17	42
Jerez - Sanlúcar	30	20	127
Sierra de Cádiz	2	19	57
Total CTA	43	74	286
ILPP	0	0	0
Total Provincial	43	74	286

- Programa de la Red de Artesanos (R.A.).

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 (R.A.)

Comarcas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
C. de Gibraltar	39	22	21	10	6	9	19	13
Bahía - Vejer	53	76	48	80	78	62	63	71
Jerez - Sanlúcar	31	35	14	20	26	30	22	20
Sierra de Cádiz	27	21	10	16	13	13	18	17
Total CTA	150	154	93	126	123	114	111	121
ILPP	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Provincial	150	154	93	126	123	114	111	121

En 2003, accedieron en Andalucía un total de 303 usuarios, de los cuales 111(36,6%) correspondían a nuestra provincia. En 2004, iniciaron tratamiento 121 (28,9%) pacientes procedentes de la provincia de Cádiz, de un total de 419 que lo iniciaron a nivel andaluz.

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

Total de pacientes en el programa RA al final de cada año.

Comarcas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
C. de Gibraltar	19	16	21	12	6	10	8	11
Bahía - Vejer	48	61	44	62	64	56	46	73
Jerez - Sanlúcar	25	30	12	16	20	23	20	19
Sierra de Cádiz	25	18	7	13	10	11	16	12
Total CTA	117	125	84	103	100	100	90	115
ILPP:	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Provincial	117	125	84	103	100	100	90	115

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

Plazas disponibles en la RA y porcentajes de ocupación al final de cada año



- Programa de Derivación a Viviendas de Apoyo a la Reinserción (VAR).

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

Total de usuarios que acceden a las VAR.

Comarcas	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
C. de Gibraltar	1	5	7	5	1	0	0	6	11
Bahía - Vejer	8	4	10	12	11	6	6	20	11
Jerez - Sanlúcar	0	2	7	4	3	6	4	5	11
Sierra de Cádiz	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total CTA	9	11	24	21	15	12	10	31	34
ILPP:	0	0	0	0	2	2	0	0	2
Total Provincial	9	11	24	21	17	14	10	31	36

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

Total de pacientes en el programa VAR al final de cada periodo anual

Comarcas	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
C. de Gibraltar	2	2	5	5	0	0	1	4	6
Bahía - Vejer	5	1	3	9	11	8	8	11	6
Jerez - Sanlúcar	0	1	6	2	3	2	2	5	5
Sierra de Cádiz	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total CTA	7	4	14	16	14	10	11	20	18
ILPP:	0	0	0	0	1	0	3	1	0
Total Provincial	7	4	14	16	15	10	14	21	18

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

Plazas disponibles en las VAR y porcentajes de ocupación al final de cada año

	96	97	98	99	00	01	02	03	04
Plazas disponibles	38	52	52	52	53	57	55	78	72
% ocupación desde Cádiz	18,4	7,7	26,9	30,7	28,3	17,5	25,5	26,9	25,0
% ocupación resto provincias	81,6	92,3	73,1	69,3	71,7	82,5	74,5	73,1	75,0

• Programa de Empleo “Proyecto Construye”:

1.- Cuadro resumen de la actividad realizada respecto del programa “Proyecto Construye” según comarcas en los años 2003 y 2004.

Actividad realizada	Año 2003			Año 2004		
	Inicios	Salidas	Pac. Prog. final año	Inicios	Salidas	Pac. Prog. final año
Comarcas						
C. de Gibraltar	4	2	5	1	2	4
Bahía - Vejer	3	3	2	2	1	4
Jerez - Sanlúcar	3	0	3	2	0	5
Sierra de Cádiz	1	5	3	3	2	3
Total CTA	11	10	13	8	5	16
ILPP	0	0	0	0	0	0
Total Provincial	11	10	13	8	5	16

- Programa de Empleo “Arquímedes”.

1.- Total 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.

Contratos realizados

	2001	2002	2003	2004
Cádiz	5	8	15	51
Resto de Andalucía	153	154	346	503
% de Cádiz sobre Andalucía	3,2%	4,9%	4,2%	10,1%

2.- Distribución de los contratos realizados en la provincia de Cádiz en el Programa Arquímedes en el 2004, según recurso de procedencia.

Comarcas	Total de contratos realizados en el 2004
C. de Gibraltar	13
Bahía - Vejer	15
Jerez - Sanlúcar	4
Sierra de Cádiz	8
Total CTA	40
II.PP.	11
Total Provincial	51

- Datos relativos a las modalidades de técnicas terapéuticas utilizadas.

Total de pacientes que inician programa en 2004

	Terapia individual	Terapia de pareja	Terapia de familia	Terapia grupal
C. de Gibraltar	168	24	77	11
Bahía - Vejer	51	12	65	47
Jerez - Sanlúcar	82	29	132	0
Sierra de Cádiz	104	3	27	1
Total CTA	405	68	301	59
ILPP:	0	0	1	44
Total Provincial	505	68	302	103

- Datos relativos a las determinaciones de drogas en orina.

1.- Cuadro resumen.

Total determinaciones disponibles para el año 2004	80.400
Total determinaciones realizadas en el año	57.855
Total de controles realizados en el año	25.846
Porcentaje de realización de las determinaciones	71,96
Media anual de determinaciones realizadas por control	2,23

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

	Determinaciones realizadas	Controles realizados	Media de determinaciones por control
C. de Gibraltar	13.309	5.609	2,38
Bahía - Vejer	28.434	13.699	2,10
Jerez - Sanlúcar	11.088	4.110	2,51
Sierra de Cádiz	5.024	2.428	2,05
Total CTA	57.855	25.846	2,23
ILPP:	0	0	0
Total Provincial	57.855	25.846	2,23

- Otros Programas que se llevan a cabo.

Total de pacientes que inician programa en 2004

	Remisión de sanciones	Tratamiento del juego	Tratamiento de estimulantes	Tratamiento del tabaco
C. de Gibraltar	54	1	58	22
Bahía - Véjer	182	27	21	9
Jerez - Sanlúcar	13	17	46	2
Sierra de Cádiz	16	3	6	21
Total CTA	265	48	131	54
ILPP	0	0	0	2
Total Provincial	265	48	131	56

Admisiones y Readmisiones a tratamiento en la provincia de Cádiz

En este apartado sólo vamos a contemplar y a analizar los datos de aquellos pacientes que se atienden en los Centros de Tratamiento en el 2004 (Admisiones y Readmisiones a Tratamiento), donde se les abre historia clínica con el fin de iniciar un proceso de tratamiento.

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 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 así como en los Equipos de Apoyo en II.PP., por consumo de alguna sustancia psicoacti-

va o una dependencia sin sustancia a lo largo del año 2004.

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 2004, se han iniciado en la provincia de Cádiz un total de 2.923 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 en 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, las cuales continúan en el 2004.

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 atención primaria y hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud y en cuanto al juego patológico, hasta el año 2002, era atendido, casi exclusivamente, por el movimiento asociativo.

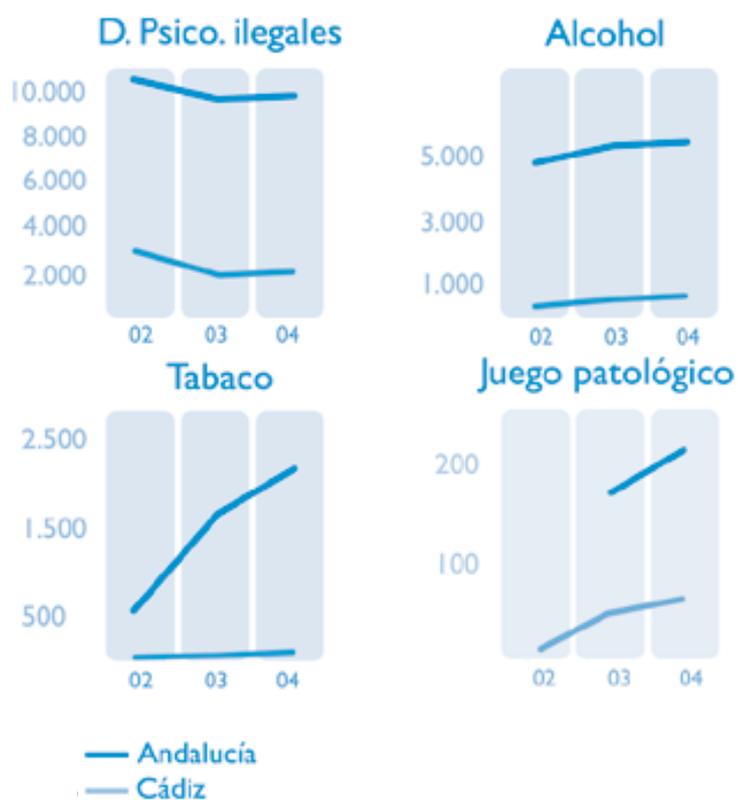
Evolución del número de admisiones y readmisiones a tratamiento motivadas por las diversas adicciones

		Año 2002	Año 2003 **	Año 2004
Andalucía	Drogas Psicoactivas Ilegales	10.538	9.625	9.729
	Alcohol	4.852	5.311	5.548
	Tabaco	573	1.624	2.121
	Juego Patológico	-	174	218
	Total	16.008	16.734	17.616
Cádiz	Drogas Psicoactivas Ilegales	3.089	2.095	2.139
	Alcohol	475	564	659
	Tabaco	46	49	61
	Juego Patológico	13	48	64
	Total*	3.623	2.756	2.923

* 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.

** Durante el año 2004, se han ido incorporando nuevas Fibats cuyo año de inicio real correspondía al año 2003 y que no fueron utilizadas en el análisis, por lo que las cifras dadas en dicho año han sufrido variaciones, las cuales se recogen de la siguiente forma:

	D. Ilegales	Alcohol	Tabaco	Juego Patolog.	Total
Andalucía	9002	5628	2154	226	17890
Cádiz	2151	662	61	64	2938



El total de admisiones y readmisiones en la provincia de Cádiz, 2.923 casos, se pueden distribuir o agrupar según diversos criterios.

Criterios	Variable	N	%
Según tipo de recurso	Públicos	2.702	92,4
	Concertados	221	7,6
Según ubicación	Centros ambulatorios	2.472	84,6
	Equipos de Apoyo en IJPP	451	15,4
Según adicción	Drogas psicoactivas	2.798	95,7
	Juego patológico	64	2,2
	Tabaco	61	2,1
Según ámbito territorial	Comarca Bahía - Vejer	1.142	39,1
	C.Campo de Gibraltar	549	18,8
	C. de Jerez - Sanúcar	619	21,2
	C. Sierra de Cádiz	162	5,5
	Equipos de Apoyo en IJPP	451	15,4

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. No obstante, entendemos que a lo largo de 2004, se ha producido una consolidación del método.

Total de admisiones y readmisiones, según centro notificador, porcentajes sobre el total y tipo de adicción.

Centros y comarcas	Juego Patolog.	Tabaco	Alcohol	Sust. Psicoact. ilegales	Total	%
CTA de Algeciras	5	21	79	253	358	12,2
CTA de La Línea	2	2	39	148	191	6,5
Total Comarca	7	23	118	401	549	
CTA de Barbate	0	0	10	52	62	2,1
CTA de Conil	1	0	4	32	37	1,3
CTA de Alcalá	0	0	2	13	15	0,5
CTA de Cádiz	22	0	101	184	307	10,5
CTA de San Fernando	6	3	58	192	259	8,8
CTA de Puerto Real	1	1	27	49	78	2,7
CTA de Chiclana	3	0	31	72	106	3,6
CTA El Pto. de Sta. Mª	0	0	31	194	225	7,7
Centro Concertado en Cádiz	0	0	53	0	53	1,8
Total Comarca	33	4	317	788	1.142	
CTA de Jerez	11	6	60	179	256	8,7
CTA de Sanlúcar	3	1	40	93	137	4,7
CTA de Rota	1	0	2	8	11	0,3
CTA de Chipiona	1	17	6	23	47	1,6
Centro Concertado en Jerez	4	0	28	136	168	5,7
Total Jerez Sanlúcar	20	24	136	439	619	
CTA de Villamarín	2	0	32	33	67	2,3
CTA de Ubrique	0	2	19	12	33	1,2
CTA de Arcos	1	5	12	12	30	1,0
CTA de Algodonales	1	2	15	14	32	1,1
Total Sierra de Cádiz	4	9	78	71	162	
Total Centros Ambulatorios	64	60	649	1.699	2.472	
E. Apoyo en IL.PP. de Puerto I	0	0	0	67	67	2,3
E. Apoyo en IL.PP. de Puerto II	0	1	9	245	255	8,7
E. Apoyo en IL.PP. de Algeciras	0	0	1	128	129	4,4
Total E. Apoyo en IL.PP.	0	1	10	440	451	
Total Provincial	64	61	659	2.139	2.923	

Pacientes admitidos y readmitidos a tratamiento por sustancias psicoactivas legales (alcohol) e ilegales en el año 2004, sin incluir tabaco y juego patológico.



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 (opíáceos, cocaína, cannabis, psicofármacos, etc...), encontramos los datos que se reflejan en la tabla anterior.

En 2004, de forma global, las sustancias que han generado mayor demanda son el grupo de los opiáceos, cocaína, alcohol y los derivados de la cannabis, destacando el avance de la cocaína como sustancia generadora de demandas de tratamiento.

Evolución del número de admisiones y readmisiones por cualquier tipo de adicción desde 1998 hasta 2004, según comarcas:



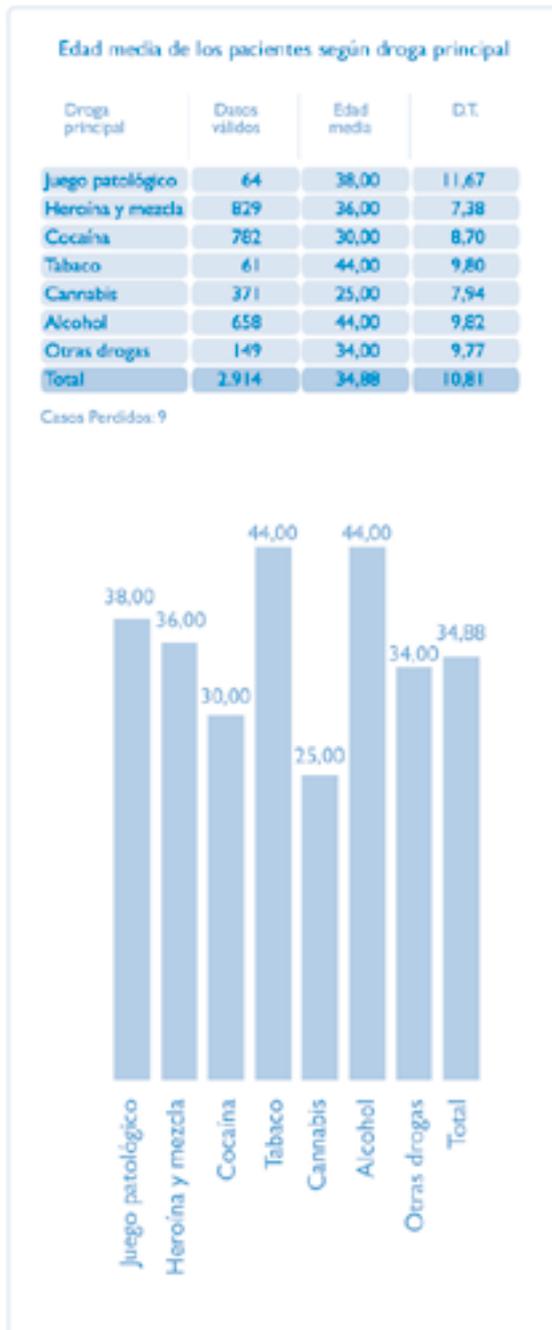
Se constata que a partir del año 2000, se viene produciendo un fenómeno de normalización en cuanto al acceso tanto a los CTA como a los Equipos de Apoyo en II.PP. por el cual, tras un período de un mayor acceso, se produce una paulatina disminución de entrada de pacientes y un aumento en la duración 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 en 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 tendencia a la baja en la Comarca del Campo de Gibraltar, que se recupera en el 2004, mientras que en el resto de las comarcas las tendencias van desde la estabilidad al alza.

PERFIL DEL NUEVO USUARIO

A. Características Sociodemográficas.

1.- Edad media de los pacientes.



2.- Género o sexo de los pacientes.

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 y tabaco con una media de edad de 44 años. Los más jóvenes son aquellos cuya droga principal es la cannabis, con una edad media de 25 años.

Droga principal	Datos válidos	Hombre	Mujer
Juego patológico	64	92,19	7,81
Heroína y mezcla	832	88,10	11,90
Cocaína	786	90,71	9,29
Tabaco	61	49,18	50,82
Cannabis	371	88,95	11,05
Alcohol	659	86,49	13,51
Otras drogas	149	80,54	19,46
Total	2.922	87,4	12,56

Casos Perdidos: 1

Apreciamos que, independientemente de la droga que motiva el tratamiento, los pacientes son mayoritariamente hombres, a excepción de los consumidores de tabaco, donde un 50,82% son mujeres.

3.- Situación laboral.

La situación laboral de las pacientes arrojan cifras claramente diferentes en función del tipo de drogas, prevaleciendo en el grupo de las adicciones por alcohol, tabaco y juego patológico 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 (54,09%) se encuentran en paro, siendo este grupo el que presenta un porcentaje mayor de parados.

Droga principal	Datos válidos	Trabajando	Parado	Inactivo /otras
Juego patológico	56	73,21	10,71	16,08
Heroína y mezcla	477	23,27	54,09	22,64
Cocaína	573	53,75	33,16	13,09
Tabaco	57	57,89	10,53	31,58
Cannabis	289	42,91	21,45	35,64
Alcohol	551	58,08	17,42	24,50
Otras drogas	105	29,52	40,0	30,48
Total	2.108	45,92	31,31	22,77

Casos Perdidos: 815

En el concepto Inactivos/Otros se reflejan las opciones de pensionistas, estudiando, sus labores exclusivamente y otras opciones. Dentro de este apartado encontramos que los que iniciaron tratamiento por alcohol, son los que más incapacitados o pensionistas reflejan (17,60%), mientras que en el grupo de consumidores de cannabis, son los estudiantes los que presentan el mayor porcentaje (27,68%).

4.- Nivel de estudios.

Droga principal	Datos válidos	Estudios primarios o inferior	Grad. escolar o ESO	Bach. Superior o FP	Estudios Univers.	Otras formaciones
Juego patológico	63	41,27	47,62	7,94	3,17	0,0
Heroína y mezcla	787	73,06	22,49	3,43	0,76	0,25
Cocaína	759	48,35	41,37	8,83	1,45	0,0
Tabaco	60	46,67	21,67	18,33	13,33	0,0
Cannabis	363	37,19	52,62	7,71	2,20	0,28
Alcohol	627	55,50	27,43	11,80	5,10	0,16
Otras drogas	140	60,71	34,29	3,57	0,71	0,71
Total	2.799	55,88	33,76	7,75	2,43	0,18

Casos Perdidos: 124

En términos generales, son los pacientes que demandan tratamiento por opiáceos, alcohol y otras drogas, los que alcanzaron un menor nivel de educación, mientras que los de cannabis, cocaína y juego patológico, son los que a simple vista, destacan por tener una mejor nivel formativo.

5.- Convivencia.

Droga principal	Datos válidos	Solo	Familia Propia	Familia de origen	Con Amigos	Otras situaciones
Juego patológico	64	4,69	50,00	43,75	1,56	0,0
Heroína y mezcla	805	11,93	20,50	27,83	1,3	38,39
Cocaína	773	7,89	24,97	54,20	1,03	11,90
Tabaco	60	6,67	81,67	8,33	0,0	3,33
Cannabis	368	2,72	13,32	78,53	0,27	5,16
Alcohol	651	15,82	53,46	25,81	0,77	4,15
Otras drogas	142	7,75	26,06	51,41	0,70	14,08
Total	2.863	10,06	30,49	42,12	0,94	16,38

Casos Perdidos: 60

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”.

6.- Incidencias legales.

Droga principal	Datos válidos Pre./ Post.	I. legales previas		I. legales posteriores	
		Sin incidencias	Con incidencias	Sin incidencias	Con incidencias
Juego patológico	64/64	96,88	3,12	87,50	12,5
Heroína y mezcla	794/773	92,19	7,81	18,89	81,11
Cocaína	773/767	90,43	9,57	41,07	58,93
Tabaco	45/45	95,56	4,44	93,33	6,67
Cannabis	368/368	92,12	7,88	32,69	67,31
Alcohol	640/632	97,19	2,81	74,05	25,95
Otras drogas	139/137	94,96	5,04	39,42	60,58
Total	3823/2782	93,13	6,87	43,13	56,87

Casos Perdidos: I. Legales Previas: 100. I Legales Posteriores: 141

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 de éstos son por sanciones administrativas y los de heroína y mezcla que en más de la mitad de ellos se reflejan incidencias de condenas.



Resumen sobre el perfil sociodemográfico del nuevo usuario atendido en los C.T.A. durante 2004

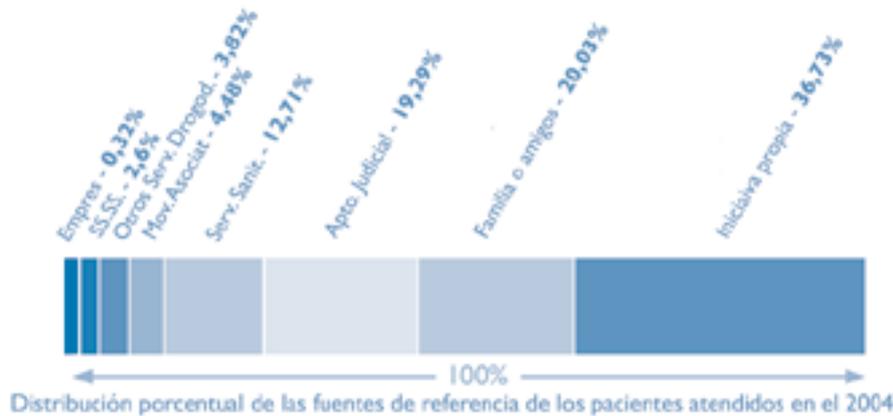
- EDAD MEDIA: 34,8 años
- SEXO: 87,4% varones
- SITUACIÓN LABORAL: 45,92% trabajan.
- NIVEL DE ESTUDIOS: El 55,88 no alcanza el nivel de Graduado Escolar o ESO.
- CONVIVENCIA: El 42,12% vive con la familia de origen.
- INCIDENCIAS LEGALES: El 56,87% presentan algún tipo de incidencia legal

B. Aspectos relacionados con el tratamiento.

1.- Fuente de referencia principal.

Droga principal	Datos válidos	Otros serv. Drogod.	Serv. sanit.	SSSS	Apto. Judicial	Empres.	Fam o amigos	Iniciat. propia	Mov. asociat
Juego patológico	63	7,94	36,51	1,59	0,0	1,59	23,81	26,98	1,59
Heroína y mezcla	815	8,59	2,94	1,72	35,34	0,25	6,75	41,10	3,31
Cocaína	767	0,65	8,47	2,09	15,38	0,26	27,51	42,89	2,74
Tabaco	60	0,0	10,00	0,0	0,0	0,0	21,67	68,33	0,0
Cannabis	365	0,27	5,75	3,56	32,33	0,27	30,96	22,19	4,66
Alcohol	645	1,55	31,47	3,57	2,02	0,47	22,48	29,46	8,99
Otras drogas	141	12,77	14,89	5,67	9,93	0,0	14,18	39,72	2,84
Total	2.856	3,82	12,71	2,6	19,29	0,32	20,03	36,73	4,48

Casos Perdidos: 97



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 de forma global, la iniciativa privada y los familiares o amigos las fuentes de referencia con porcentajes más importantes para todos los usuarios.

Observamos que el aparato judicial, como fuente de referencia, va creciendo considerablemente, ya no sólo en el grupo de la cannabis sino también en los pacientes cuya droga principal es la heroína y mezcla.

Los pacientes cuya droga principal es el alcohol tienen como fuentes de referencia más importantes los servicios sanitarios y la iniciativa privada. Entre todos los grupos de pacientes, es en este grupo donde más incide el movimiento asociativo como fuente de referencia. También se destaca la importancia de los servicios sanitarios en la derivación de pacientes con dependencia al juego.

2.- Tipo de demanda.

Demanda	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
P. Metadona	66,67	1,05	0,0	0,16	37,68	22,10
Otra Medicación	0,62	1,70	0,28	3,83	2,17	1,71
CC.TT.	4,24	7,06	0,55	4,63	5,07	4,68
UDH	1,75	0,92	0,0	0,82	7,25	1,34
Desintoxicación	4,12	6,67	2,49	21,85	5,80	8,84
Deshabitación	9,24	46,67	49,58	42,11	17,39	33,36
Ayuda no especif.	7,24	21,31	37,40	21,21	17,39	19,06
C. de Día/ocup.	3,00	11,90	5,26	3,99	2,90	6,05

P. Reinserción	0,87	0,13	0,55	0,16	2,17	0,52
VAR	0,0	0,26	0,0	0,16	0,0	0,11
VAT	0,12	0,13	0,28	0,0	0,0	0,11
C. Toxicológico	1,00	1,44	2,22	0,16	0,72	0,45
Datos válidos totales	801	765	361	627	138	2.692

Casos Perdidos: 106

Se encuentran diferencias en el tipo de demanda que realizan en cada una de las adicciones, no obstante es la deshabitación la que 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 solicitada.

Relación entre los tipos de demanda y los tratamientos prescritos en los CTA en el año 2004 en datos porcentuales.



* Los conceptos de ayuda no especificada en la demanda y la derivación a otro recurso no son equiparables, no obstante se reflejan sus puntuaciones

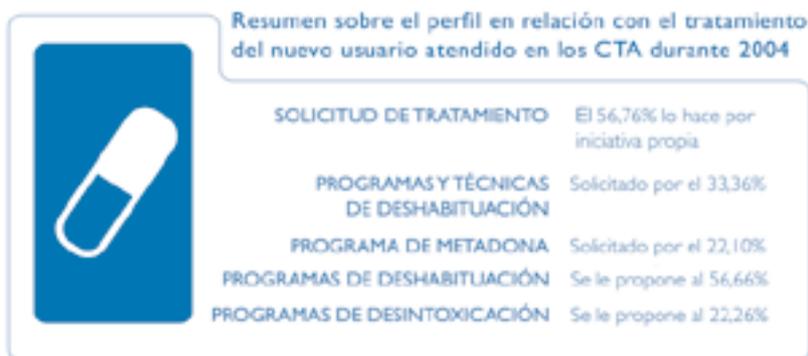
Entre los diversos grupos de pacientes observamos que la asistencia prescrita sigue los siguientes patrones: En el caso de los pacientes cuya droga principal son los opiáceos es el Programa de Metadona la opción más frecuente, seguido de la aplicación de las distintas técnicas de deshabitación.

Entre los usuarios por cocaína sobresale la aplicación de técnicas de deshabitación muy por encima de las demás, al igual que los pacientes por cannabis y alcohol.

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.
- Se produce un incremento importante en cuanto a la indicación de deshabitación en todos los grupos de drogas.



C. Aspectos relacionados con el consumo.

1.- Edad media de inicio de consumo.

Droga principal	Datos válidos	Media	D.T.
Heroína y mezcla	793	20,26	6,23
Cocaína	758	21,17	6,93
Tabaco	23	14,61	2,98
Cannabis	354	16,10	3,76
Alcohol	321	26,56	9,68
Otras drogas	139	24,58	9,69
Total	2.388	20,98	7,57

Casos Perdidos: 410

En el grupo de pacientes cuya droga principal es la heroína, la edad media en la que se iniciaron en el consumo es de 20,26 años en 2004. En el caso de pacientes por cocaína los datos arrojan cifras cercanas.

Son los usuarios por tabaco y cannabis los que más pronto se inician en el consumo, con una edad media de 14,61 y 16,10 años y todos muy concentrados en edades jóvenes (desviación típica de 2,98 y 3,76).

2.- Años transcurridos desde inicio del consumo.

Droga principal	Datos válidos	Media	D.T.
Heroína y mezcla	796	15,68	6,82
Cocaína	761	8,74	5,98
Tabaco	23	26,91	9,53
Cannabis	355	8,82	7,39
Alcohol	321	17,84	11,05
Otras drogas	139	9,28	7,41
Total	2.395	12,48	8,45

Casos Perdidos: 403

En cuanto al número de años que lleva consumiendo la droga principal, se observa que los pacientes admitidos a tratamiento por consumo de tabaco, seguidos de los de alcohol, son los que más tiempo llevan. Después le siguen el grupo de heroína, que presentan una media de 15,68 años.

Los consumos con inicios más recientes corresponden respectivamente a la cocaína con 8,74 años y al cannabis con 8,82 años de media.

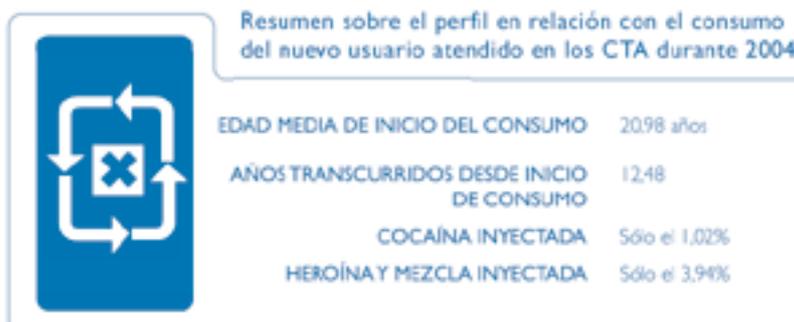
3.- Vía principal de administración de la heroína y mezcla.

Vía Admón.	Heroína y mezcla	Cocaína
Oral	0,63	1,02
Pulmonar o fumada	69,13	29,22
Intranasal o esnifada	3,62	61,05
Parenteral o inyectada	3,94	1,02
Otras	0,0	0,0
No consumió	19,37	7,56
Desconocida	3,31	0,15
Total	635	688

La vía de administración de la droga principal 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 es la heroína y mezcla, la vía más frecuente es la fumada (aspiración de gases o vapores), utilizándose ésta por un 69,13% de éstos. La vía inyectada ha representado un 3,94% de los pacientes.

Respecto de los usuarios por cocaína, la vía principal más importante es la esnifada (aspiración del polvo por la nariz) con un 61,05%, seguido de fumada con un 29,22% de los usuarios.



D. 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.

1.- Estado serológico frente al VIH.

Estado	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
Positivo	22,92	2,77	1,37	1,80	15,38	9,09
Negativo	56,38	49,60	27,32	43,04	35,66	46,37
Pendiente resultados	3,22	6,60	3,28	8,02	9,79	5,62
No se realiza análisis	12,02	32,06	55,19	40,43	32,87	31,14
Desconocido	5,45	8,97	12,84	6,71	6,29	7,78
Datos válidos totales	807	758	366	611	143	2.685

Casos Perdidos: 113

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 superior en el grupo de los opiáceos frente al resto de los grupos por otras sustancias. También constatamos que es en este grupo donde la proporción de usuarios que no se realiza análisis es menor.

Dentro del apartado de otras drogas, al haber consumidores de otros opiáceos, la proporción de usuarios positivos también resulta considerable.

2.- Estado serológico frente a la Hepatitis B.

Estado	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
Ha padecido	10,30	2,77	0,27	3,45	7,75	5,11
Padece	4,96	1,19	0,0	1,97	4,23	2,50
No padece	52,23	49,67	36,71	40,72	36,62	45,95
No se realiza análisis	20,22	34,08	49,32	43,19	37,32	34,23
Vacunado	3,47	1,89	1,10	0,49	0,70	1,90
Desconocido	8,81	10,30	12,60	10,18	13,38	10,30
Total	806	757	365	609	142	2.679

Casos Perdidos: 119

Los usuarios cuya droga principal es la heroína y mezcla, son los que reflejan una mayor dimensión en el concepto padecen o han padecido la hepatitis B, seguidos del grupo de otras drogas, por la misma razón que se argumentó en la anterior tabla.

3.- Estado serológico frente a la Hepatitis C.

Estado	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
Ha padecido	10,30	2,77	0,27	3,45	7,75	5,11
Padece	4,96	1,19	0,0	1,97	4,23	2,50
No padece	52,23	49,67	36,71	40,72	36,62	45,95
No se realiza análisis	20,22	34,08	49,32	43,19	37,32	34,23
Vacunado	3,47	1,89	1,10	0,49	0,70	1,90
Desconocido	8,81	10,30	12,60	10,18	13,38	10,30
Total	806	757	365	609	142	2.679

Casos Perdidos: 119

Entre los pacientes admitidos por heroína y mezcla encontramos una importante proporción de pacientes que han padecido o padecen la hepatitis C actualmente. Entre el resto de los admitidos estas cifras bajan considerablemente a excepción del grupo de otras drogas, donde los consumidores de otros opiáceos ocupan una proporción importante.

4.- Estado serológico frente a la TBC.

Estado	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
Ha padecido	5,71	1,19	0,27	0,99	7,04	2,69
Padece	1,99	0,53	0,0	0,82	2,11	1,05
No padece	62,73	56,41	39,45	49,75	45,77	53,92
No se realiza análisis	20,87	31,31	47,95	39,74	33,80	32,49
Vacunado	0,12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04
Desconocido	8,57	10,57	12,33	8,70	11,27	9,82
Total	805	757	365	609	142	2.678

Casos Perdidos: 120

En relación a la TBC, los pacientes admitidos por heroína y otras drogas son aquellos grupos que reflejan un mayor número de usuarios que la han padecido o la padecen actualmente.

5.- Estado serológico frente a las ETS.

Estado	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
Positivo	1,24	0,79	0,55	0,66	2,11	0,93
Negativo	51,37	49,21	33,70	40,49	35,21	45,01
No se realiza análisis	32,84	36,24	51,23	48,20	45,77	40,49
Desconocido	14,55	13,76	14,52	10,66	16,90	13,56
Total	804	756	365	610	142	2.677

Casos Perdidos: 121

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.

6.- Existencia de alteraciones psicológicas

Psicopatología	Heroína y mezcla	Cocaína	Cannabis	Alcohol	Otras drogas	Total
Si	8,32	12,45	11,45	26,17	12,59	14,28
No	78,31	74,71	74,18	61,87	74,83	72,74
Desconocido	13,37	12,84	14,29	11,95	12,59	12,98
Total	793	763	364	619	143	2.682

Casos Perdidos: 116

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 (26,17%) son las que más la presentan. Proporciones entre el 8% y el 132% presentan el resto de los usuarios.

Datos específicos sobre los pacientes admitidos y readmitidos a tratamiento por 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 2004 se realizaron 61 admisiones a tratamiento por dependencia al tabaco en los centros de la provincia de Cádiz. Esta cifra de admisiones desde los centros de drogodependencia de la Red Pública de Cádiz sigue siendo 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.

1.- Intentos previos para dejar de fumar.

	N	%
S	26	47,27
No	29	52,73
Total	55	100,00

Casos Perdidos: 6

2.- Dolencias.

	Han padecido %	Padecen %
Bronquitis crónica	17,02	21,28
Faringitis crónica	0,0	0,0
Fatiga	15,22	36,96
Cáncer de laringe	0,0	0,0
Infarto	6,67	0,0
Angina de pecho	13,04	0,0
Hipertensión	4,26	12,77
Resfriados continuos	34,04	31,91
Gastritis	17,78	13,33

Casos Perdidos: 16

Datos específicos sobre los usuarios admitidos y readmitidos a tratamiento por 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. Aquí se han analizado aquellas variables que pudieran ser de interés, no contemplándose las que se han implementado a mediados del año.

En 2004 se realizaron 64 admisiones a tratamiento por Juego Patológico, cifra aún muy reducida, 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.

1.- Admisiones según centro.

	N	%
Chiclana	3	4,7
San Fernando	6	9,3
Arcos	1	1,5
Chipiona	1	1,5
Rota	1	1,5
Algeciras	5	7,8
Conil	1	1,5
Cádiz	22	34,4
Villamartín	2	3,1
Jerez	11	17,2
Algodonales	1	1,5
La Línea	2	3,1
Puerto Real	1	1,5
Sanlúcar	3	4,7
C. Concertados	4	6,2
Total	64	100,0

Destaca por encima de todos el Centro de Cádiz con el 34,4% de los casos, circunstancia ésta debida a la creación de una Unidad específica para el tratamiento de estas adicciones en ese centro. También se constata el aumento de casos en Jerez debido al aumento de cobertura por desplazamiento de un profesional para la atención específica de esta adicción al CTA de Jerez.

Por otro lado y en relación a los datos de ámbito regional, casi un 30% de los casos iniciados en Andalucía proceden de la provincia de Cádiz.

2.- Ingresos económicos mensuales de los usuarios.

	N	%
Menos de 360,0 €	5	8,5
Entre 360,60 y 721,21 €	10	16,9
Entre 721,21 y 1502,53 €	37	62,7
Entre 1502,53 y 2404,05 €	5	8,5
Más de 2404,05 €	2	3,4
Datos Válidos	59	100,0

Casos Perdidos: 5

Más de la mitad de los usuarios se sitúan en la franja de los 721,21 y 1.502,53 (intervalo entre 120.000 y 250.000 ptas.).

3.- Problemas ocasionados por la adicción al juego.

	N	%
Problemas laborales/ en el estudio	16	10,1
Conflictos familiares	53	33,5
Pérdida de tiempo para realizar otras actividades	14	8,8
Problemas psicossomáticos	20	12,6
Problemas económicos	53	33,5
Problemas legales	2	1,3

En relación a los problemas ocasionados en los últimos seis meses, teniendo en cuenta que pueden ser referidos uno o más problemas, los más mencionados son los conflictos familiares (33,5%) y los problemas económicos (33,5%).

4.- Tipo de juego al que es adicto.

	N	%
Loterías, cupones, quinielas y bonoloto	1	1,6
Máquinas tragaperras	55	87,3
Cartas, dominó, dados, etc... (apuestas)	1	1,6
Bingo	3	4,7
Casino	1	1,6
Otros juegos	2	3,2
Datos Válidos	63	100,0

Casos Perdidos: 1

Los adictos a los juegos suelen serlo a distintos juegos a la vez, en esta tabla recogemos aquel juego que indican en primer como el más importante.

De los 64 pacientes admitidos por juego patológico, el 87,3% refieren como dependencia principal las máquinas tragaperras.

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 45,3% de estos usuarios señalaban distintos juegos que le generaban dependencia (cupones, quinielas, bingo, casinos, etc...)

5.- Tratamientos previos.

	N	%
Sí	14	22,2
No	49	77,8
Total	63	100,0

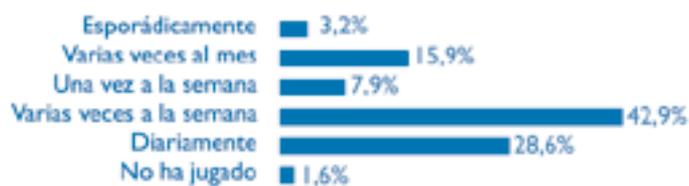
Casos Perdidos: 1

El 22,25% de los admitidos a tratamiento realizaron previamente algún tratamiento para su adicción al juego que señalan como más importante, la mayoría de ellos acudieron a grupos de auto ayuda.

6.- Frecuencia con que realiza el juego principal.

	N	%
Esporádicamente	2	3,2
Varias veces al mes	10	15,9
Una vez a la semana	5	7,9
Varias veces a la semana	27	42,9
Diariamente	18	28,6
No ha jugado	1	1,6
Total	63	100,0

Casos Perdidos: 1



La frecuencia del juego principal, como era de esperar, señalan los usuarios describen de una forma bastante continuada, ya que el 71,5% de éstos refieren jugar, o bien diariamente o bien varias veces por semana.

7.- Sustancias que consumen durante el juego.

	N	%
Alcohol	31	48,4
Cocaína	6	9,4
Tabaco	5	7,8
No consumen drogas	22	34,3
Datos Válidos	64	100,0

Esta variable permite elegir una o más sustancias. De éstas, la más consumida durante el juego resulta ser el alcohol con un 48,4% de usuarios que así lo señalan.

Actuaciones Orientadas a la Reducción de la Demanda

Actividades de Formación - Prevención realizadas en el 2004.

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 2004 han sido las siguientes:

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: AMPA del IES Huerta del Rosario (Algeciras)
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 22

Asesoramiento Técnico a Profesores. Implementación programas de Prevención institucionales

Entidad corresponsable: Equipo Directivo IES Salesianos Algeciras
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 12

Taller de Prevención dirigido a Jóvenes

Entidad corresponsable: IES Huerta del Rosario
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 30

Asesoramiento Técnico a profesores. Implementación programas de Prevención institucionales

Entidad corresponsable: Equipo Directivo IES El Saladillo. (Algeciras)
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 22

Taller de Prevención de las Drogodependencias dirigido a Jóvenes

Entidad corresponsable: IES García Lorca
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 30

Prevención en Drogodependencias dirigido a Jóvenes Internos en Centros de Menores

Entidad corresponsable: Centro educativo "La Marchenilla"
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 42

Formación Básica en Drogodependencias dirigido a Personal Técnico de Centros de Menores

Entidad corresponsable: Centro educativo "La Marchenilla"
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 28

Curso de Acceso a la Policía Local

Entidad corresponsable: Consejería Gobernación
Órgano Gestor: Escuela de Seguridad Pública de Andalucía
Asisten: 66
Impartido por técnicos del CTA de Algeciras

Curso dirigido a la Policía Local

Entidad corresponsable: Ayuntamiento Algeciras
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 84
Observaciones: Sesiones formativas a la Policía en grupos de 10 agentes

Curso de Prevención de las Drogodependencias dirigido a Jóvenes de Escuelas Taller y Casas de Oficios

Entidad corresponsable: Escuela Taller "Cortijo Real"
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 15

Curso de Prevención de las Drogodependencias dirigido a Jóvenes de Escuelas Taller y Casas de Oficios

Entidad corresponsable: Taller de Empleo "La Almoraima"
Órgano Gestor: CTA Algeciras. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 21

Curso de Prevención de las drogodependencias dirigido a la Policía Local y Guardia Civil

Entidad corresponsable: Ayuntamiento de Sanlúcar de Barrameda y Comandancia de la Guardia Civil
Órgano Gestor: CTA de Sanlúcar de Barrameda
Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 24

Curso de Prevención de las drogodependencias dirigido a la Policía Local y Guardia Civil

Entidad corresponsable: Ayuntamiento de Sanlúcar de Barrameda y Comandancia de la Guardia Civil
Órgano Gestor: CTA de Sanlúcar de Barrameda
Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 23

Formación de formadores en Prevención de las Drogodependencias

Entidad corresponsable: Comandancia de la Marina. Región Sur. (Base Naval de Rota)
Órgano Gestor: CTA de Sanlúcar de Barrameda. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 23
Dirigido a Oficiales de la Marina

Formación de formadores en Prevención de las Drogodependencias

Entidad corresponsable: Comandancia de la Marina. Región Sur. (Base Naval de Rota)
Órgano Gestor: CTA de Sanlúcar de Barrameda. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 22
Dirigido a Suboficiales de la Marina

Formación en Prevención de las Drogodependencias

Entidad corresponsable: Comandancia de la Marina. Región Sur. (Base Naval de Rota)
Órgano Gestor: CTA de Sanlúcar de Barrameda. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asisten: 22.
Dirigido a Tropa y Marinería

Curso de Formación en Drogodependencias dirigido a profesores

Entidades corresponsables: CEP de Cádiz y Ayuntamiento de San Fernando
Órganos Gestores: CTA de San Fernando. Servicio Drogodependencias de Cádiz y CEP de Cádiz

Asisten: 20
Implementación del Programa DINO

Curso de Formación en Drogodependencias dirigido a profesores

Entidades corresponsables: CEP de Cádiz y Ayuntamiento de San Fernando
Órganos Gestores: CTA de San Fernando. Servicio Drogodependencias de Cádiz y CEP de Cádiz
Asisten: 21
Implementación del Programa Prevenir para Vivir

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: Ayuntamiento de Vejer de la Frontera.
Órgano Gestor: CTA de Barbate. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 12

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: Ayuntamiento de Conil de la Frontera
Órgano Gestor: CTA de Conil. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 60

Curso de prevención en drogodependencias dirigido a mediadores juveniles

Entidad corresponsable: Ayuntamiento de Conil de la Frontera
Órgano Gestor: CTA de Conil. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 15

Curso de Acceso a la Policía Local

Entidad corresponsable: Consejería Gobernación
Órgano Gestor: Escuela de Seguridad Pública de Andalucía
Asisten: 30
Observaciones: 16 horas impartidas por técnicos del CTA de Jerez de la Frontera

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: Equipo Directivo Colegio Albariza
Órgano Gestor: CTA Jerez de la Frontera. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 10

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: Ayuntamiento Torrecera y AMPA de C.P. Torrecera
Órgano Gestor: CTA Jerez de la Frontera. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 18

Taller de Prevención de las Drogodependencias dirigido a Jóvenes

Entidad corresponsable: IES Matrera
Órgano Gestor: CTA Villamartín. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 70

Curso Comarcal de Prevención de las drogodependencias dirigido a la Policía Local y Guardia Civil

Entidades corresponsables: Ayuntamientos de la Comarca de la Sierra de Cádiz y Comandancia de la Guardia Civil
Órgano Gestor: CTAS Villamartín y Ubrique. Servicio Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 25
Observaciones: Celebrado en la localidad de Zahara de la Sierra

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: AMPA del IES El Convento
Órgano Gestor: CTA Villamartín. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 50
Observaciones: Celebrado en la localidad de Bornos

Prevención en el Ámbito Familiar

Entidad corresponsable: AMPA del IES Antonio Machado
Órgano Gestor: CTA Villamartín. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 50

Seminario de Formación: La Adicción según Género

Órgano Gestor: Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 130
Impartido por Pilar Blanco Zamora. Directora Técnica y Responsable de Evaluación e Investigación Clínica de la Fundación Spiral

Seminario de Formación: Adolescencia y usos de Drogas. Del aprendizaje de la felicidad a la aceptación de los límites

Órgano Gestor: Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 130
Imparte: Jaime Funes Artiga. Psicólogo. Especialista en adolescentes en dificultades sociales

Seminario de Formación: Trastornos de personalidad y conductas Adictivas

Órgano Gestor: Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 130
Impartido por Vicente Rubio Larrosa. Médico. Psiquiatra. Director del Departamento de Psiquiatría del Hospital Provincial de Zaragoza. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. Sandra Llagostera Esteban. Psicóloga. Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Seminario de Formación: Adicciones y Familia

Órgano Gestor: Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 130
Impartido por Emilio Gegundez Árias. Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar. Coordinador del Centro Comarcal de Drogodependencias de Bollullos del Condado. (Huelva)

Seminario de Formación: Adicciones y Mayores. Dependencia al alcohol y al tabaco, abuso de psicofármacos en la tercera edad

Órgano Gestor: Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz
Asistentes: 130
Impartido por Silvia Mondón Vehils. Médico Psiquiatra. Unidad de Alcoholología del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona

OTROS ACTOS FORMATIVOS.

ENCUENTROS DE PROFESIONALES EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES

Fechas: 21, 22 y 23 de noviembre 2004.

Lugar de celebración: Hoteles Barrosa Park, Barrosa Garden y Playa La Barrosa, situados en la Urbanización Novo Sancti Petri de Chiclana de la Frontera (Cádiz).

Excluidos los docentes y los miembros de la organización, participaron 384 alumnos.

MESAS DE TRABAJO.

Las Mesas de Trabajo tenían una duración de dos horas cada una de ellas y estaban codificadas desde M1 a M6, inclusive, las que se desarrollaron el día 21. Las correspondientes al día 22, tenían códigos comprendidos entre M7 y M12, ambos incluidos.

M1 Estado actual de los sistemas de información en drogodependencias.

Se pretende en esta mesa que los ponentes expongan los principales elementos que conforman el sistema de información sobre drogas desde la perspectiva europea, estatal y autonómica. Repaso de los principales indicadores y metodologías en vigor. Principales resultados generados por dichas metodologías e indicadores. Limitaciones y posibles desarrollos futuros.

Rosario Ballesta Gómez. Observatorio Andaluz sobre Drogas. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Sevilla.

Gregorio Barrio Anta. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Julián Vicente Orta Orta. Médico. Especialista en Salud Pública. Trabaja en el Programa Análisis de la Situación del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT / EMCDDA), en Lisboa, agencia descentralizada de la Comisión Europea. Es el responsable de los proyectos: mortalidad relacionada con drogas y estimación de prevalencia y patrones de consumo de drogas en la población general (encuestas de población). Lisboa.

Modera la mesa:

Bartolomé de la Fuente Darder. Médico del Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba. Miembro de la Junta Directiva de APRODA.

M2 Jóvenes, valores y orientaciones de vida.

Recientes investigaciones confirman la diversidad de los valores y estilos de vida juveniles. A pesar de ello, la publicidad y los medios de comunicación proyectan una imagen estereotipada y superficial de los jóvenes, reforzando selectivamente los valores de tipo hedonista o presentistas, unos valores que no se corresponden con aquellos socialmente deseables. Esta contradicción está provocando un aumento de las dificultades de los jóvenes para identificar las normas sociales (lo que deben y no deben hacer), privándoles de referentes en torno a los cuales construir su propia identidad, un proyecto de vida autónomo.

Jaime Funes Artiaga. Psicólogo. Especialista en adolescencia y dificultades sociales. Barcelona.

Lorenzo Sánchez Pardo. Director Técnico de Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos. Madrid.

Mauricio Coletti. Investigador, formador. Presidente Europeo de Itaca. Italia.

Modera la mesa:

Andrés Estrada Moreno. Comisionado para las Drogodependencias de la Junta de Andalucía. Sevilla.

M3 Qué entendemos por incorporación social.

Consideramos por incorporación social todas aquellas acciones e intervenciones dirigidas a facilitar que un sujeto pueda desarrollar sus capacidades personales y sociales, asumiendo un papel protagonista en un proceso que entendemos flexible, con ritmos diferentes y metas diversas.

Jaime Dias Ferreira. Coordinador Nacional de Proyectos del Instituto de la Droga y de Drogodependencia. Portugal.

Blanca Molina Molina. Asesora de Incorporación Social. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

Jesús Valverde Molina. Profesor Titular de Psicología Diferencial y Psicología del Trabajo de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Modera la mesa:

Carmen Picón Galoso. Coordinadora del área de incorporación social de Jerez/Sanlúcar. Directora del CTA de Jerez de la Frontera. Servicio de Drogodependencias de Cádiz.

M4 La construcción de la política europea en el campo de las drogas.

En esta mesa se pretende que los ponentes expongan los principales elementos que conforman la política europea sobre drogas. Perspectiva histórica y estratégica. Ámbito de acción europea. Información y evaluación: herramientas europeas.

Georges Estievenart. Director ejecutivo del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Lisboa.

Philippe Roux. Responsable de Estrategia Europea y Evaluación del Plan europeo: salud pública y drogas en Europa. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Francia.

Alain Labrousse. Experto en geopolíticas y en cooperación Norte . Sur en materia de drogas. Francia.

Santiago de Torres. Experto, representante del Parlamento Europeo en el Consejo de Administración del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Modera la mesa:

Felipe Márquez Mateo. Diputado Delegado de Políticas Sociales y Deportes de la Excma. Diputación Provincial de Cádiz.

M5 El fenómeno de las drogas en la población emigrante y extranjera comunitaria.

El tema de la inmigración ha alcanzado una gran relevancia en nuestra Comunidad Autónoma, al ser ésta, por un lado, vía de acceso de la inmigración procedente del Continente Africano y, por otra, al recibir una importante población extranjera que acude de forma temporal a determinadas actividades agrícolas. Por otro lado, su mayor nivel de permanencia e integración social les lleva a compartir algunos de los problemas y conflictos que tienen nuestras sociedades. Entre éstos se encuentran las adicciones, que empiezan a estar presentes en muchos extranjeros e inmigrantes con formas, hábitos y consumos diferentes.

Por otro lado, desde la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz se viene realizando informes especiales en los que se abordan los principales conflictos y situaciones que afectan a sectores sociales diversos.

En el último año se ha venido realizando un trabajo de seguimiento e investigación sobre el fenómeno de las drogodependencias en la población extranjera e inmigrantes, cuyos datos y conclusiones se abordarán en esta mesa.

José Chamizo de la Rubia. Defensor del Pueblo Andaluz. Sevilla.

Modera la mesa:

Juan Ramírez López. Psiquiatra. Coordinador Asistencial del Servicio Provincial de Drogodependencias y Adicciones de Huelva.

M6 Tercer Sector: a la búsqueda de la identidad.

En esta mesa se tratará de analizar desde diversas perspectivas, el rol, el espacio de desarrollo, las exigencias funcionales, las dificultades y

límites, etc..., de las ONGs y Fundaciones del sector drogas, básicamente en su relación con las administraciones.

Deberán tratarse con especial atención cuatro posibles líneas de contenidos: Independencia o interdependencia de los modelos teóricos y de las estrategias de actuación, de ONGs y administraciones; fórmulas habituales de financiación de las ONGs: posibilidades y límites; adecuación de las ONGs a las estrategias globales de acción (planes estratégicos de las administraciones) y, por último, análisis del Tercer Sector en el ámbito de drogas.

Luciano Poyato Roca. Presidente de la Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Madrid.

Antonio Escobar Ruiz. Presidente de la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida. Federación Enlace. Cádiz.

Francisco Mena de Mira. Presidente de la Coordinadora Comarcal Alternativas. Vocal de la Federación Andaluza Redes. Cádiz.

Domingo Comas Arnau. Doctor en Ciencias Políticas y Sociología. Presidente Grupo Gid. Madrid.

M^a Eugenia Zabarte Martínez de Aguirre. Asesora Jurídica en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Jesús Pérez de Arróspide. Presidente de la Fundación Vivir sin Drogas. Vocal del Patronato de la Fundación Edex, de la Fundación Gasto-roa y de la Fundación Eplai. Vizcaya.

Modera la mesa:

Eusebio Megías Valenzuela. Director Técnico de la FAD. Ex-director del Plan Nacional Sobre Drogas de España. Autor o director de numerosas publicaciones y proyectos de investigación. Madrid.

M7 Los programas de tratamiento diversificados con opiáceos en España.

En el momento actual, los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos se realizan casi exclusivamente con metadona. No obstante, y a pesar de los resultados claramente favorables que la literatura científica nos ofrece, difícilmente podrán responder a las necesidades y particularidades de un grupo de usuarios de heroína que siguen siendo refractarios a los tratamientos actualmente disponibles.

Por ello, surge el imperativo clínico-ético de buscar nuevas alternativas terapéuticas a estos pacientes, entre las que deberemos considerar a los programas experimentales de mantenimiento con heroína, los cuales no deberían ser descartados, a priori, sino diseñados e implementa-

dos de forma que permitan su correcta evaluación y su posterior implementación en aquellos casos que se consideren sanitariamente indicado.

Miguel Casas Brugué. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d.Hebron.

José Manuel Rodríguez López. Médico. Coordinador General del Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía. Junta de Andalucía.

Luigi Cancrini. Presidente y Profesor del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale. Director Científico del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e Famiglia. Director Científico de la Comunità Terapeutica Saman. Italia.

Modera la mesa:

Juan José Romero Navarro. Director de los Servicios Sociales de la Excma. Diputación de Cádiz.

M8 Panorama actual del uso clínico de los cannabinoides.

Comienzan a acumularse pruebas de que los cannabinoides podrían ser eficaces en el tratamiento de las náuseas y vómitos producidos por quimioterápicos antineoplásicos, el dolor, la espasticidad y otros síntomas de la esclerosis múltiple y algunas alteraciones del movimiento.

No obstante, son necesarios futuros ensayos clínicos para definir de manera precisa su lugar en terapéutica. En Tenerife se ha realizando el primer ensayo clínico en nuestro país con el principio activo más importante del cannabis, el D9- Tetrahidrocannabinol. Sin embargo, el marco legal actual del cannabis ha dificultado hasta ahora la investigación clínica con la planta entera o sus extractos.

Marta Durán Delmàs. Especialista en Farmacología Clínica. Adjunta de la Fundación Instituto Catalán de Farmacología. Hospital Vall d.Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ricardo Navarrete Varo. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal, Distrito Málaga del Servicio Andaluz de Salud. Miembro de la Sociedad Española de Investigación sobre cannabinoide. Miembro directivo de la Asociación Internacional por el Cannabis como Medicamento (IACM). Málaga.

Joan Serra Manetas. Subdirector General de Farmacia y Productos Sanitarios. Departamento de Sanidad. Generalitat de Catalunya. Doctor en Farmacia. Master en Salud Pública. Barcelona.

Modera la mesa:

Jaime Dias Ferreira. Terapeuta de familia. Especialista en Gestión de Proyectos. Director del Proyecto Red de Artesanos en El Algarve. Coordinador Nacional de Proyectos del Instituto de la Droga e da Drogodependencia. Portugal.

M9 Nueva modalidad terapéutica en los programas de sustitución. El uso de la buprenorfina.

Los pacientes con dependencia de opiáceos constituyen, en realidad, un grupo poblacional muy heterogéneo. Por ello es necesario, desde el paradigma de la reducción de daños, diversificar la oferta de tratamientos con opiáceos en el contexto de un adecuado abordaje psicosocial. El propósito de esta mesa es presentar una actualización sobre los programas de tratamiento con buprenorfina. Se pretende mostrar, desde una perspectiva integradora, una variedad de diseños de investigación e intervención que va desde los estudios observacionales hasta la experiencia asistencial contrastada, pasando por los ensayos clínicos que han demostrado la eficacia de esta modalidad terapéutica.

Álvaro Alves Pereira. Médico. Consultor en Medicina General e Familiar. Director de CAT e de Unidade de Desabituação do Algarve. Portugal.

Jean Pierre Daulouede. Psiquiatra. Director del Centro de Tratamientos en Adictología Bizia-Médicos del Mundo. Francia.

Francisco González Saiz. Área de Sistemas de Información e Investigación. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Sevilla.

Modera la mesa:

Juan Antonio Sánchez Pérez. Director de los CTAs de San Fernando y Puerto Real. Miembro de la Junta Directiva de APRODA. Cádiz.

M10 Adicción en mujeres.

Puesta al día de la clínica, epidemiología, sociodemografía, nuevas formas de adicción, perfiles clínicos en general y propuestas terapéuticas que se van afianzando, todo ello referido a la mujer.

Se hace un repaso tanto a los nuevos consumos, como a los tradicionales que se presentan bajo nuevas modalidades, despertando en la atención del profesional problemas como el incremento del alcoholismo femenino y las nuevas formas de consumir, el eterno y no resuelto problema de las señoras maduras dependientes de psicofármacos, los modos de consumo femenino de drogas sintéticas y el gran mundo de las adicciones no químicas (juego, compras, internet, etc.). Sobre todo en el

terreno de las compras, aunque no es un problema específicamente femenino, sí tiene toda una parafernalia propia.

José Navarro Botella. Sociólogo. Director de estudios de EDIS. Madrid

Pilar Blanco Zamora. Directora Técnica y Responsable de Evaluación e Investigación Clínica de la Fundación Spiral. Madrid.

Modera la mesa:

Manuela Guntiñas López. Delegada Provincial de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Cádiz.

M11 Prevención en el medio familiar.

La mesa seguirá un formato de debate en el que los participantes irán contestando una serie de preguntas que el moderador expondrá a la mesa. Comenzará con la presentación de la situación de la prevención familiar en España. A partir de aquí, se debatirá sobre distintas cuestiones de relevancia en este tema: porqué es importante la familia en prevención; cuáles serían los elementos preventivos y de riesgo que pueden ser identificados en su seno; cómo influye la familia en otros factores sociales, escolares o individuales de riesgo y protección. Por otro lado, se trataría de analizar la respuesta preventiva familiar en la actualidad: sus puntos fuertes y débiles y las estrategias más adecuadas para superar las dificultades que plantean los programas.

José Ramón Fernández Hermida. Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo.

Jesús Pérez de Arróspide. Presidente de la Fundación Vivir sin Drogas. Vocal del Patronato de la Fundación Edex, de la Fundación Gasto-roa y de la Fundación Eplai. Vizcaya.

Modera la mesa:

Sonia Moncada Bueno. Jefa del Área de Prevención. Delegación del Gobierno para el PNSD. Madrid.

M12 La situación laboral de los profesionales en drogodependencias, según los diversos ámbitos geopolíticos donde actúan.

Desde la creación del Plan Nacional Sobre Drogas en 1985, las distintas Comunidades Autónomas han ido implementando programas de actuación en materia de drogodependencias y adicciones.

La puesta en marcha de éstos, ha requerido de recursos humanos adecuados a los objetivos que los diversos planes pretenden alcanzar

(psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores, enfermeros, sociólogos, etc). La diversidad de organismos intervinientes y la mayor o menor voluntad expresada en el desarrollo de los distintos planes, han establecido respuestas distintas para el modelo de contratación efectuado a los profesionales que intervienen en los mismos y, en consecuencia, han generado condiciones muy distintas que, en bastantes casos, suponen importantes recortes en los derechos de los trabajadores.

Por otro lado, el rol de las ONGs ha evolucionado en los últimos años ya que un importante número de ellas desarrollan programas a los que el sistema público no llega, complementando la actividad de éste. Detrás de estos programas están técnicos que, en muchos casos, dependen de subvenciones puntuales y no de conciertos adecuados, pudiéndose estar originando una categoría de trabajadores de un injusto segundo nivel.

Encarnación Aguilar Silva. Presidenta de la Asociación Andaluza de Profesionales en Drogodependencias. Sevilla.

José Gálvez Miguel. Secretario de Coordinación Sectorial de la Ejecutiva Estatal de la Federación de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras. Madrid.

María Piedad Pérez Arco. Secretaria de Políticas de Igualdad y Juventud. Unión General de Trabajadores de Andalucía.

Rafael Ruíz Canto. Presidente de Administración Local de CSI*CSIF Andalucía. Sevilla.

Modera la mesa:

Manuela Moreno Gómez. Concejala de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Chiclana de la Frontera. Cádiz.

MÓDULOS TIPO A.

Los módulos Tipo A, identificados por A1, A2, A3 y A4, tenían una duración de ocho horas cada uno de ellos y se desarrollaron durante las mañanas de los días 22 y 23 de octubre. La elección de un módulo de este tipo, impedía la participación en cualquiera de los identificados como de tipo B o C.

A1 Perspectiva sistémica de la atención al paciente alcohólico.

Existe una larga tradición en el campo del alcoholismo de realizar abordajes terapéuticos o de autoayuda centrados casi exclusivamente en la implicación de la persona que presenta el problema, considerando a la familia como un elemento satélite en dicha situación. En este módulo se mostrará la importancia de contemplar el alcoholismo como un síntoma que forma parte de un sistema relacional disfuncional para el cual,

dicha conducta, ejerce una función homeostática. Se analizará la faceta relacional de los típicos mecanismos de defensa de los alcohólicos y se plantearán diferentes situaciones clínicas donde apreciar dicha función relacional y las posibles intervenciones orientadas desde el enfoque sistémico.

Sebastián Girón García. Médico del Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Cádiz, Servicio Provincial de Drogodependencias. Especialista en Psiquiatría. Psicoterapeuta Familiar.

A2 El burn out y su contrario, el profesional y su misión.

El módulo formativo, a través de un análisis general del fenómeno del burn out y de su contrario (exceso de misión), propondrá una profundización del tema con específica relación con el trabajo en drogodependencias.

Se presentarán los modos de detectar el problema y de disminuir las consecuencias negativas sobre los pacientes, los familiares, los tratamientos, los equipos de intervención y las organizaciones.

Mauricio Coletti. Investigador, formador. Presidente Europeo de Itaca. Italia.

A3 Adicción al amor y otras dependencias sentimentales.

Las adicciones relacionales de base sentimental la padecen entre un 7 y un 12% de la población general, es decir, una tasa 10 veces mayor que el consumo de opiáceos y cocaína juntos y casi el doble que el alcoholismo.

Se abordará la clasificación, origen conceptual, etiología, sintomatología, evaluación diagnóstica del proceso y tratamiento tanto individual como grupal, todo ello ilustrado con vídeos de entrevistas clínicas, y sesiones terapéuticas individuales y grupales.

Estamos ante un problema de severas consecuencias para quien lo sufre con el agravante de que los orientadores y profesionales de la salud suelen tener pocas referencias. El sujeto -a su vez- no sabe qué hacer ni a qué atribuir lo que le pasa y cuando recurre lo hace por el síntoma emergente (ansiedad, depresión, trastorno obsesivo, etc.) las dependencias sentimentales cobran relevancia por su gravedad y frecuencia y muchos profesionales implicados (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, pedagogos y educadores, etc.) deberían conocer este fenómeno que es un gran desconocido.

Carlos Miguel Sirvent Ruiz. Médico psiquiatra, investigador clínico, director técnico del Instituto Spiral, dividiendo su labor entre Madrid y Oviedo. Autor de varios trabajos sobre dependencias relacionales. Res-

ponsable de la línea de investigación abierta multicéntrica sobre dependencias afectivas que desarrollan la Universidad de Oviedo y el Instituto Spiral en las ciudades de Madrid y Oviedo.

A4 Las conductas violentas en pacientes toxicómanos. Intervenciones terapéuticas en diferentes contextos.

En este módulo trataremos de definir las conductas violentas que aparecen en pacientes toxicómanos adolescentes y jóvenes adultos. Situar las conductas en sus diferentes contextos. Descifrar los diferentes significados de las conductas violentas de los toxicómanos adolescentes y jóvenes adultos. Proponer distintas estrategias de intervención en diversos contextos de tratamiento.

Juan Antonio Abeijón Merchán. Médico Psiquiatra. Jefe de Centro del Centro de Salud Mental Julián de Ajuriagerra Toxicomanías del Servicio Vasco de Salud Osakidetza. Jefe de Centro de la Comunidad Terapéutica Manu-Ene del Servicio Vasco de Salud Osakidetza. Responsable de Formación del Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto en Bilbao. Supervisor Docente de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Vicepresidente de Itaca-Europa Asociación Europea de Profesionales en Toxicomanías. Vizcaya.

MÓDULOS TIPO B.

Los módulos Tipo B, identificados con código comprendidos entre el B1 y el B13 (ambos incluidos), tenían una duración de cuatro horas cada uno de ellos y se desarrollaron durante la mañana del día 22 de octubre. La elección de un módulo de este tipo impedía la participación en cualquiera de los identificados como de tipo A y obligaba a complementar la formación, seleccionando otro módulo del tipo C.

B1 El doble diagnóstico.

Inicialmente ofreceremos en este módulo datos sobre la experiencia acumulada en el curso de seis años de trabajo con doscientos sujetos que fueron enviados como pacientes con doble diagnóstico y atendidos en régimen de comunidad terapéutica en la estructura del "Saman"; lo que discutiremos de forma particular es el encuadre psicopatológico y la necesidad de distinguir entre distintas tipologías bien definidas de los pacientes que han necesitado de intervenciones terapéuticas bien diferenciadas; posteriormente, podremos discutir casos clínicos presentados por los participantes en el módulo.

Luigi Cancrini. Presidente y Profesor del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale. Director Científico del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e Famiglia. Director Científico de la Comunità Terapeutica Saman. Italia.

B2 Patologías asociadas a drogodependencias:

B2.1 Actualización en VIH.

Se tratará en este módulo sobre la actualización en VIH desde el punto de vista de los nuevos conocimientos sobre el virus, sus cambios, tanto por variación / selección como por recombinación, así como la actualización sobre la patogenia de la infección y enfermedad. Se analizará el problema de las infecciones duales, tanto simultáneas como sucesivas o secuenciales, originando el recientemente admitido problema de la reinfección o superinfección. Se revisarán, así mismo, los avances en terapéutica, en especial los nuevos fármacos inhibidores de la entrada del virus en la célula y las nuevas pautas terapéuticas.

Se harán consideraciones sobre la importancia de los factores sociales, con la marginación como elemento importante en la mala adherencia, peores cuidados sanitarios y retraso en el proceso de búsqueda de asistencia y por tanto, acudir al sistema sanitario en fases avanzadas del desarrollo de la enfermedad.

Finalmente, se hará una actualización sobre el tema del desarrollo de vacunas frente al VIH / SIDA. Su situación actual y previsiones hacia el futuro.

Rafael Nájera Morrondo. Jefe del Área de Patogenia Viral. Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

B2.2 Actualización en Hepatitis B y C.

Generalidades sobre la infección por el virus de la hepatitis B y C; características específicas en los pacientes drogodependientes; actualización del tratamiento para estas patologías y, por último, características específicas a tener en cuenta con usuarios en terapias sustitutivas de su adicción.

José Aguilar Reina. Jefe de Sección de Patología del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

B3 Nuevos usos de la Naltrexona en paciente con Trastornos por Dependencias de Opiáceos.

Pretende este módulo desarrollar, mediante un taller de trabajo con formato multimedia y discusión dirigida, los contenidos siguientes: Epidemiología actual del consumo de opiáceos, bases neurobiológicas de la dependencia de opiáceos (efectos generales de los opiáceos, sistema opioide endógeno, desarrollo de la dependencia de opiáceos, conducta adictiva y sistema de recompensa cerebral), fisiopatología de los trastornos por consumo de opiáceos (intoxicación y tolerancia, dependencia, Craving y trastornos psiquiátricos inducidos por opiáceos), tratamiento (consensos actuales en tratamiento de adicciones, el problema de la

recaída y el contexto de tratamiento, tratamientos farmacológicos, tratamientos de desintoxicación, tratamientos de mantenimiento [agonistas y antagonistas], tratamientos anti-compulsión o anti-craving y tratamientos de patología dual) y, por último, tratamientos psico-sociales.

J. Eduardo Carreño Rendueles. Director médico de la Clínica Médico Psicológica Asturias. Colaborador del Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo.

B4 Adolescencia y uso de drogas. Del aprendizaje de la felicidad a la aceptación de los límites.

En este módulo se intentará trabajar aspectos que tienen que ver en cómo se relacionan los adolescentes actuales con las diferentes drogas que existen en los distintos contextos donde se desenvuelven. Se trataría de analizar las diferentes prácticas de los adolescentes y las distintas formas de iniciarse en los usos de drogas.

El objetivo del módulo pasa por intentar construir un discurso educativo basado en cómo ayudar al adolescente a pensar y a gestionar los riesgos que comporta el uso de drogas.

Jaime Funes Artiaga. Psicólogo. Especialista en adolescencia y dificultades sociales. Barcelona.

B5 El diagnóstico social.

El diagnóstico social es el procedimiento a través del cual el trabajador social intenta abarcar, definir y comprender el conjunto de dimensiones que definen e identifican la identidad e intensidad de un problema social, como afecta a las personas, los recursos y potencialidades existentes, para ser movilizadas en orden a comenzar un proceso de trabajo que lleve a la modificación de las situaciones.

La sistematización de indicadores de diagnóstico social es una herramienta metodológica, que nos permite la homologación profesional en cuanto a la emisión diagnóstica, nos facilita la reflexión, la verificación, evaluación y el contraste profesional.

Maite Martín Muñoz. Trabajadora Social desde 1970 en el Ayuntamiento de Barakaldo. Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Deusto durante 8 años. Vizcaya.

B6 Genética de la dependencia de opioides.

Se presentarán en este módulo los datos actuales sobre los genes implicados hasta el momento en la dependencia de opioides. Especial

énfasis se hará en los genes de los receptores D2 y D4 de la dopamina así como en los que se relacionan con los citocromos que metabolizan la metadona. Por último, se presentarán datos de estudios realizados en población homogénea, desde el punto de vista genético, de origen ibérico.

José Carlos Pérez de los Cobos Peris. Psiquiatra. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

B7 Drogas y drogodependencias desde la perspectiva de la evolución.

Las drogas de abuso actúan sobre distintos circuitos cerebrales que dan soporte a conductas que son básicas para la supervivencia y la reproducción. Funciones básicas sobre las que ha actuado la selección natural a lo largo de la evolución. En las últimas décadas se ha avanzado mucho en el conocimiento de los mecanismos moleculares inmediatos (¿cómo?) implicados en las adicciones a drogas, pero sólo recientemente se ha abordado desde una perspectiva psicobiológica evolucionista (¿porqué?) el estudio de la relación entre el alcohol y otras sustancias activas del mundo vegetal con los sistemas biológicos de los animales.

Se expondrá el camino abierto por esta perspectiva a la investigación de las drogodependencias y se ejemplificarán sus aplicaciones potencialmente revolucionarias al campo de la clínica.

Luis Caballero Martínez. Médico Psiquiatra. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Departamento de Psiquiatría de la UAM (Madrid).

B8 Aspectos legales del tratamiento del drogodependiente.

En este módulo se estudiarán los principales problemas legales que afectan al tratamiento del drogodependiente desde diferentes puntos de vista, tales como las implicaciones jurídico-penales del toxicómano delincuente, las derivaciones civiles del problema y, especialmente, la influencia en este ámbito de la Ley reguladora del consentimiento del paciente y derechos y deberes en materia de información y documentación clínica.

Antonio Marín Fernández. Magistrado de la Audiencia Provincial de Cádiz.

B9 Tratamiento del tabaquismo.

Cada vez hay un mayor número de fumadores que acuden a tratamiento para dejar de fumar y crecen las demandas de tratamiento en los Centros de Drogodependencias y en otros dispositivos asistenciales. En este módulo se expondrá cómo llevar a cabo el tratamiento de fumado-

res, con una especial atención al tratamiento psicológico del tabaquismo, la comorbilidad asociada presente en muchos fumadores que acuden a tratamiento, cómo prevenir la recaída y las líneas actuales de intervención terapéutica.

Elisardo Becoña Iglesias. Catedrático de Psicología Clínica. Universidad de Santiago de Compostela.

B10 Metodología en investigación.

Tratará este módulo sobre los aspectos generales de los métodos de investigación en Ciencias Socio-Sanitarias (etapas iniciales y diseños básicos de abordaje), los estudios descriptivos, analíticos y experimentales y el papel de la Estadística y la Epidemiología.

José Almenara Barrios. Catedrático de E.U. del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística y Demografía) de la Universidad de Cádiz.

B11 Diferencias de género, uso de drogas y conductas de riesgo.

Este módulo profundizará en las diferencias de género que encontramos entre los usuarios de drogas tanto en lo que respecta al uso de sustancias como a las distintas conductas de consumo, sexuales y de riesgo.

Dichas diferencias van a ser fundamentales a la hora de plantearse estrategias de intervención cuyos objetivos sean la modificación de las conductas de riesgo. Así, se trabajará en cómo tener en cuenta estas diferencias en los programas que se implementen en los diferentes servicios.

Patricia Insúa Cerretani. Doctora en Psicología. Universidad del País Vasco. Guipúzcoa.

B12 Familias, alcohol y drogas en los adolescentes hoy: de los datos a las hipótesis.

Trataremos fundamentalmente en este módulo los siguientes aspectos:

- El menor inadaptado: el valor sucesivo de la integración familiar y escolar.
- De la familia a las familias: la necesidad de tipologizar los modelos familiares.
- Nuevas familias, nuevos contextos sociales, nuevas tecnologías,

¿nuevos adolescentes?, ¿nuevas relaciones con las drogas y el alcohol?

- Cuestiones abiertas. Nuevas preguntas.

Javier Elzo Imaz. Catedrático de Sociología de la Universidad de Deusto. Vizcaya.

B13 Integración social: conceptos y metodología.

En la primera parte se va a partir de un análisis de las trayectorias conceptuales y las prácticas metodológicas reales desarrolladas en el ámbito de la integración social de adictos en los últimos 25 años. A continuación describiremos empíricamente la actual situación: Centros de Día, ONGs, Programas de integración socio-laboral y prácticas de los centros específicos. En este terreno se van a plantear las consecuencias de la noción “crisis del Estado de Bienestar” en la implantación de los Programas de Reducción del Daño. En la segunda parte se adopta un estilo prospectivo para intentar prever las consecuencias del desarrollo del “Cuarto Pilar del Estado de Bienestar” sobre el propio concepto de integración social de adictos. En este sentido, se revisará la cuestión de las prestaciones sociales y en especial el impacto del sistema de “salarios mínimos garantizados” y las alternativas de la “Ley de Dependencia” en el contexto de la “nueva ciudadanía”. Al tiempo, se va a realizar una revisión de los objetivos y las metodologías empleadas, así como del papel desempeñado por los distintos dispositivos, para adaptarse a la nueva situación.

Domingo Comas Arnau. Doctor en Ciencias Políticas y Sociología. Presidente Grupo Gid. Madrid.

Alfonso Ramírez de Arellano Espadero. Miembro Grupo Gid. Psicólogo. Psicoterapeuta de Familia. Centro Comarcal de Drogodependencias del Condado. Huelva.

MÓDULOS TIPO C

Los módulos Tipo C, identificados con código comprendidos entre el C1 y el C12 (ambos incluidos), tenían una duración de cuatro horas cada uno de ellos y se desarrollaban durante la mañana del día 23 de octubre. La elección de un módulo de este tipo impedía la participación en cualquiera de los identificados como de tipo A y obligaba a complementar la formación, seleccionando otro módulo del tipo B.

C1 Farmacología de los Psicofármacos.

Se tratará en este módulo sobre las características básicas de los

psicofármacos en sus aspectos farmacocinéticos, mecanismo de acción e interacciones necesarias para su manejo en los pacientes drogodependientes.

Juan Gibert Rahola. Catedrático de Farmacología. Departamento de Neurociencias. Universidad de Cádiz.

C2 Dependencia de cocaína y dependencia permanente al reconocimiento, admiración, éxito y poder.

Se discuten, inicialmente, los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados a la dependencia de cocaína y las semejanzas de ésta con aquellas características de las nuevas dependencias recientemente descritas, como la dependencia o necesidad de un reconocimiento permanente por parte de los demás, de admiración, éxito y poder; se discute la psicopatología de estos trastornos sobre la base de la experiencia clínica y de una revisión de la literatura; es posible la discusión de casos propuestos por los participantes o, como alternativa, una reflexión clínica sobre la biografía de un notable personaje político.

Luigi Cancrini. Presidente y Profesor del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale. Director Científico del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e Famiglia. Director Científico de la Comunità Terapeutica Saman. Roma.

C3 Propuesta para un modelo sistemático de prevención.

Gran parte de las actividades de prevención se han basado en una psicología del déficit que pretendía resolver los problemas ya planteados o impedir que surgieran.

La nueva psicología intenta un enfoque contrario. Lo importante es proteger y desarrollar los recursos personales y sociales. La noción más importante es la idea de construcción de la personalidad, que se interpreta como un proceso que comienza a partir del temperamento genéticamente determinado, continúa por la formación de estilos afectivos y de sistemas de evaluación y se prolonga en la constitución de los sistemas de autodeterminación. En este proceso hay, al menos, tres grandes ventanas que nos permiten actuar con eficacia.

José Antonio Marina Torres. Catedrático de Bachillerato. Premio Nacional de Ensayo. Madrid.

C4 Participación de la sociedad civil en las actividades europeas en materia de drogas y en otras políticas sociales. Posibilidades de financiación a nivel europeo.

Se pretende en este módulo presentar una introducción general sobre la participación de la sociedad civil en las actividades europeas en materia de drogas, intervenciones de esta sociedad civil en materia de prevención, tratamiento y reducción de daños, el alineamiento de las intervenciones de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en general con los objetivos de la Estrategia europea en el ámbito de las drogas, las actividades de la EU en apoyo a la sociedad civil en materia de drogas y, por último, presentar una introducción a las fuentes de financiación de las Instituciones Europeas, campos de acción en el ámbito de las drogas, orientaciones y sugerencias para una participación efectiva.

Georges Estievenart. Director ejecutivo del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Francia.

Eulalia Alemany Ripio. Directora del Área de Participación Social de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Paulo Stocco. IREFREA. Italia.

Philippe Roux. Responsable de Estrategia Europea y Evaluación del Plan Europeo: salud pública y drogas en Europa. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Francia.

Bernard Merkel. Comisión Europea, Dirección General SANCO. Reino Unido.

Maribel Serrano. Directora General de Acceso a Europa. Autora de la publicación Guía para acceder a Europa. Todo lo que necesita saber para conseguir ayudas de las Instituciones de la Unión Europea.

C5 Nuevos mantenimientos con antagonistas y agonistas de opiáceos.

Se pretende alcanzar en este módulo los objetivos siguientes: Facilitar el conocimiento de la aplicación de las nuevas biotecnologías (microsferaspolímeros) al campo de las adicciones, facilitar el conocimiento de los estudios pivotaes y los resultados clínicos en los tratamientos a medio plazo con antagonistas en pacientes adictos al alcohol y a los derivados opiáceos y facilitar el conocimiento de los estudios abiertos de seguimiento y publicaciones habidas en relación con implantes de naltrexona a medio plazo.

El programa a desarrollar en este taller de trabajo, con formato multimedia y discusión dirigida, consta de los temas siguientes: cumplimiento y adherencia a los psicofármacos, antagonistas de liberación retardada, agonistas de liberación retardada, implantes con antagonistas de opiáceos y conclusiones.

Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de

Oviedo y Jefe de Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria de Oviedo.

C6 Prevención del consumo de cannabis.

En los últimos años asistimos a un incremento continuo del consumo de cannabis en los jóvenes españoles y europeos. En este módulo se analizarán las causas de este nuevo fenómeno, las consecuencias que tiene en el presente y tendrá en el futuro, y qué podemos hacer desde la perspectiva preventiva para que descienda el consumo de cannabis. De modo específico, se expondrán las alternativas disponibles para hacer una prevención universal, selectiva e indicada para el consumo de cannabis, posibilidades y límites para poner en marcha dicha prevención y los tipos de programas preventivos de que disponemos.

Elisardo Becoña Iglesias. Catedrático de Psicología Clínica. Universidad de Santiago de Compostela.

C7 Fundamentos neurobiológicos del tratamiento de la cocaínomanía.

En las últimas dos décadas se ha producido un enorme incremento respecto de la información disponible acerca del efecto de la cocaína y de la naturaleza de la cocaínomanía. Hasta este momento no se dispone de un tratamiento eficaz para todos los afectados por esta patología.

Sin embargo, el conocimiento de la neurobiología permite organizar y racionalizar las diversas intervenciones que se pueden realizar con este tipo de pacientes: psicológicas, biológicas y sociales.

En este módulo se revisará los conocimientos biológicos que el terapeuta, sea cual sea su orientación, ha de tener en cuenta para organizar su trabajo clínico con este tipo de pacientes.

Luis Caballero Martínez. Médico Psiquiatra. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Departamento de Psiquiatría de la UAM (Madrid).

C8 La adicción según género.

Pretende este módulo definir y fundamentar los aspectos comunes y específicos de las adicciones según género y manejo práctico de las adicciones en la mujer en los diferentes planos de intervención mediante la presentación interactiva de material teórico y clínico y visionado y comentario de vídeos propios (historias clínicas y sesiones terapéuticas).

Asimismo, se hará uso de técnicas activas que permitan incidir de una manera más vivencial en cuestiones relacionadas con los objetivos del módulo.

Pilar Blanco Zamora. Directora Técnica y Responsable de Evaluación e Investigación Clínica de la Fundación Spiral. Madrid.

C9 Drogas de síntesis.

El uso de drogas de diseño o de síntesis se ha incrementado en los últimos años. Bajo esta denominación se incluyen muchos derivados estructurales de la anfetamina con propiedades psicoestimulantes, empatógenas y/o alucinatorias. Cada año aparecen nuevos derivados en el mercado ilegal. Uno de los aspectos más debatidos es su neurotoxicidad en humanos y las consecuencias futuras de su uso actual.

En este módulo se revisarán las principales características de estas sustancias, las formas de consumo y sus características farmacológicas (mecanismo de acción, farmacocinética y efectos). Se repasarán los trastornos mentales producidos por estas sustancias. Además, se expondrán sus efectos tóxicos agudos y las evidencias disponibles de sus efectos a largo plazo y neurotoxicidad.

Magín Farré Albaladejo. Profesor Titular de Farmacología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigador, Unidad Farmacología, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona.

C10 El abordaje de la calidad en drogodependencias.

En este módulo se revisarán los siguientes contenidos: Conceptos generales de calidad asistencial. Justificación de la calidad en el entorno sanitario. La calidad y la ética. Sistemas de gestión de calidad total. Herramientas para medir la calidad: Monitorización y evaluación.

Emilio F. Ignacio García. Profesor Titular. Universidad de Cádiz

C11 La percepción social de los problemas de drogas en España: año 2004.

Se pasará revista a diferentes indicadores que apuntan hacia la evolución de las tendencias en la representación colectiva sobre problemas de drogas: visión de las drogas, índice de peligrosidad, presencia e inevitabilidad, expectativas, temores, vivencias de riesgo, demandas... Todo ello con series comparativas que abarcan una veintena de años. Se analiza el discurso de la población general y el de los jóvenes sobre todas estas cuestiones. En base a metodología de clúster se proponen distintas tipologías de sujetos en la sociedad española, en función de sus percepciones, actitudes y comportamientos respecto a las drogas.

El análisis de la representación social resulta básico para la comprensión del fenómeno y para la implementación de estrategias de intervención.

Eusebio Megías Valenzuela. Director Técnico de la FAD. Ex-director del Plan Nacional Sobre Drogas de España. Autor o director de numerosas publicaciones y proyectos de investigación. Madrid.

C12 Nuevos desafíos en Drogodependencias: 1.- El Trastorno por Déficit de Atención en el adulto y drogodependencias, 2.- Factores neurobiológicos que condicionan el tratamiento farmacológico en pacientes inmigrantes drogadictos y 3.- Drogodependencias y tercera edad.

El fenómeno del abuso y dependencia de drogas sigue extendiéndose al no ser posible controlar la oferta de sustancias adictivas. Ello provoca que nuevos grupos de población, con factores neurobiológicos o coyunturales que facilitan su vulnerabilidad, se inicien en el consumo como una forma de automedicación para compensar las disfunciones biopsicosociales que padecen. El tratamiento de estos nuevos adictos precisa delimitar, en lo posible, las causas que propician el consumo y los determinantes biológicos que condicionarán el éxito terapéutico.

Miguel Casas Brugué. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

C13 Publicidad y consumo: Influencia en la socialización juvenil.

La relevancia social de la publicidad responde a las necesidades de un mercado en expansión, que necesita poner en contacto un creciente número de bienes y servicios y a sus potenciales consumidores, y se legitima a partir del paradigma de la libertad individual (para pensar, decidir, moverse o consumir). Sin embargo, la publicidad ha adquirido actualmente un protagonismo que trasciende sus objetivos convencionales (dar a conocer ciertos productos y marcas, informar de sus características o influir en los comportamientos de compra y consumo), para convertirse en un elemento conformador de la cultura.

Existe un intenso debate respecto la influencia de la publicidad, entre quienes destacan su capacidad para imponer estilos de vida y condicionar los valores sociales dominantes, y aquellos que atribuyen a la actividad publicitaria un mero carácter instrumental, que se limita a reflejar los cambios sociales. El hecho de que la publicidad sea un producto cultural no significa que no ejerza una influencia social relevante, en la medida en que interpreta la realidad y refuerza selectivamente aquellos valores sociales que son más funcionales a los objetivos de estimular el consumo. En consecuencia, ¿debe plantearse la necesidad de establecer códigos éticos que regulen los contenidos de la publicidad?, ¿son viables?, ¿es posible otra forma de publicidad más comprometida con los valores socialmente deseables?

Lorenzo Sánchez Pardo. Director Técnico de Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos. Madrid.

COMUNICACIONES.

La organización de los ENCUENTROS DE PROFESIONALES EN DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES estableció dos premios que distingan entre las comunicaciones o trabajos presentados en los ENCUENTROS a las que, a juicio de la organización, mejor refieran proyectos de investigación, actividades de prevención primaria (metodologías, evaluaciones, etc), memorias y/o resúmenes relacionados con las toxicomanías y sus distintas fases de atención, realizados en el ámbito de servicios o centros que cuenten con la correspondiente acreditación para desarrollar programas de atención a personas con problemas derivados del abuso de drogas, salud, educación o de servicios sociales.

Se presentaron un total de 25 comunicaciones, obteniendo el Premio de la Asociación Andaluza de Profesionales en Drogodependencias “José Beardo Zambrano”, dotado con 1.500 euros a la mejor comunicación referida a la actividad asistencial realizada en Centro de Tratamiento a las Drogodependencias y Adicciones la comunicación “Diferencias de Género en personalidad de consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales. ¿Se justifican tratamientos diferentes?”, presentada por D. Eduardo J. Perrero Pérez y Dña. Sol de Ena de la Cuesta.

El Premio Diputación Provincial de Cádiz, dotado de 1.500 euros a la mejor comunicación referida a programas o actividades de investigación, prevención e incorporación social a la comunicación se le concedió a la comunicación “Diferencias de Género en la percepción subjetiva de los efectos de alcohol en una muestra de jóvenes menores de edad”, presentada por D. José Martínez Peralte, Dña. Bibiana Vigil Navas y Dña. M^a del Carmen Pérez Segovia.

ORGANIZAN:

Asociación Andaluza de Profesionales en Drogodependencias.
Excma. Diputación Provincial de Cádiz.
Comisionado para las Drogodependencias de la Junta de Andalucía.

COLABORAN:

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
Instituto de la Droga y Toxicoddependencia de Portugal.
Ayuntamiento de Chiclana de la Frontera.
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
Instituto para el Estudio de las Adicciones.

B. JORNADAS COORDINACIÓN SERVICIO PROVINCIAL DROGODEPENDENCIAS 2004.

Fecha: 25 y 26 de noviembre.

Lugar: Hotel Barrosa Park. Urbanización Novo Santi Petri. Chiclana de la Frontera.

Mesa 1. Actuaciones con menores de edad. (Reforma)

Agentes externos invitados:

Ilmo. Sr D. Enrique Ramírez Manchón. Magistrado Juez del Juzgado de Menores nº 1 de Cádiz.

Ilmo. Sr. D. Javier Peña Salinas. Fiscal Coordinador de la Fiscalía de Menores de Cádiz.

Sr. Dña. Lourdes Mollá Ruíz-Gómez. Trabajadora Social. Fiscalía de Menores de Cádiz.

D. Francisco Mera Jiménez. Coordinador del Equipo de Medio Abierto. AFANAS Cádiz.

D. Iñaki Sordo Alcaráz. Educador de Medio Abierto. AFANAS Cádiz.

D. José Carlos Alber Muñoz. Psicólogo. Centro de Rehabilitación Social Bahía de Cádiz.

D. Adolfo Seglar Rodríguez. Jefe del Equipo Técnico del Centro Educativo La Marchenilla de Algeciras.

Asistentes: 16.

Mesa 2. Actuaciones con menores de edad. (Protección)

Agentes externos invitados:

D. Antonio José Molina Facio. Jefe del Servicio de Protección de Menores. (Delegación para la Igualdad y Bienestar Social).

D. Agustín López Sánchez. Coordinador del Equipo de Menores. Delegación para la Igualdad y Bienestar Social.

Dña. Julia Iribarren Barreda. Jefe del Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia. (Delegación para la Igualdad y Bienestar Social).

Dña. Ana Varela Domínguez. Psicóloga. Asesora Técnica del Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia. (Delegación para la Igualdad y Bienestar Social).

D. Carmen Moncada Godino. Coordinadora del Programa de Familia e Infancia del Ayuntamiento de Cádiz.
Dña. María Ángel García Cárdenas. Jefa del Departamento Infancia y Adolescencia en Riesgo Social. Delegación de Bienestar Social. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera.

Dña. Esther Núñez Carmona. Psicóloga. Servicios Sociales Comunitarios Sierra Norte.

Dña. Teresa Marín Santiago. Trabajadora Social. Servicios Sociales Comunitarios de Trebujena.

Asistentes: 24.

Mesa 3. Actuaciones con padres. (Prevención en el ámbito familiar)

Agentes externos invitados:

Dña. Paula Prados Maeso. Trabajadora Social. Delegación Provincial de Educación de Cádiz.

Dña. Blanca Flores Cueto. Profesora de Secundaria. Asesoría de Estudiantes. Delegación Provincial de Educación de Cádiz.

Asistentes: 12.

Mesa 4. Actuaciones en el medio educativo

Agentes externos invitados:

D. José Antonio Gómez Machuca. Asesor de Formación. Delegación Provincial de Educación de Cádiz

D. Nicolás M. Montoya Rodríguez. Coordinador de Prevención de las Drogodependencias en el ámbito escolar. Delegación Provincial de Educación de Cádiz

Asistentes: 11

Mesa 5. Actualización del rol profesional a desarrollar por los administrativos en los centros de atención ambulatoria

Asistentes: 29

Actuaciones realizadas en el Programa de Atención Jurídica a Drogodependientes

1.- Total de Actuaciones realizadas.

El tipo de actuaciones han sido principalmente de asesoramiento, preparación de documentación, realización de recursos, solicitud de medidas y de suspensiones, localización de actuaciones, preparación de juicios, así como otras gestiones diversas con Ayuntamientos, gestorías, etc...



2.- Procedimientos iniciados.

Año	Casos Iniciados	Casos cerrados
2003	122	33
2004	382	115

Total de casos abiertos a 28 de Febrero de 2005, incluyendo los iniciados a lo largo del 2005. N° de Casos: 448

3.- Distribución de los procedimientos iniciados según centro tratamiento de procedencia.

CTA de Procedencia	2003	2004
CTA de Algeciras	2	4
CTA de Algodonales	-	2
CTA de Arcos	-	3
CTA de Barbate	-	1
CTA de Cádiz	19	38
CTA de Chiclana	2	2
CTA de Chipiona	-	1
CTA de Jerez	2	1
CTA de La Línea	1	2
CTA de Puerto Real	1	3
CTA de Rota	1	2
CTA de San Fernando	65	219
CTA de Sanlúcar	12	18
CTA de Ubrique	4	8
CTA de Villamartín	3	4
CTA de Pto. Sta Mª	5	57
Equip. de Apoyo a Inst. Penitencias	5	11
N/C	-	6
Total	122	382

4.- Distribución de los procedimientos iniciados según el tipo de demanda.

Tipo de Demanda	2003	2004
Administrativa	3	13
Civil	1	10
Familia	10	18
Laboral	3	1
Penal	97	328
Penitenciaria	8	7
Otras	-	7
Total	122	382

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CÁDIZ

C/ Valenzuela, 1
11007 Cádiz
Tfno: 956 22 80 18 Y 956 22 86 04
Fax: 956 22 91 33
Director Provincial: D. Alfonso Matías Seijo
Email: drogodependencias@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ALCALÁ DE LOS GAZULES

C/ Miguel Tizón, 5
11180 Alcalá de los Gazules
Tfno: 956 42 01 61
Fax: 956 42 01 61
Directora: Dña. Inmaculada Tornell Barbosa
Email: drogo.alcala@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ALGECIRAS

C/ Miguel Hernández, 17
11207 Algeciras
Tfno: 956 66 05 31, 956 66 04 82
Fax: 956 66 03 24
Director: D. Francisco Gallardo González
Email: drogo.algeciras@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ALGODONALES

C/ Arcos, 29, bajo
11680 Algodonales
Tfno: 956 13 81 81
Fax: 956 13 81 81
Director: D. José Manuel Zambrana Corrales
Email: drogo.algodonales@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ARCOS

C/ Nueva, s/n.
11630 Arcos de la Frontera
Tfno: 956 70 06 01
Fax: 956 70 23 03
Director: D. Pedro Seijo Ceballos
Email: drogo.arcos@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE BARBATE

C/ Valladolid, 2
11160 Barbate
Tfno: 956 43 31 35
Fax: 956 43 31 35
Directora: Dña. Inmaculada Tornell Barbosa
Email: drogo.barbate@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CÁDIZ

Avenida del Guadalquivir, s/n. (Barriada de la Paz)
11012 Cádiz
Tfno: 956 28 12 61, 956 28 11 07
Fax: 956 28 15 67
Director: José Manuel Martínez Delgado
Email: drogo.cadiz@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CONIL

Avda. del Río. (Casa de la Juventud)
11140 Conil de la Frontera
Tfno: 956 44 33 21
Fax: 956 44 33 21
Directora: Dña. Inmaculada Tornell Barbosa
Email: drogo.conil@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CHICLANA

C/ Fraile, s/n.
11130 Chiclana de la Frontera
Tfno: 956 49 02 15
Fax: 956 49 02 15
Directora: M^a del Prado Bermúdez Langa
Email: drogo.chiclana@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CHIPIONA

Avenida Rocío Jurado, 5
11550 Chipiona
Tfno: 956 37 34 27
Fax: 956 37 25 53
Director: D. Marco A. Pierre Pierre
Email: drogo.chipiona@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE EL PUERTO DE SANTA MARÍA

C/ Santo Domingo, 33
11500 El Puerto de Sta. María
Tfno: 956 54 29 55, 956 54 28 34
Fax: 956 54 27 74
Directora: Dña María del Mar San Narciso Aguinaco
Email: drogo.puerto@dipucadiz.es

EQUIPO DE APOYO EN II.PP. DE ALGECIRAS

Carretera del Cobre, km. 4,5
11206 Algeciras
Tfno: 956 58 26 00 (Ext. 294)
Fax: 956 58 26 24
Email: drogo.iippalgeciras@dipucadiz.es

EQUIPO DE APOYO EN II.PP. DE PUERTO I Y PUERTO II

Carretera Jerez Rota, s/n.
11500 El Puerto de Sta. María Cádiz
Tfno: 956 54 93 11, 956 54 92 00 (Ext. 307)
Fax: 956 54 93 02
Email: drogo.jerez@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE JEREZ

C/ Vicario, 18
11403 Jerez de la Frontera
Tfno: 956 32 50 16, 956 32 50 17
Fax: 956 34 79 58
Directora: Dña. Carmen Picón Galloso
Email: drogo.jerez@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA LÍNEA

C/ Xauen, s/n.
11300 La Línea de la Concepción
Tfno: 956 17 13 22, 956 17 15 44, 956 17 57 60
Fax: 956 17 11 21
Director: D. José Luis López García
Email: drogo.lalinea@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PUERTO REAL

C/ San Alejandro, 2
11510 Puerto Real
Tfno: 856 21 30 44
Fax: 856 21 30 43
Director: D. Juan Antonio Sánchez Pérez
Email: drogo.sanfernando@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ROTA

Plaza Camilo José Cela, 1
11520 Rota
Tfno: 956 84 01 39, 956 84 09 39
Fax: 956 84 00 40
Directora: Dña. Isabel Rodríguez Pérez
Email: drogo.rota@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE SAN FERNANDO

Avda. Cornelio Balbo, s/n. Bda. Blas Infante
11100 San Fernando
Tfno: 956 94 90 18- 19
Fax: 956 94 90 20
Director: D. Juan Antonio Sánchez Pérez
Email: drogo.sanfernando@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE SANLÚCAR

C/ Paloma, 26-28
11540 Sanlúcar de Barrameda
Tfno: 956 36 03 51
Fax: 956 38 20 41
Director: D. Marco A. Pierre Pierre
Email: drogo.sanlucar@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE UBRIQUE

C/ Ingeniero Ruiz Martínez, s/n.
11600 Ubrique
Tfno: 956 46 31 55, 956 46 31 05
Fax: 956 46 31 05
Director: D. José Manuel Zambrana Corrales

Email: drogo.ubrique@dipucadiz.es

CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE VILLAMARTÍN

C/ Ebro, s/n.

11650 Villamartín

Tfno: 956 73 05 29, 956 73 09 45

Fax: 956 73 05 29

Director: D. Pedro Seijo Ceballos

Email: drogo.villamartin@dipucadiz.es

