

**MEMORIA
DEL CENTRO PROVINCIAL
DE DROGODEPENDENCIAS
DE CÁDIZ.**

AÑO 1999

La Red Pública de Atención a las Drogodependencias en 1999.

Actualmente la atención a los problemas derivados del consumo de drogas se viene realizando a través de los CENTROS COMARCALES DE DROGODEPENDENCIAS (CCD). Estos centros, dirigidos y coordinados por la DIRECCIÓN DEL CPD, se constituyen como el primer nivel asistencial de las drogodependencias en la provincia y desarrollan los programas y actividades mediante los SERVICIOS AMBULATORIOS que lo constituyen. Los denominados Servicios son dispositivos que dependen de la Excm. Diputación de Cádiz. Los Equipos Municipales de Toxicomanías tienen su dependencia de cada uno de los Ayuntamientos de la población donde están situados.

Estos centros pertenecientes a la Red, tienen una estructura basada en una Dirección, que gestiona los aspectos administrativos y coordina la actividad del centro y un Equipo de Terapeutas que prestan la asistencia a los usuarios. Asimismo estos centros vertebran otras actividades tales como la prevención y la incorporación social.

En 1999 el C.P.D. de Cádiz ha mantenido su estructura de seis Centros Comarcales, distribuidos como sigue:

- ⑤ **C.C.D. del Campo de Gibraltar**, constituido por los siguientes dispositivos:
 - ☞ **Servicio de Algeciras:** Atiende a las poblaciones de Algeciras, Tarifa y Los Barrios, con una población total de referencia de 132.407 habitantes.
 - ☞ **Servicio de La Línea:** Atiende a las poblaciones de La Línea de la Concepción, Jimena y Castellar, con una población total de referencia de 79.680 habitantes.
 - ☞ **Equipo Municipal de Toxicomanías de San Roque:** Atiende a la población de San Roque, con una población total de referencia de 22.168 habitantes.
 - ☞ **Equipo de Instituciones Penitenciarias:** Atiende a la población de internos de la Prisión de Algeciras.

- ⑤ **C.C.D. de Barbate - La Janda**, constituido por los siguientes dispositivos:
 - ☞ **Servicio de Barbate:** Atiende a las poblaciones de Barbate y Vejer, con una población total de referencia de 34.711 habitantes.
 - ☞ **Servicio de Alcalá :** Atiende a las poblaciones de Alcalá de los Gazules, Medina-Sidonia y Benalup, con una población total de referencia de 22.410 habitantes.

 - ☞ **Servicio de Conil:** Atiende a la población de Conil de la Frontera, con una población total de referencia de 16.687 habitantes.

- ⑤ **C.C.D. de la Bahía de Cádiz**, constituido por los siguientes dispositivos:
 - ☞ **Servicio de Cádiz:** Atiende a la población de Cádiz, con una población total de referencia de 145.595 habitantes.
 - ☞ **Servicio de San Fernando:** Atiende a la población de San Fernando, con una población total de referencia de 85.882 habitantes.
 - ☞ **Servicio de Puerto Real:** Atiende a la población de Puerto Real, con una población total de referencia de 33.069 habitantes.
 - ☞ **Servicio de Chiclana:** Atiende a la población de Chiclana, con una población total de referencia de 53.001 habitantes.
 - ☞ **Equipo Municipal de Toxicomanías de El Puerto Sta. María:** Atiende a la población de

El Puerto Santa María, con una población total de referencia de 72.460 habitantes.

☞ **Equipo de Instituciones Penitenciarias:** Atiende a la población de internos de las Prisiones Puerto I y Puerto II.

⑤ **C.C.D. de Jerez**, constituido por los siguientes dispositivos:

☞ **Servicio de Jerez:** Atiende a la población de Jerez de la Frontera, con una población total de referencia de 186.568 habitantes.

☞ **Equipo de Instituciones Penitenciarias:** Atiende a la población de internos de las Prisión de Jerez.

⑤ **C.C.D. del Triángulo de Sanlúcar**, constituido por los siguientes dispositivos:

☞ **Servicio de Sanlúcar:** Atiende a las poblaciones de Sanlúcar de Barrameda y Trebujena, con una población total de referencia de 68.003 habitantes.

☞ **Equipo Municipal de Toxicomanías de Rota:** Atiende a la población de Rota, con una población total de referencia de 24.197 habitantes.

☞ **Equipo Municipal de Toxicomanías de Chipiona:** Atiende a la población de Chipiona, con una población total de referencia de 15.518 habitantes.

⑤ **C.C.D. de la Sierra de Cádiz**, constituido por los siguientes dispositivos:

☞ **Servicio de Villamartín:** Atiende las poblaciones de Villamartín, Espera, Bornos , Prado del Rey y Puerto Serrano, con una población total de referencia de 36.389 habitantes.

☞ **Servicio de Ubrique:** Atiende a las poblaciones de Ubrique, El Bosque, Grazalema, Benaocaz y Villaluenga del Rosario con una población total de referencia de 23.310 habitantes.

☞ **Servicio de Arcos:** Atiende a las poblaciones de Arcos de la Frontera y Algar, con una población total de referencia de 30.016 habitantes.

☞ **Servicio de Algodonales:** Atiende a las poblaciones de Algodonales, Olvera, El Gastor, Setenil de las Bodegas, Alcalá del Valle, Zahara de la Sierra y Torre Alháquime, con una población total de referencia de 27.598 habitantes.

La dotación de los recursos humanos se distribuyen al final de 1999 de la siguiente forma:

Las figuras profesionales que conforman el C.P.D., se concretan en las siguientes: 25 médicos, 2 D.U.Es, 22 psicólogos, 13 trabajadores sociales, 4 educadores, 11 monitores y 26 auxiliares administrativos, 3 ayudantes de mayordomía y 1 ASE. Estos profesionales, junto con los 6 destinados en la Sección Provincial y con funciones de coordinación y gestión, hacen un total de 113 personas.

Respecto de estos recursos humanos, se señalan dos elementos importantes a tener en cuenta, los cuales generan una serie de inquietudes:

- ③ El número de profesionales ha permanecido prácticamente constante a lo largo de los cinco últimos años, mientras que la actividad asistencial, en todas sus vertientes, ha sufrido un fuerte e importante incremento. Esto ha implicado un esfuerzo en asumir la demanda, adaptando los medios disponibles en detrimento de los tiempos de atención a los usuarios y, probablemente, mermando la calidad de la atención prestada.

③

A lo largo del año 1999, se han venido produciendo bajas laborales del personal de los centros, algo esperable en toda organización humana, las cuales que no se han suplido o se han realizado después de varios meses, han significado una grave distorsión en los servicios, dado el carácter único de las figuras profesionales en la mayoría de los centros.

Datos sobre la utilización y funcionamiento de los centros.

Antes de proceder a una revisión pormenorizada de la información disponible, se estima oportuno dejar constancia del método que nos proporciona la información que se refleja en los distintos puntos de la memoria.

La información necesaria para ofrecer estos datos procede de los sistemas de notificación y registro que el C.P.D. de Cádiz ha desarrollado a lo largo de estos últimos años "Sistema Provincial de Información en Toxicomanías -SPIT-".

El SPIT ha ido experimentando grandes modificaciones desde su inicio hasta 1999, donde se ha llegado a una fase de consolidación en la recogida y emisión de la información.

Actualmente podemos hablar de un alto índice de fiabilidad de la información proporcionada, pero también reseñamos que, en la medida que el volumen de datos manejados va siendo mayor, la ocupación continua de los sistemas informáticos está generando dificultades serias al no poder responder a las distintas solicitudes de información de forma precisa y rápida. Lo anteriormente dicho implica una actualización de los recursos disponibles para poder asegurar el buen funcionamiento del sistema de forma ágil y poder manejar el, cada vez mayor, volumen de datos que se posee.

De los datos obtenidos, observamos que el **acceso a los dispositivos** en el año 1999 continúa la tónica de años anteriores, donde la conjunción de una comarcalización efectiva de los recursos, junto con un favorecimiento de los criterios de acceso a programas que antes resultaban más restrictivos, está resultando muy positiva cara a facilitar la entrada en el sistema de salud de los usuarios.

Respecto de los indicadores de acceso a los centros destacamos:

- ③ En los tres últimos años se está produciendo una consolidación del número de casos que accede a tratamiento en la provincia. Así pues, estos casos, incluyendo las admisiones y las readmisiones a tratamiento, llegan a mantener unas cifras muy similares: 3.846, 3.898 y 3.844 casos en los años 97, 98 y 99 respectivamente.
- ③ Por centros comarcales constatamos que existe un descenso del número de casos que acceden (se incluyen admisiones y readmisiones) a tratamiento en casi todos los centros desde 1994 hasta 1999, a excepción de los Equipos de Prisiones. En 1994 accedieron a los centros ambulatorios 3.410 casos y 367 a los Equipos de Prisiones, en 1999 lo hicieron 2.616 casos a los centros ambulatorios y 1.228 a los Equipos de Prisiones, lo que supone un decremento de un 23,3% y un aumento en los Equipos de Prisiones de un 234,6%.
- ③ Lejos de pensar en un descenso del volumen de trabajo porque se incorporan menos pacientes nuevos a lo largo de los últimos años, constatamos que los pacientes que se mantienen en los diversos programas de tratamiento al final de cada año, han sufrido un importante incremento desde 1994 hasta 1999. Mientras que en 1994 se contaba con 3.230 pacientes en programa, en 1999 el número de pacientes en tratamiento fue de 5.934 (incremento de 83,7%), cifra que se viene manteniendo constante a lo largo de los tres últimos años. Cabría, pues, pensar que los recursos han llegado a la máxima capacidad para absorber casos nuevos, permaneciendo constante el flujo de entrada y salida a los centros (entran anualmente el mismo número de pacientes que salen por los distintos motivos de alta).
- ③ Destacamos como características de los pacientes que se mantienen en programa al

final de año 99 (no se incluyen los 416 pacientes en programa de los Equipos de Prisiones): que residen fundamentalmente en Cádiz (16%), Jerez (13,1%), Algeciras (12,7%), La Línea de la Concepción (9,3%), San Fernando (7,7%), El Puerto de Sta. María (7%), Sanlúcar de Barrameda (5%), Chiclana de la Frontera (4,8%), Puerto Real (3,4%) y Barbate (2,4%). Por otra parte señalar que del total de estos 5.518 usuarios en programa, el 78,5% acudieron al centro para recibir tratamiento por el consumo de heroína, el 7,8% por alcohol y el 13,7% por otras sustancias.

- ③ El número total de consultas realizadas en los centros ha sido en 1999 de 52.412, lo que ha supuesto un 75,3% sobre el total de las consultas previstas. Dicho porcentaje viene siendo constante en los tres últimos años. Así pues, podemos generalizar que un 25% de las citas dadas no son realizadas, advirtiéndose un rango entre centros que oscila entre el 95% y el 65% de consultas realizadas.
- ③ Acercándonos a otro indicador de funcionamiento de los centros, como es la media de consultas realizadas por paciente, con excepción de los Equipos de Prisiones por sus especiales circunstancias, comprobamos que la oscilación entre los centros es muy grande (entre 3,5 y 15 el número de consultas media). Al igual ocurre con el indicador “Número de pacientes en tratamiento por terapeuta”, que oscila entre 31 a 135 pacientes, lo que supone, obviamente, que en la medida que un centro soporta un número mayor de pacientes en tratamiento por terapeuta, existe una tendencia a disminuir de forma notoria las veces que un paciente puede ser visto en consulta.

El aumento de la **conflictividad en los servicios** a causa del incremento de la inseguridad, ha sido otra de las circunstancias que ha mediatizado el buen funcionamiento de los centros, queriéndose destacar lo siguiente:

- ③ De forma paulatina y en la medida en que los centros han ido dando cabida a bolsas de población más marginales y con elevado índice de conflictividad, la inseguridad en los centros se ha ido haciendo cada vez más patente, llegándose a solicitar desde años atrás, un servicio de vigilancia privada con el objeto de mantener el orden suficiente que permitiera el normal desarrollo del trabajo clínico en los centros. Ante los numerosos altercados que se vienen produciendo y tras numerosas peticiones por parte de los profesionales de los centros para disponer de este servicio de protección, la situación actual es que sólo se dispone de vigilancia en los centros de Algeciras, Cádiz, Jerez de la Frontera, La Línea de la Concepción y San Fernando desde diciembre de 1999. El resto de los centros para los que se ha solicitado el servicio de seguridad aún no han sido puestos en funcionamiento.

Análisis de los Programas Asistenciales que lleva a cabo el C.P.D.

El **Programa de Tratamiento con Metadona** continúa siendo una de las modalidades de tratamiento que acoge en la provincia a un alto porcentaje de nuestros usuarios, constituyendo una alternativa terapéutica indispensable en el manejo de los pacientes adictos al consumo de opiáceos. Durante 1999 hemos centrado nuestro trabajo en mejorar las condiciones y metodología de este programa con el fin de optimizar al máximo el recurso.

Durante este último año el C.P.D. de Cádiz ha participado igualmente en la Comisión Técnica del Programa de Metadona, que a nivel andaluz y organizado por el Comisionado para la Droga, tiene como objetivo básico buscar fórmulas de consenso que permitan unificar y ofrecer unas prestaciones sanitarias de calidad.

A nivel de la provincia destacamos los siguientes datos sobre el programa:

❸ Aunque el número de usuarios que se mantienen en tratamiento al final de cada año sigue aumentando, lo que supone una preponderancia cuantitativa sobre el resto de las opciones terapéuticas, desde 1997 se produce un incremento muy suave con tendencia a la estabilidad en el número de casos (3.532 casos en el 97, 3.628 en el 98 y 3.679 casos en el 99).

❸ A pesar de que fueron los años 95 y 96 cuando más pacientes se incorporaron al Programa de Metadona en todos los CCDs, exceptuando los Equipos de Prisiones, continúa existiendo una tendencia a la incorporación de nuevos pacientes cada año (en torno a las 1.800 nuevas incorporaciones por año en los tres últimos).

❸ En cuanto al Programa de Metadona en las Instituciones Penitenciarias, destacamos un importante incremento año tras año, no sólo de los pacientes en programa a final de año (38 pacientes en el año 95 y 317 en el año 99), sino de las nuevas incorporaciones al programa (76 inicios en el año 95 y 1.107 en el 99).

Creemos que es importante destacar que en 1995, de los 223 pacientes en programa, el 17% estaban siendo tratados con metadona y en 1999, de los 416 pacientes en programa se llegaba al 76% tratados con metadona. Por último, resaltamos que a las dificultades propias del acceso a este programa, debido a las características intrínsecas de las prisiones (listas de espera para iniciar programa, problemas institucionales, restricción del acceso, falta de medios, etc...), se le une las dificultades para poder contar con más recursos humanos para atender esta población.

❸ En cuanto a los puntos de dispensación de metadona, estimamos que se ha llegado a un nivel óptimo en cuanto a la accesibilidad de los pacientes, que sólo se verá superado por los nuevos puntos que se pongan en funcionamiento como consecuencia de la apertura de nuevos centros de salud en la provincia. La evolución del número de puntos de dispensación desde el año 94 al 99 ha sido respectivamente: 14, 40, 51, 58, 59 y 61.

❸ La tasa de pacientes en Programa de Metadona en relación a los pacientes en otros programas orientados a la abstinencia ha ido creciendo paulatinamente desde el año 94, donde esta tasa fue de 18,6% de usuarios en P. de Metadona sobre el resto de programas, hasta llegar al 99 donde la tasa alcanzó el 61,9%. En modo alguno podemos pensar que este programa desbanque al resto de opciones terapéuticas; no olvidemos que a final de 1999 contábamos con 2.255 pacientes en otros programas orientados a la abstinencia.

❸ Del estudio de las dosis de metadona utilizadas, destacamos que la dosis media inicial de los pacientes que se encontraban en programa al final de 1999 era de 54,4 mgr., siendo la dosis media actual de 61,6 mgr. Respecto de ésta última, existe una gran variabilidad según los centros: en el caso de Villamartín llega a ser de 91,6 mgr. de media y en Conil no llega a 39 mgr.

Al estudiar las dosis iniciales de metadona que año tras año se vienen prescribiendo por los profesionales de los centros, se observan los siguientes valores de la dosis media inicial y dosis máxima inicial utilizadas: en 1994 la dosis máxima fue de 90 mgr. y la media de 58,2 mgr., en 1995 la dosis máxima fue de 95 mgr. y la media de 53,7 mgr., en 1996 la dosis

máxima fue de 150 mgr. y la media de 52,9 mgr., en 1997 la dosis máxima fue de 180 mgr. y la media de 55,2 mgr., en 1998 la dosis máxima fue de 200 mgr. y la media de 54,0 mgr., en 1999 la dosis máxima fue de 200 mgr. y la media de 53,9 mgr.

La **Unidad de Desintoxicación Hospitalaria** continúa manteniendo un nivel de ocupación del 100% en sus seis camas disponibles en el Hospital Punta Europa de Algeciras. Este recurso viene siendo utilizado para cubrir la fase de desintoxicación en aquellos pacientes con características toxicológicas y psicosociales que no recomiendan efectuarla a nivel ambulatorio.

③ El Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz viene derivando a través de sus distintos dispositivos un número constante de protocolos para su ingreso, pero lo cierto es que cada año se ha venido produciendo un menor número de ingresos, a excepción de este último año donde se produce un pequeño remonte. Desde 1994 hasta 1999, los inicios de tratamiento han sido: 280, 250, 168, 144, 132 y 142 pacientes.

③ Si atendemos a la media de estancias en días, de los incorporados al Programa UDH, constatamos que ha sufrido un importante aumento de 6,5 días en 1994 a 9,9 días en 1999, pudiendo servir estas cifras como uno de los posibles motivos del descenso en el número de ingresos.

③ Lo que resulta más difícil de explicar es la progresiva disminución de la tasa de altas terapéuticas a lo largo de estos seis años. En 1994 llegó a ser de 79,3% y en el año 99 sólo fue del 69%. Esta situación merecería un momento de reflexión para poder contrastar qué perfiles de pacientes son los que más fracasan.

③ En relación a la procedencia de los pacientes ingresados, destacamos que más del 75% de los ingresos precedían de los Servicios de Jerez (34), La Línea (24), Algeciras (16), El Puerto Sta. María (15), San Fernando (10) y Chiclana (10).

③ A propósito de los servicios anteriormente citados, que son los que más han remitido pacientes a la UDH, encontramos grandes variaciones respecto de las tasas de altas terapéuticas. Mientras que los procedentes de Jerez llegan a tener un 85,3%, los procedentes de San Fernando sólo alcanzan un 40% de altas terapéuticas.

Las **Comunidades Terapéuticas** son un recurso de reconocida y amplia trayectoria en el tratamiento de las drogodependencias, cuya estancia se plantea dentro del proceso terapéutico en la etapa de deshabituación/rehabilitación en régimen de internamiento.

Los dispositivos de la provincia vienen derivando año tras año a este tipo de recursos a un grupo de pacientes que, para superar su problema de consumo, requieren un abordaje individual y grupal a través de un aislamiento temporal de su entorno.

En 1999 disponemos de los siguientes datos respecto de estos recursos:

③ El número total de casos que inician tratamiento en las CC.TT. ha ido creciendo año tras año, desde 1994 que ingresaron 173 pacientes hasta llegar a 1999 con 221 ingresos. Destacamos que, una vez estudiado la procedencia de las derivaciones a lo largo de los últimos años, son siempre los dispositivos de la Jerez, Cádiz, El Puerto de Sta. María, Algeciras y La Línea, los que más frecuentemente utilizan dicho recurso.

③ Interpretamos que el crecimiento en el número de ingresos va parejo a la mayor disponibilidad de plazas en Andalucía, que ha pasado a ser de 231 en 1994, a 340 en 1999.

El porcentaje de ocupación provincial sobre el resto de las provincias andaluzas viene creciendo lentamente desde 1995 con un 15,2% hasta 1999, donde el 22,6% de las plazas ocupadas a final de año procedían de los servicios de nuestra provincia.

③ El número de pacientes que al final de cada año continúan en tratamiento también ha crecido paralelamente al número de ingresos, encontrándonos desde 1994 hasta 1999 con 56, 42, 58, 66, 64 y 77 pacientes respectivamente.

- ③ Por último reseñar que lo que más nos ha llamado la atención son los datos relativos a las tasas de altas terapéuticas. En 1995 alcanza su máximo nivel con un 38,3% de pacientes que salen del recurso con alta terapéutica para ir disminuyendo, año tras año de forma continua, hasta llegar al 29,1% en 1999.

El Programa de la **Red de Artesanos** es un recurso de reinserción socio-laboral dirigido a drogodependientes que están siguiendo un tratamiento y que habiendo superado la desintoxicación carecen de formación laboral adecuada. Con el objeto de facilitar la incorporación social de estos jóvenes, el Comisionado para la Droga consideró la necesidad de elaborar un programa específico que permitiera una formación laboral que les sitúe en mejores condiciones para acceder al mundo laboral.

Aunque entre el año 1994 y 1999 han participado en dicho programa 673 usuarios de la provincia de Cádiz, se ha evidenciado en toda Andalucía un descenso de nuevos participantes, probablemente relacionado con los perfiles teóricos de usuarios deseables en el programa y la realidad de las características de los pacientes que tratamos. Llegados a este punto se ha decidido llevar a cabo, a nivel andaluz, un estudio de evaluación del programa.

- ③ El total de pacientes que han iniciado el programa ha mantenido una línea creciente en estos últimos años, destacándose un decremento muy importante en 1999 al igual que en el resto de Andalucía (en 1994 lo iniciaron 91, 82 en 1995, 103 en 1996, 150 en 1997, 154 en 1998 y sólo 93 en 1999).
- ③ El descenso de los inicios en el programa en 1999 se produce en casi todos los CCDs, donde se constata una disminución entre un 30% a un 65% según centros, a excepción del Campo de Gibraltar donde el número de inicios es prácticamente el mismo que el año anterior.
- ③ En relación a los pacientes que se mantienen en programa al final de estos últimos años, la situación es paralela a los inicios. Se ha producido un paulatino incremento (67 usuarios en 1994 y 1995, 92 en 1996, 117 en 1997 y 125 en 1998) hasta llegar el año 99, donde sólo continuaban en programa 84 usuarios.
- ③ Aunque en los tres últimos años el número de plazas disponibles en Andalucía ha sido la misma (379 plazas), la tasa de ocupación provincial ha ido disminuyendo de 31,6 % en 1997 a 33,8% en 1998 y 22,7% en 1999.
- ③ Todos los datos anteriores nos deben hacer reflexionar sobre los motivos que pueden estar incidiendo para que se produzca esta pérdida de calado del programa en la provincia, máxime cuando las tasas de altas terapéuticas se podrían considerar como buenas y en continuo aumento año tras año, ya que hemos pasado de un 58,4% de altas terapéuticas en 1994 a un 66,1% en 1999. Esperamos que el estudio de evaluación antes mencionado, nos dé pistas sobre estas cuestiones.

Existen **otros programas que se llevan a cabo desde los CCDs**. Sobre éstos hemos querido reseñar los siguientes puntos:

- ③ Haciendo una valoración sobre las **desintoxicaciones no hospitalarias realizadas**, encontramos que año tras año han ido disminuyendo el número de éstas. Así pues, encontramos que en 1997 se propusieron el inicio de 923, de las cuales se concluyeron el 57,4%, en 1998 se iniciaron 762 y se concluyeron el 62,6% y en el año 1999 se iniciaron 688 de las cuales sólo se finalizaron exitosamente el 54,5%.
- ③ En relación a los **Pisos de Apoyo a la Reinserción**, expresar que estos recursos van adquiriendo año tras año cada vez más importancia, prueba de ello es el incremento paulatino de su utilización, habiéndose registrado un aumento tanto de ingresos como de pacientes en programa a final de cada año. Hemos pasado de sólo 2 ingresos en 1994 a 21 en 1999 y de 7 pacientes en programa a 16 en 1999.
- ③ Respecto a las actividades ocupacionales llevadas a cabo en forma de **Unidad Ocupacional** (programa del Servicio de Cádiz) o como **Centro de Día** (en los dispositivos de Chiclana y E.M.T. del Puerto Sta. M^a.), hemos de reflejar la cada vez menor actividad llevada a cabo en estos recursos, lo cual nos lleva a replantear su diseño de funcionamiento en la actualidad.

Tengamos presente los siguientes datos: en la Unidad Ocupacional de Cádiz iniciaron programa 16 pacientes en el año 99, al final del año sólo había 1 paciente en programa. En el Centro de Día de Chiclana iniciaron 12 y sólo había 4 pacientes al final de año, y en el Centro de Día del Puerto, iniciaron 28 y continúan al final del año 8.

- ③ En 1999 se pusieron en funcionamiento tres tipos de **tratamientos farmacológicos** standarizados como coadyuvantes de la deshabituación. Los resultados que podemos ofrecer a nivel de su utilización son los siguientes: 291 personas iniciaron tratamiento con **antagonistas opiáceos** (fármacos antagonistas de los receptores opiáceos que son utilizados para prevenir las recaídas de los drogodependientes a opiáceos y alcohólicos) manteniéndose a final de año 191 pacientes en tratamiento con esta sustancia. Además, 139 pacientes iniciaron tratamiento con **anticraving de alcohol** (sustancias que ayudan a restaurar la actividad GABA-érgica normal, disminuyendo la hiperexcitabilidad del SNC inducida por el abandono del alcohol, con lo que se reduce la probabilidad del consumo y las recaídas) y se mantenían al final del año 93 personas y, por último, 84 lo iniciaron con **interdictores de alcohol** (son sustancias que provocan una reacción característica desagradable tras el consumo de alcohol, ejerciendo un efecto disuasorio al estar el paciente advertido de los efectos que produce su interacción con el alcohol) y se mantenían en programa 65 usuarios al final del año.

- ③ En cuanto al procedimiento diseñado para la **Detección de Metabolitos de Drogas en Orina**, como sistema de comprobación de la abstinencia de los usuarios, hemos continuado racionalizando su uso debido a las limitaciones impuestas en cuanto al número de determinaciones posibles a realizar. En 1999 se limitó la cifra de éstas a 48.000, las cuales se distribuyeron según centros, asignándoles una proporción según pacientes en programa.

En 1999 se han realizado 69.591 determinaciones, es decir un 44,9% más de las asignadas, lo cual implica que se debería realizar un replanteamiento sobre la asignación de estas determinaciones.

Perfil y características del paciente atendido.

En este apartado vamos a proceder a efectuar una revisión pormenorizada de la información disponible y de las últimas tendencias más significativas en cuanto a las características de los usuarios que demandan ser tratados en nuestros centros.

- ③ En relación a la **droga principal que motiva la demanda** en las admisiones a tratamiento, hay que insistir en que es la heroína y otros opiáceos las sustancias que continúan provocando la mayoría de las demandas en los centros, si bien es verdad que, año tras año, vamos encontrando una disminución de estas admisiones (en el año 94 el 81,8% y sólo el 41,7% en el año 1999), pasándose a declarar en 1999 un número cada vez más creciente de admitidos a cocaína (11%), como de la mezcla de heroína y cocaína (12 %) y de cannabis (12,6%), probablemente producto de los pacientes que acuden a consulta por las sanciones administrativas impuestas. El alcohol en los últimos 3 años viene manteniendo una cifra en torno al 20% de las admisiones.

No podemos olvidar que las cifras anteriores son referidas a los casos nuevos admitidos año tras año, sin incluir los Equipos de II.PP. Si nos referimos a los pacientes en programa, es decir, a los que actualmente se mantienen en contacto con los centros, recordamos que un 78,5% lo están por heroína como droga principal, un 7,8% por alcohol y 13,7% por otras sustancias.

③ Los **municipios** con mayor número absoluto de admisiones a tratamiento son al igual que en otros años, Cádiz (149), Jerez de la Frontera (160), Algeciras (173), La Línea de la Concepción (99), El Puerto de Sta. M^a (130), San Fernando (101), Chiclana de la Frontera (93), Sanlúcar de Barrameda (63), y Barbate (58). Según nuestros datos más del 75% de las admisiones proceden de estas localidades.

③ En cuanto al **sexo**, la gran mayoría (86,4%) de las personas admitidas a tratamiento fueron hombres, proporción que prácticamente permanece constante a lo largo de años anteriores. La proporción más elevada de varones se observó entre las personas tratadas en los servicios del CCD de la Sierra de Cádiz (91,3%).

③ La **edad media de los casos admitidos al iniciar el tratamiento** en 1999, fue de 31,1 años en los casos tratados por opiáceos/cocaína y de 42,3 años en los casos tratados por alcohol. De los datos que disponemos, podemos inferir que ha continuado aumentando la edad de los consumidores de heroína admitidos a tratamiento de forma paralela a como lo ha ido haciendo en toda España. En Cádiz se ha pasado de 28,1 años en 1994 a 31,1 en 1999.

Respecto a este último año, se observaron diferencias importantes en cuanto a la edad al inicio del tratamiento por opiáceos/cocaína, oscilando entre los 34,1 años en el Servicio de Ubrique y de 28,1 en Conil.

También se observaron diferencias importantes con respecto a la edad media de las personas según la droga por la que inicia tratamiento: 32,1 años por heroína; 29,7 por heroína+cocaína; 28,2 por cocaína; 21,2 por cannabis, y 42,3 por alcohol como se comentó inicialmente.

③ La mayoría de los admitidos a tratamiento (85,9%) tuvieron un **nivel de estudios completado** de EGB o inferior, no presentando diferencias importantes en años anteriores. Lo que sí resulta especialmente significativo, analizando los datos de 1999, es que los niveles de estudios más bajos se encuentran entre los admitidos por la mezcla de heroína+cocaína (sólo un 6% de usuarios con estudios de BUP o superiores completados), seguidos de los admitidos por heroína (7,7%). Los que presentan un nivel superior de estudios corresponden a los que iniciaron tratamiento por cannabis (16,8%) y los que lo hicieron por cocaína (20,8%).

③ En cuanto a la **situación laboral**, la mayoría de los admitidos a tratamiento en los servicios ambulatorios estaban parados (49,3%), advirtiéndose en este último año una disminución de usuarios en paro, probablemente debido a que se ha incrementado el número de personas en circunstancias tales como incapacitados o estudiantes. En 1999, el porcentaje de personas que trabajan llega a ser del 31,6%, y de éstos, sólo el 19% tienen un contrato indefinido. La proporción de parados presentó diferencias importantes según la droga de admisión a tratamiento, correspondiendo la cifra más baja de pacientes que trabajaban a la heroína+cocaína (19,5%). La heroína presentó cifras de pacientes con trabajo del 24,2%, el alcohol con un 49,4%, la cocaína con un 47,3% y un 10% de estudiantes. La cannabis sólo presentó un 22,4% de pacientes trabajando, pero no podemos olvidar el 31,8% que manifestaron ser estudiantes entre estos últimos consumidores.

③ En relación al **estado civil** de los admitidos a tratamiento, la mayoría (58%) permanecen solteros, siguiendo en orden de importancia los casados (23%). Estas proporciones no presenta diferencias importantes a lo largo de los años anteriores. Esta variable sí presentó diferencias importantes en función de la droga por la que son admitidos a tratamiento, correspondiendo las cifras más altas de solteros a los que iniciaron por consumo de cannabis (93%). Los que lo hicieron por heroína arrojaron unas cifras de solteros del 62%, por cocaína del 57%, y por alcohol el 24% de solteros y el 56% de casados.

③ La mayoría de los admitidos a tratamiento (54,1%), a excepción de los casos atendidos en los Equipos de II.PP., estaban **conviviendo actualmente** con su familia de origen, situación que se repite año tras año. No obstante, desde el año 1994 hasta 1999, podemos comprobar una ligera disminución de pacientes que conviven con su familia de origen y por contra un ligero aumento de otras formas de convivencia, donde la familia juega un papel menos importante: amigos, solos, instituciones, etc...Estas formas de convivencia han pasado en 1994 de tener un valor de 8,8% a un 16,5% en 1999.

③ Respecto de la **edad media de inicio y la antigüedad en el consumo** de la droga principal hemos, resaltado los siguientes datos: Entre los casos admitidos por

consumo de opiáceos o cocaína, la edad media al inicio del consumo es de 22,2 años y la antigüedad media es de 8,9 años en 1999. A nivel de las tendencias seguidas por estos dos indicadores, se evidencia que ha permanecido constante en los seis últimos años la edad en que se inician en el consumo, sufriendo una subida de un punto en este último año, lo cual podría estar relacionado con que se empieza a consumir estas sustancias más tarde. El hecho de que la antigüedad media en el consumo haya estado incrementándose año tras año (en 1994 era de 6,7 años, en 1998 de 9,9 años) hasta llegar a 1999, donde se produce una disminución (8,9 años), podría estar relacionado con la capacidad que ha tenido el Programa de Metadona de ir recogiendo bolsas de población que no accedían a los dispositivos y que, entre sus características, se encontraba la edad elevada; pero llegado este momento, se produce un acceso más normalizado a los servicios, tratándose de pacientes que han esperado menos tiempo para iniciar un tratamiento.

En los casos admitidos por **alcohol**, se evidencia que habían iniciado el consumo a la edad media de 18,4 años, con una antigüedad media de 23,9 años. En los años anteriores a 1999 se han producido oscilaciones en las edades, tanto de una variable como de otra, sin que se disponga de una clara valoración sobre esta evolución, (para la edad media fueron 17,4 en 1994, 17,9 en 1995, 18,1 en 1996, 19,9 en 1997 y 18,5 en 1998). Para la antigüedad media, obtuvimos 24,7 años en 1994; 22,2 años en 1995; 22,3 en 1996; 20,0 en 1997, y 23,8 años en 1998.

- ③ La **vía de consumo** más frecuente de la droga principal, es una variable que nos permite ir contrastando el consumo por vía inyectada frente al consumo por otras, fundamentalmente las pulmonares. Año tras año nos hemos venido refiriendo al a esta variable sólo en los casos admitidos a tratamiento por **heroína** a excepción de los Equipos de II.PP, y así lo seguiremos haciendo como mecanismo de control de este ítem.

La vía pulmonar (inhalada, fumada, esnifada) continúa siendo en 1999 la más prevalente (89,7%), con una tendencia a estabilizarse a partir del 97, encontrándonos en torno al 10% de casos que siguen utilizando en la provincia la vía inyectada como la más frecuente.

- ③ Otras variables que resultan ser poco oscilantes en estos últimos años son los **antecedentes familiares** de los casos. En cuanto a **alcoholismo** encontramos que un 26,1% de estos casos admitían tener algún familiar alcohólico en 1999; el 31,2% decían que algún familiar hacía uso ocasional o dependía de **otras drogas**, y un 5% comentaban tener familiares con **trastornos psicopatológicos**.

- ③ Respecto de los **trastornos psicopatológicos** que han padecido o padecen los casos admitidos a tratamiento, se aprecia una ligera subida de un 10,4% en 1994 a un 12,5% en 1999.

- ③ Siguiendo la tónica de los casos admitidos a tratamiento, a excepción de los casos atendidos por los Equipos de II.PP., se analiza la variable **demanda inicial**, es decir qué piden los usuarios cuando acceden por primera vez a los centros. Lo más significativo resulta ser la demanda de metadona, que fue solicitada en 1994 por un 5,9% de los casos y ha ido incrementándose hasta llegar a ser solicitada por el 36,7% en 1998, produciéndose una bajada en 1999 y siendo demanda por el 29,4% de los casos.

Han permanecido constante las demandas de terapias de deshabituación (entre un 15% y un 19%) y también las de UDH y CC.TT. (en torno al 5%). Han bajado considerablemente las demandas de desintoxicación ambulatoria y de medicación, pasando de un 59,4% en 1994 a un 19,5% en este último año.

Datos sobre las actividades de prevención y formación.

La Escuela de Formación del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, como instrumento por el que se vehiculiza los distintos programas de prevención y formación que se llevan a cabo en Cádiz, viene realizando distintos cursos y actividades con una variada gama de objetivos, poblaciones a las que van dirigidas, metodologías, etc...

Como evento cumbre organizado por el C.P.D. de Cádiz destacamos los **Encuentros Nacionales sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario** que se vienen desarrollando anualmente en nuestra provincia, los cuales van adquiriendo cada vez más reconocimiento e importancia en el mundo científico nacional e internacional. Prueba de ello es que los textos de las ponencias, aglutinados en nuestra página web, han sido consultados por 28.156 personas en todo el mundo hasta Diciembre de 1999. En este año se desarrolló el VI Encuentro con cuatro instituciones coparticipantes (Comisionado para la Droga, Plan Nacional sobre Drogas, FAD y FADA) además de la Diputación Provincial de Cádiz, llegándose a un total de 800 asistentes.

De las actividades de formación y prevención que se vienen implementando desde la **Escuela de Formación en Drogodependencias**, destacamos los siguientes aspectos:

③ Se viene manteniendo en los tres últimos años el acceso de alrededor de 40 profesionales entre médicos, psicólogos y trabajadores sociales a través de convenios entre la Diputación Provincial y otras instituciones (SAS, COP, COTS, E. Universitaria de T.S.), para la **realización de prácticas de formación** en los Centros de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias de Cádiz.

③ En 1999 se realizan tres cursos dirigidos a la **formación interna** de los profesionales, empleándose para ello un total de 13 horas lectivas, frente a 1998 donde se realizaron siete cursos con un total de 35 horas lectivas, con una notoria disminución de actividades.

③ En cuanto a la **formación externa**, sólo se han realizado tres cursos en todo el año 1999, con un total de 90 horas dirigidas a la formación en tres sectores: APAS, miembros de asociaciones de alcohólicos y responsables de asociaciones en general.

En años anteriores, la oferta de formación ha sido extremadamente más amplia, sólo en 1998, la E.F.D. llevó a cabo las siguientes actividades: tres cursos dirigidos a la formación de APAS en técnicas de prevención con un total de 39 horas lectivas; cuatro cursos dirigidos a la formación del profesorado, empleándose para ello 62 horas; ocho cursos de formación en aspectos diversos de las drogodependencias dirigidos a profesionales y voluntarios con un total de 62 horas lectivas; siete cursos de formación para policías locales y guardias civiles con un total de 136 horas, y por último cinco cursos dirigidos a profesionales específicos (psicólogos, médicos, farmacéuticos, etc...) con un total de 80 horas empleadas.

③ Por último, reseñar como uno de los argumentos más importantes que puede explicar esta notoria disminución de las actividades preventivo-formativas, la disminución progresiva del presupuesto disponible. El C.P.D. dispone de una partida económica denominada Reuniones y Conferencias, de la cual se extraen los fondos que permiten desarrollar la mayoría de las actividades, pero el recorte que viene sufriendo año tras año (en 1997 se disponía de 6 millones de pts, en 1998 de 5 millones y en 1999 de 3 millones ochenta mil ptas.) hace cada año más difícil presupuestar e implementar estos programas.