

**ANÁLISIS DEL INDICADOR DE ADMISIONES
A TRATAMIENTO POR ABUSO DE DROGAS
EN CASTILLA-LA MANCHA.**

(AÑOS 2005-2006)

Análisis de datos y redacción del informe:

Carmen de Pedro

Colaboraciones:

Análisis de datos 2005: **Angela Cámara**

Codificación y mecanización de datos: **Elena Montero**

Trabajo de campo (notificación de datos): **U.C.A.s**

Toledo, junio-2008

INDICE

1. Aspectos metodológicos
2. Análisis general
3. Datos comparados 2005-2006
4. Perfil sociodemográfico de las personas que inician tratamiento por consumo de drogas.
5. Período de latencia
6. Policonsumo
7. Vías de administración de las sustancias y estado serológico.
8. Algunas conclusiones por sustancias.
9. Bibliografía

1.- ASPECTOS METODOLÓGICOS

El indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas se inserta en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), gestionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y las CCAA. Comenzó a funcionar en 1987 y desde entonces ha sufrido distintas modificaciones, si bien el protocolo vigente y del que vamos a extraer las principales notas metodológicas es del año 2003.

La finalidad del indicador es describir las características sociodemográficas y algunos patrones de consumo relevantes de las personas admitidas a tratamiento por abuso de drogas, así como conocer las tendencias temporales de dichas características, detectando aquellas sustancias que producen un mayor número de problemas de dependencia.

El indicador de admisiones a tratamiento es un **registro** que recoge el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de drogas en un año dado. Por tanto sólo se recogen casos cuyo objetivo principal es la desintoxicación o abstinencia, o aquellos otros destinados a controlar el consumo de drogas ilegales y no otras intervenciones de carácter sanitario o social, como pueden ser complicaciones infecciosas del consumo de drogas.

Está basado en la notificación individual y exhaustiva de todas las admisiones a tratamiento que deben incluirse por parte de los centros declarantes, que en el caso de Castilla-La Mancha son las Unidades de Conductas Adictivas (U.C.A.s), que forman parte de la red de centros especializados del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Cada U.C.A., notifica a la Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad, el número de admisiones a tratamiento registradas en su centro. En dicha Dirección General se codifican las preguntas del cuestionario, se mecanizan los datos y analizan los resultados regionales. La base de datos constituida se envía al Plan Nacional de Drogas para la elaboración del indicador nacional.

Son criterios de inclusión en el registro, la admisión a tratamiento de un paciente que se le atiende por primera vez en un centro notificador y se le abre historia clínica, pero también las readmisiones a tratamiento, es decir los casos de persona que habiendo realizado anteriormente uno o más tratamientos en el mismo centro y año, los han finalizado por alta o por abandono. En concreto se incluyen:

- Los pacientes que han finalizado el tratamiento hace más de 6 meses e inician nuevo tratamiento en el mismo centro.
- Los pacientes que habiendo finalizado un tratamiento, han sido dados de *alta médica en un centro* y han sido admitidos de nuevo a tratamiento en el mismo centro, antes de 6 meses.

- Aquellos que han finalizado un tratamiento con mantenimiento de metadona por *alta dada por el centro* y son admitidos antes de 6 meses por el mismo centro a un tratamiento libre de drogas (por heroína o por otra droga distinta).

Aunque todos estos aspectos son comunes al indicador nacional y al autonómico, hay aspectos diferenciales muy importantes que hacen que los datos obtenidos por uno y otro no sean estrictamente comparables:

En primer lugar en el indicador regional se incluye todas las sustancias de carácter psicoactivo que son causa de admisión a un tratamiento, tanto drogas legales (incluyendo alcohol, tabaco y cafeína) como ilegales. Mientras el indicador nacional, sólo considera en su análisis sustancias de carácter ilegal.

En segundo lugar, el indicador del Plan Nacional de Drogas es mucho más restrictivo, ya que si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma comunidad autónoma, para el indicador nacional sólo se considerará la primera admisión de ese año, mientras que en el análisis realizado en este estudio se han considerado todos los casos que cumplen los criterios de inclusión en el indicador, antes expuestos.

2.- ANALISIS GENERAL

En el año 2006 se notificaron en el territorio de Castilla-La Mancha, 2.314 admisiones a tratamiento por consumo de drogas, incluidas tabaco, alcohol y cafeína.

Del total de notificaciones, la mayoría (52,8%), son personas que han sido admitidas para iniciar por primera vez un tratamiento por el abuso de una determinada droga, (ello no significa que no puedan haber sido tratadas en alguna ocasión por el abuso de otra sustancia diferente), por el contrario, una minoría de 993 personas, es decir el 42,9% han tenido tratamiento previo por el consumo de dicha sustancia. Hay un 4,3% de casos donde la variable de realización previa de algún tratamiento es desconocida.

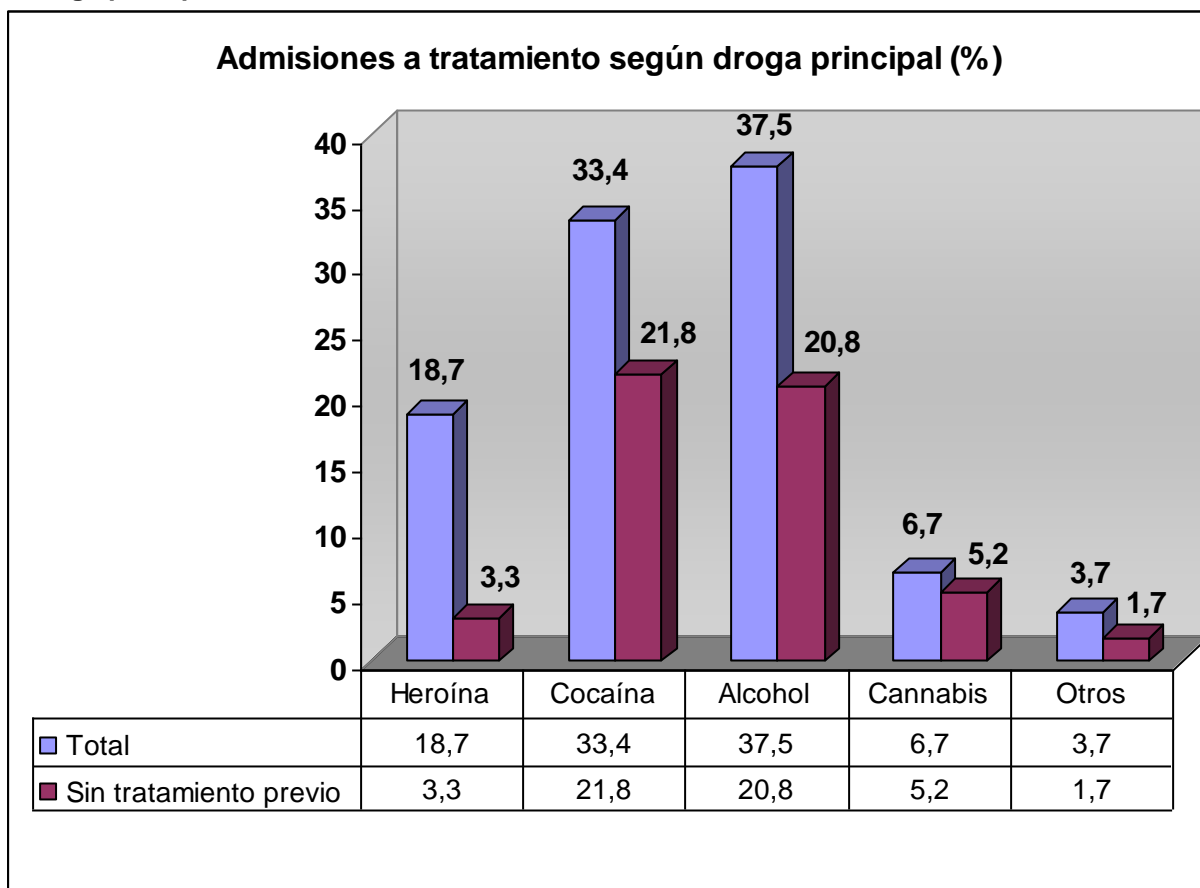
Tabla 1. Nº y porcentaje de admisiones a tratamiento por consumo de drogas, con y sin tratamiento previo. Castilla-La Mancha, 2006.

	TOTAL	CON TRATAMIENTO PREVIO (1)		SIN TRATAMIENTO PREVIO (1)	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2006	2314	993	42,9	1221	52,8

(1) El número de casos y los porcentajes no suman el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable "Realización previa de algún tratamiento".

Atendiendo a las **sustancias**, la mayor parte de las admisiones a tratamiento en el año 2006 se debieron a alcohol (37,5%), aunque el número de tratamientos por cocaína es también muy importante, un 33,4% del total de los casos. La heroína supone un 18,7%, aunque si consideramos los tratamientos cuya droga principal es la metadona y otros opiáceos, ambos en íntima conexión con la heroína, el porcentaje asciende a 20,3%. La proporción de admisiones totales por abuso de cannabis se sitúa en cuarto lugar con un 6,7%, bastante por detrás de las drogas mencionadas anteriormente, pero por delante de la heroína si se consideran sólo los nuevos tratamientos, ya que el cannabis tiene un porcentaje de 5,2% y la heroína supone 3,3% del total.

Gráfico 1. Porcentaje del total de admisiones a tratamiento y nuevos tratamientos, según la droga principal de abuso. Castilla-La Mancha, 2006.



El número de casos referidos al abuso de otras es muy bajo y supone tan sólo un 3,7% del total y el 1,7% de las nuevas admisiones a tratamiento. Las drogas que destacan son, por un lado, los estimulantes como anfetaminas y éxtasis y por otro los hiposedantes, especialmente el grupo de las benzodiacepinas, con un 0,5% de los casos. Respecto al tabaco, hay que decir, que pese a ser una sustancia de consumo mayoritario, representa un porcentaje muy bajo (0,4%) de todos los tratamientos iniciados, debido a que la mayor parte de los casos se derivan y tratan en unidades específicas de deshabituación tabáquica y no en los centros genéricos de atención a drogodependientes que son los centros notificadores.

Entre los admitidos a tratamiento por primera vez, la cocaína fue la droga que causó un mayor número de admisiones, un 21,8% del total, seguida muy de cerca por el alcohol (20,8%). Cocaína y alcohol, son pues, las drogas que mayor número de nuevas demandas de tratamiento están produciendo en Castilla-La Mancha, seguidas de lejos por el cannabis con un 5,2%.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de personas que han sido admitidas a tratamiento según la droga principal de abuso, con y sin tratamiento previo. Castilla-La Mancha-2006.

	<i>TOTAL</i>		<i>CON TRATAMIENTO PREVIO (1)</i>		<i>SIN TRATAMIENTO PREVIO (1)</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Opiáceos	470	20,3	354	15,3	82	3,5
Heroína	432	18,7	322	13,9	77	3,3
Metadona	7	0,3	4	0,2	3	0,1
Otros opiáceos	31	1,3	28	1,2	2	0,1
Cocaína	773	33,4	235	10,5	504	21,8
Cocaína (sin especific.)	772	33,4	234	10,5	504	21,8
Cocaína base	1	0,0	1	0,0	0	0,0
Heroína+Clorhidrato de cocaína (Mezcla)	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Otros estimulantes	11	0,6	0	0,0	11	0,4
Anfetaminas	3	0,2	0	0,0	3	0,1
MDMA y derivados	4	0,2	0	0,0	4	0,2
Otros estimulantes	4	0,2	0	0,0	4	0,1
Hipnosedantes	13	0,5	5	0,2	8	0,3
Benzodiacepinas	12	0,5	5	0,2	7	0,3
Otros hipnosedantes	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Inhalables volátiles	1	0,0	0	0,0	1	0,0
cannabis	154	6,7	28	1,2	120	5,2
Cannabis (sin especific.)	152	6,6	28	1,2	118	5,1
Planta	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Alcohol	867	37,5	355	15,3	482	20,8
Tabaco	10	0,4	2	0,1	8	0,3
Otras sustancias	14	0,5	5	0,2	4	0,1
TOTAL	2314	100	993	42,9	1.221	52,8

(1). El número de casos con o sin tratamiento previo no suman el total, debido a la existencia de valores desconocidos en esta variable.

Centros notificadores (U.C.A.s)

Los datos registrales proceden de los 9 centros que existen en la región para el tratamiento de las drogodependencias, las denominadas **U.C.A.s** o Unidades de Conductas Adictivas. La Unidad Mancha-Centro corresponde a los centros de Villacañas y Alcázar de San Juan que son atendidos por el mismo equipo de profesionales ubicado en Alcázar de San Juan, que se desplaza una vez en semana a las instalaciones de Villacañas, pero el registro de casos se hace de forma conjunta.

Como se puede observar en el siguiente gráfico referido a datos del 2006, los centros notificadores con mayor número de casos son Albacete y Ciudad Real que tienen en torno al 18% de las admisiones totales, seguidas de Mancha-Centro (15,3%), Toledo (13,3%) y Talavera (12,1%). Las UCAS con menor número de casos son Puertollano, Almansa y Guadalajara con un 4,7%, 5,3% y

5,7% respectivamente. El número de admisiones sin tratamiento previo de cada centro, guarda una lógica relación con el número de admisiones totales, no obstante, destacan por la alta proporción de “nuevos casos” respecto de su total de admitidos, los centros de Albacete y Guadalajara. La presencia femenina es también mayor en Albacete y Ciudad Real.

Gráfico 2. Porcentaje de inicios de tratamientos por abuso de drogas de cada U.C.A. sobre el total. Castilla-La Mancha, 2006.

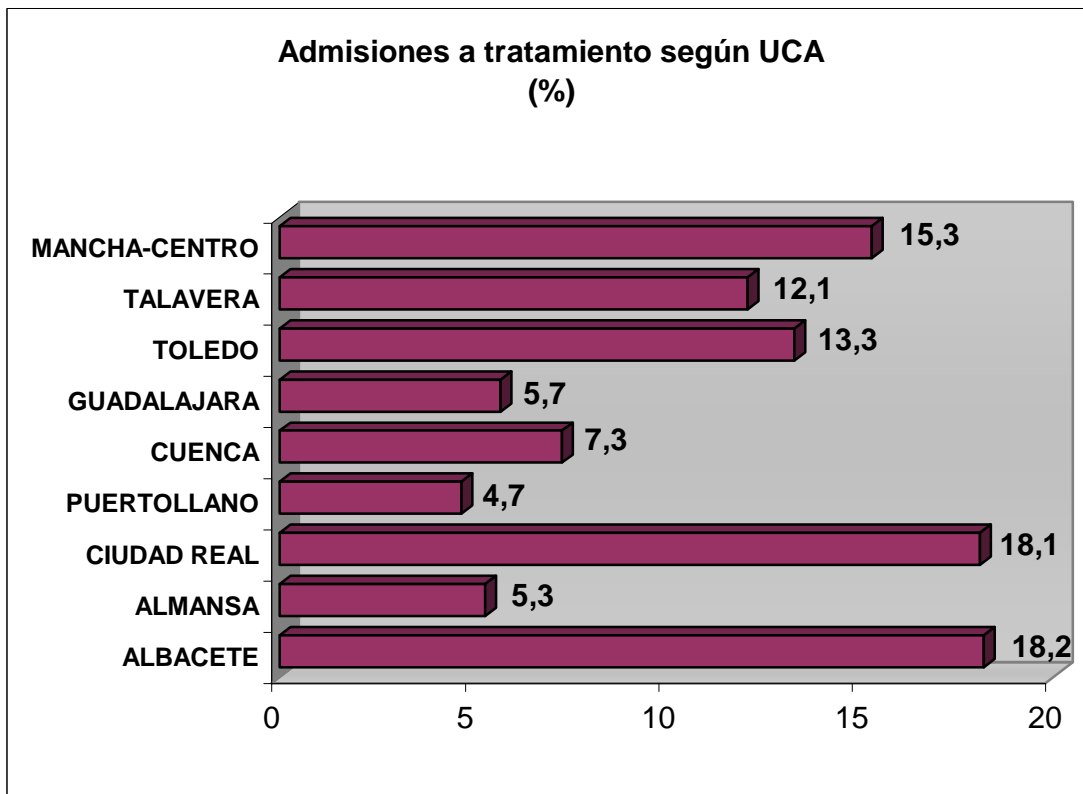


Tabla 3. Tratamientos totales notificados por abuso de drogas según UCA, con y sin tratamiento previo y según género. Castilla-La Mancha, 2006.

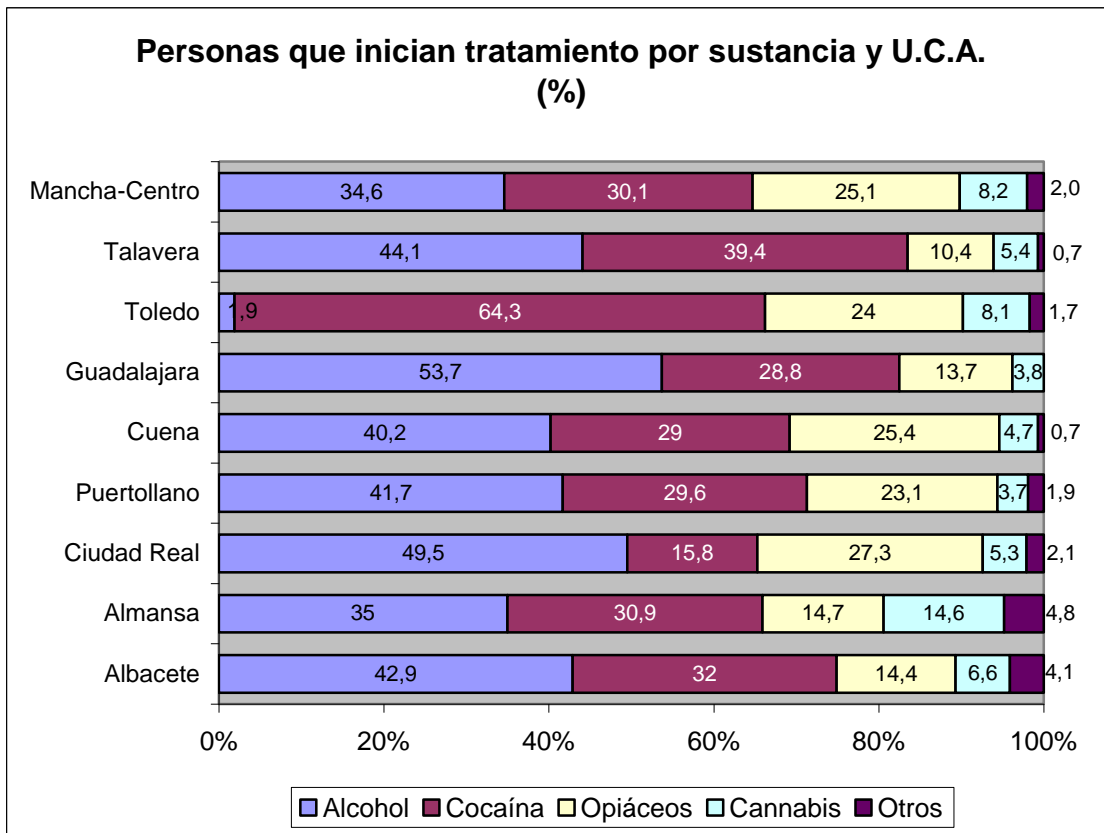
	TOTAL		CON TRATAMIENTO PREVIO (1) (%)		SEXO (1) (%)	
	Frecuencia	Porcentaje	SI	NO	Hombre	Mujer
Albacete	422	18,2	5,6	12,4	15,5	2,7
Almansa	123	5,3	2,6	2,6	4,5	0,8
Ciudad Real	418	18,1	10,2	7,8	14,7	2,8
Puertollano	108	4,7	2,3	2,1	3,6	0,9
Cuenca	169	7,3	3,9	3,3	6,1	1,2
Guadalajara	132	5,7	0,7	3,8	4,5	1,2
Toledo	308	13,3	6,6	6,6	11,2	1,7
Talavera	279	12,1	4,9	6,8	8,6	2,3
Mancha-Centro	355	15,3	6,1	7,4	12,9	1,9
TOTAL	2314	100	42,9	52,8	81,6	15,5

(1). El número de casos y los porcentajes no suman el total, debido a la existencia de valores desconocidos en estas variables.

Considerando ahora la proporción de personas que inician tratamiento según la sustancia en cada una de las U.C.A.s, lo primero que llama la atención es el escasísimo porcentaje de tratamientos de alcohol en la U.C.A. de Toledo (1,9%) cuando el resto de centros tienen valores que oscilan entre el 35% y el 53%. Esto es debido a que tradicionalmente las personas con problemas de consumo de alcohol en esta provincia, han sido atendidas por la unidad de salud mental del Hospital Provincial de Toledo.

Respecto a los tratamientos por cocaína, el centro de Toledo, tiene el mayor porcentaje, un 64,3%, muy superior al resto que oscila entre el 29% y 39%, a excepción de la U.C.A. de Ciudad Real con un 15,8%. Los centros que en mayor medida realizan tratamientos por abuso de opiáceos, incluyendo los tratamientos sustitutivos con metadona, son Ciudad Real (27,3%), Cuenca (25,4%) y Mancha-Centro con un 25,1%, y el que menos Talavera de la Reina (10,4%).

Gráfico 3. Proporción de personas que inician tratamiento por consumo drogas en cada U.C.A., según la sustancia principal de abuso. Castilla-La Mancha, 2006.



El mayor porcentaje de inicios de tratamiento por consumo de cannabis es con diferencia el de Almansa (14,6%) que supera en más de 6 puntos a los siguientes centros con mayor proporción de casos: Mancha-Centro (8,2%) y Toledo (8,1%). En este sentido los que tienen los valores más pequeños son Puertollano y Guadalajara con 3,7% y 3,8% respectivamente.

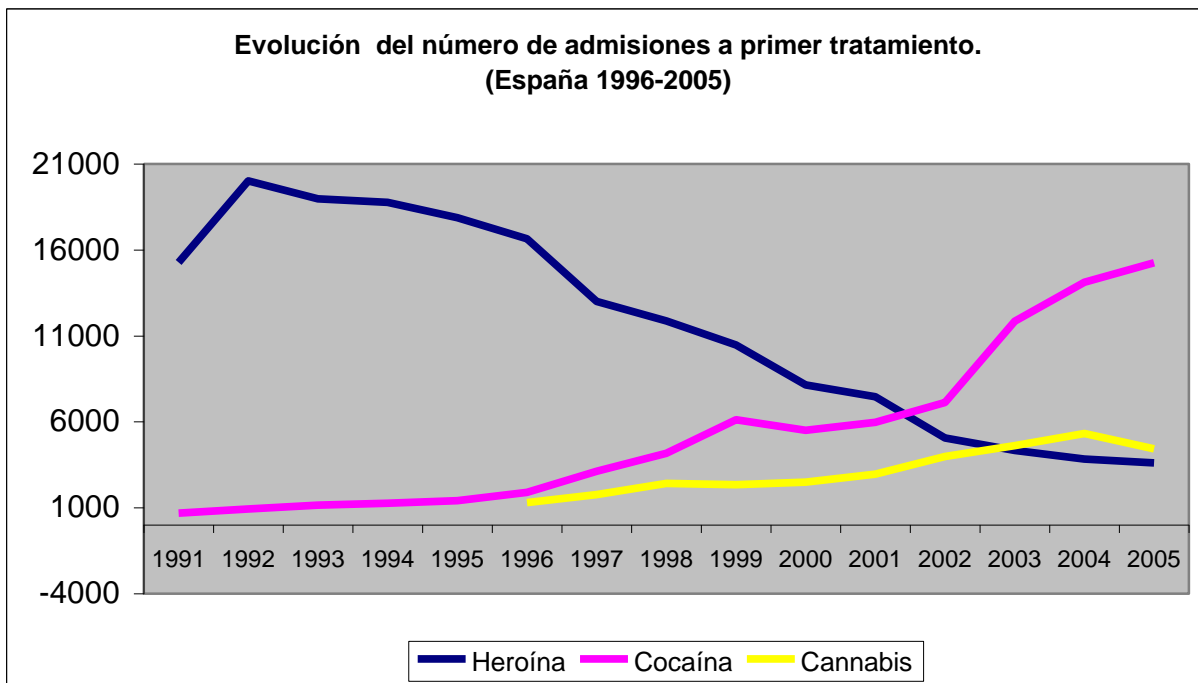
Los inicios de tratamiento por otras sustancias representan cifras muy pequeñas como se puede observar en los datos de la derecha, fuera de las barras del gráfico. El centro de Guadalajara no ha notificado ningún caso, mientras Almansa y Albacete tienen los mayores porcentajes (4,8% y 4,1%) referidos fundamentalmente a anfetaminas y benzodiacepinas.

3.- DATOS COMPARADOS

No disponemos de la serie histórica referida al territorio de Castilla-La Mancha, en cuanto a la evolución de los tratamientos por distintas sustancias, a excepción de 2005, cuyo análisis veremos a continuación. Para poder tener una visión más amplia del significado de los datos obtenidos, recurrimos a

datos elaborados por el Observatorio Español sobre Drogas y publicados en los Informes de los años 2004 y 2007.

Gráfico 4. Admisiones a primeros tratamientos por abuso o dependencia de heroína, cocaína y cannabis (números absolutos). España 1996-2005.



Elaboración propia. Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED)

Desde 1991, la heroína ha sido la droga que ha provocado mayor número de admisiones a tratamiento, si bien la curva que describe su evolución tiene una clara tendencia a la baja, constituyendo el dato de 2005 el último y el más bajo de los publicados por Plan Nacional. En el año 2001 y para todo el territorio nacional 7.461 personas son admitidas a primeros tratamientos por abuso de heroína y por debajo, 5.977 casos de cocaína. No obstante a partir de ese año, que supone un punto de inflexión, la heroína sigue bajando mientras los datos de cocaína se disparan y también aumentan considerablemente los casos de cannabis, superando incluso a los de heroína.

Hay que considerar que el indicador nacional no recoge drogas legales como el alcohol o el tabaco, y los resultados obtenidos no son estrictamente comparables a los obtenidos por nuestro estudio, no obstante podemos observar que las tendencias son muy similares a las del año 2006 para Castilla-La Mancha.

Comparativa años 2005-2006

Hemos extraído del indicador de tratamiento de Castilla-La Mancha, los datos básicos referidos al año 2005 con objeto de ponerlo como punto de partida para la serie de datos regional que se pretende iniciar y también como

elemento de comparación con el año 2006, que es el que hemos analizado de manera más exhaustiva.

En la siguiente tabla se recogen la frecuencia y porcentajes de admisiones a tratamiento según la droga principal de abuso para el año 2005. En dicho año y de acuerdo con las notificaciones realizadas por las U.C.A.s, se produjeron un total de 2.345 admisiones, de las cuales un 52,9%, es decir, la mayoría, son nuevos tratamientos, y una menor proporción (43,6%) admisiones con tratamiento previo.

También, en este año las drogas principales de abuso son alcohol, cocaína, opiáceos y cannabis, siendo muy poco significativos los casos de inicios de tratamiento por otras sustancias, entre las que destaca el tabaco y los hipnosedantes.

Tabla 4.- Frecuencia y porcentaje de admisiones a tratamiento según la droga principal de abuso, con y sin tratamiento previo. Castilla-La Mancha 2005

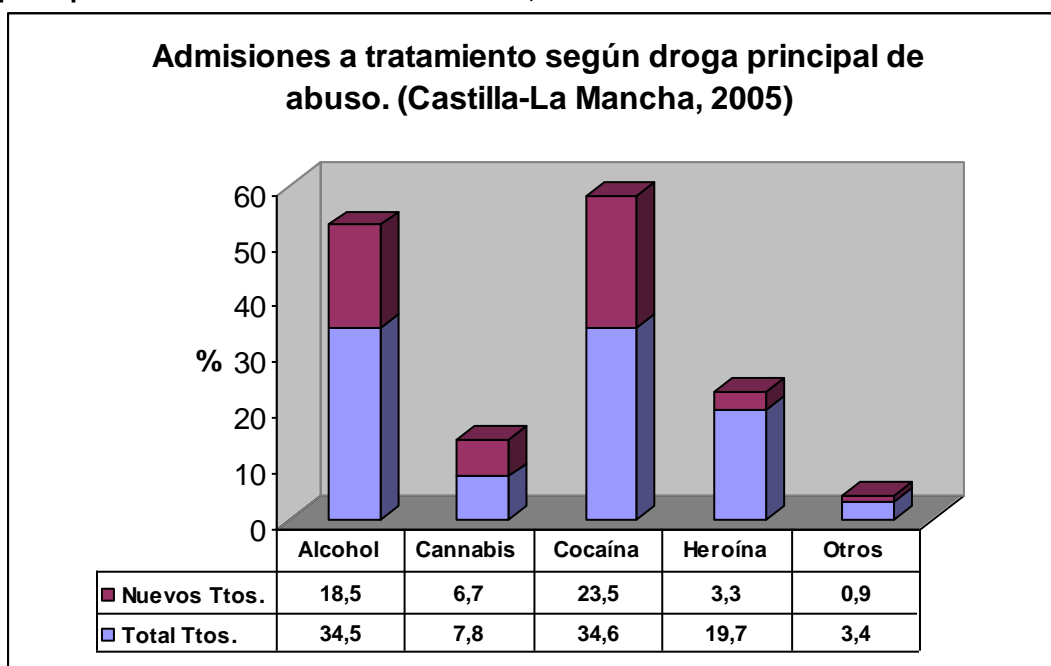
2005	TOTAL		CON TRATAMIENTO PREVIO (1)		SIN TRATAMIENTO PREVIO (1)	
	Nº Casos	%	Nº Casos	%	Nº Casos	%
Opiáceos	511	21,8	415	17,7	79	3,4
Heroína	463	19,7	369	15,7	78	3,3
Metadona	3	0,1	3	0,1	0	0,0
Otros opiáceos	45	1,9	43	1,8	1	0,0
Cocaína	811	34,6	222	9,5	550	23,5
Cocaína	811	34,6	222	9,5	550	23,5
Cocaína base	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Heroína+Cocaína (Mezcla)	1	0,0	1	0,0	0	0,0
Otros Estimulantes	4	0,2	0	0,0	3	0,1
Anfetaminas	1	0,0	0	0,0	1	0,0
MDMA y derivados	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Otros estimulantes	2	0,1	0	0,0	1	0,0
Hipnosedantes	7	0,3	4	0,2	3	0,1
Barbitúricos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benzodiazepinas	7	0,3	4	0,2	3	0,1
Otros hipnosedantes	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Inhalables volátiles	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Cannabis	182	7,8	21	0,9	156	6,7
Alcohol	810	34,5	356	15,2	435	18,5
Tabaco	14	0,6	3	0,1	10	0,4
Otras sustancias	2	0,0	1	0,0	1	0,0
TOTAL	2345	100	1023	43,6	1240	52,9

(1). El número de casos con o sin tratamiento previo no suman el total, debido a la existencia de valores desconocidos en esta variable.

La cocaína y el alcohol, en porcentajes prácticamente iguales (34,6% y 34,5% respectivamente), son las drogas principales causantes del mayor número de admisiones, seguidas de la heroína (19,7%) y el cannabis (7,8%). Pero si consideramos sólo los que van por primera vez a tratamiento, es la cocaína la sustancia fundamental, con un 23,5% del total de las admisiones, quedando el alcohol en este sentido bastante rezagado con un porcentaje de 18,5%.

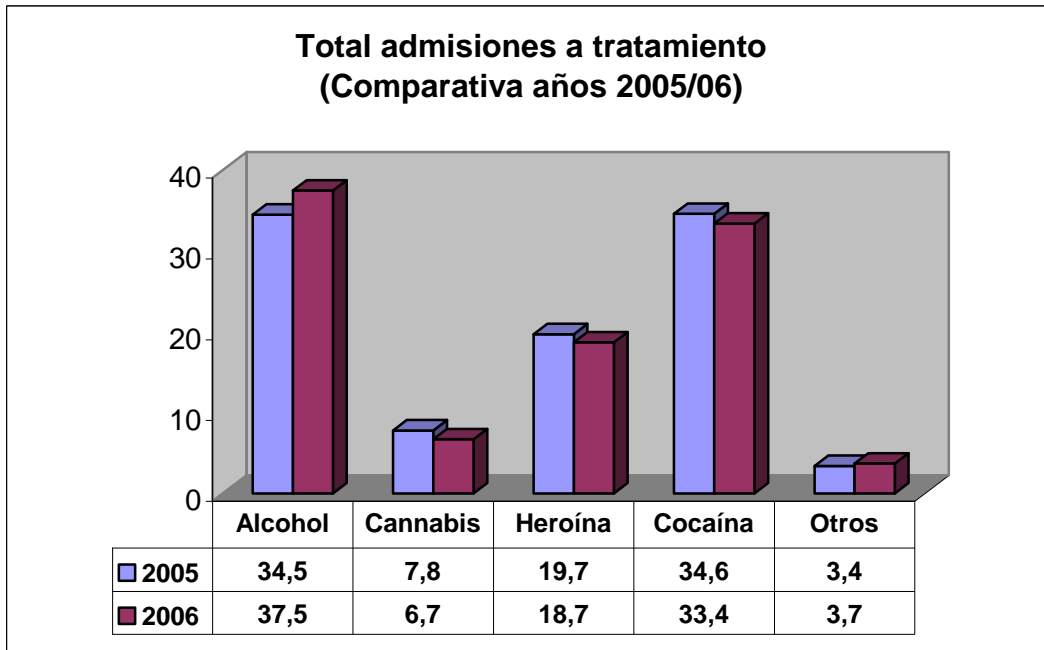
En lo que se refiere a los admitidos con tratamiento previo, es la heroína la droga con mayor número de admisiones (15,7%), seguida del alcohol (15,2%), lo que significa, que en torno a estas dos sustancias se concentra el mayor colectivo de personas que reiteran tratamiento por deshabituación de drogas.

Gráfico 5.- Porcentaje de admisiones a tratamiento y nuevos tratamientos según droga principal de admisión. Castilla-La Mancha, 2005.



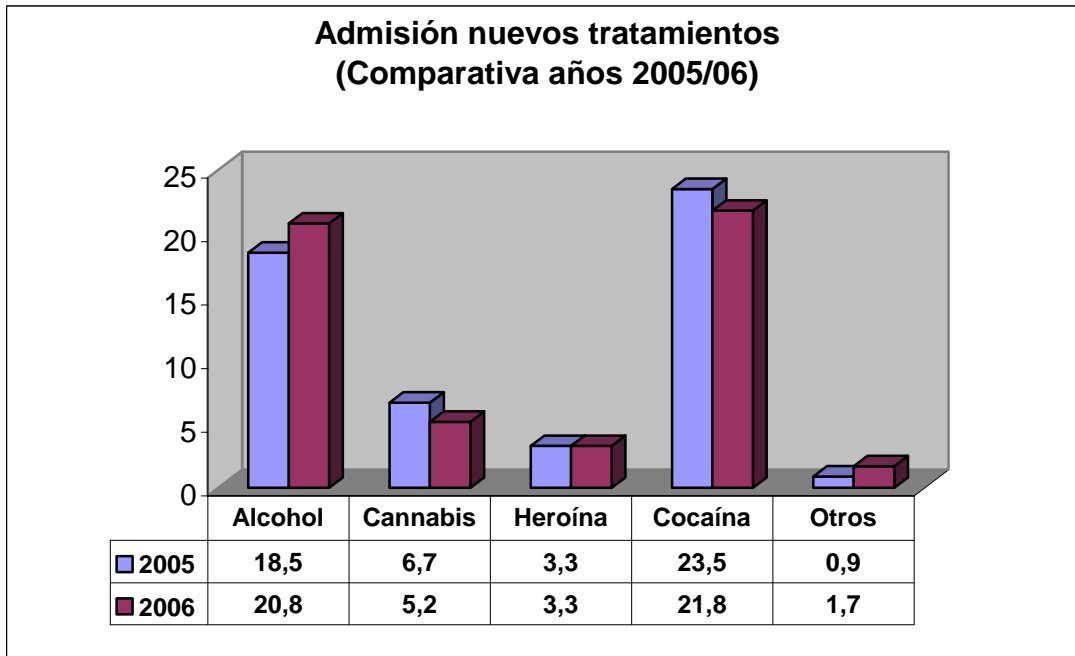
Comparando los datos 2005-2006, en cuanto al número de tratamientos totales y nuevos tratamientos, las cifras son muy similares en ambos años, y no se aprecian diferencias sustanciales tampoco en lo referente a las sustancias de mayor prevalencia, excepto en el caso del alcohol, que aumenta 3 puntos porcentuales en 2006. El resto de drogas importantes, como la heroína y el cannabis son muy similares en ambos años, si bien ligeramente inferiores en el 2006.

Gráfico 6.- Porcentaje de admisiones a tratamiento según droga principal de admisión. Castilla-La Mancha, 2005-06.



Respecto a las nuevas admisiones, la cocaína en ambos años es la que tiene mayores prevalencias, es decir la que causa mayor número de nuevos tratamientos, aunque parece que desciende ligeramente en el 2006. El porcentaje de alcohol, por el contrario aumenta en el año de referencia y la heroína se mantiene en el mismo porcentaje (3,3%). También es de interés resaltar un ligero aumento en el año 2006 de otras sustancias, que pasan de 0,9% a 1,7%, se ha incrementado el número de casos de hipnosedantes (benzodiacepinas) y otros estimulantes como anfetaminas y éxtasis.

Gráfico 7.- Porcentaje de admisiones a nuevos tratamientos según droga principal de admisión. Castilla-La Mancha, 2005-06.



Por género, tanto en el 2005 como en el 2006, las mujeres representan una minoría del total de admitidos a tratamiento. No obstante, el número de mujeres en el total de casos aumenta en el año 2006 (16%) respecto de 2005 (14,4%). El aumento se produce sobre todo en los tratamientos previos.

Este aumento de la presencia femenina en la red de tratamiento, parece estar en consonancia con la subida de las prevalencias de consumo de alcohol y drogas ilegales de mujeres adolescentes y jóvenes.

Tabla 5.- Frecuencia y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas, con y sin tratamiento previo, por género. Castilla-La Mancha 2005-06.

	2005				2006			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Nº casos	% (1)	Nº Casos	% (1)	Nº casos	% (1)	Nº Casos	% (1)
Con tratamiento previo	863	39,4	132	6,0	810	37,7	154	7,2
Nuevos Tratamientos	1.010	46,1	184	8,4	998	46,4	188	8,7

N (2005): 2.189 ; N (2006): 2.150.

(1) Porcentajes calculados sobre casos válidos o especificados.

4.- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS QUE INICIAN TRATAMIENTO.

En lo que se refiere a las características sociodemográficas de las personas que iniciaron tratamiento en el año 2006, hemos realizado un análisis de las dos variables que inciden de manera fundamental en el consumo de drogas: la edad y el sexo, pero también se han considerado otros aspectos que se recogen en el cuestionario del SEIT como son la nacionalidad, lugar de residencia, estudios cursados, convivencia y ocupación.

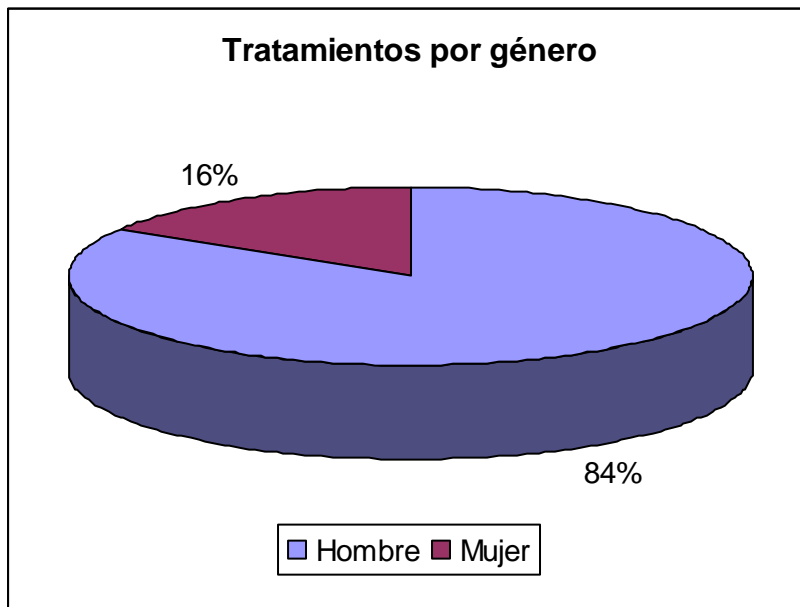
Tabla 6.- Frecuencia y porcentaje de admitidos a tratamiento por abuso de drogas, con y sin tratamiento previo, por género y edad. Castilla-La Mancha, 2006.

	<i>TOTAL</i>		<i>CON TRATAMIENTO PREVIO</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Nº ADMISIONES A TRATAMIENTO NOTIFICADAS	2.314	100	993	1221
SEXO (1)				
Hombre	1888	84,0	37,7	46,4
Mujer	359	16,0	7,2	8,7
<i>Sin especificar</i>	67			
	2314	100		
GRUPOS DE EDAD (1)				
Hasta 24 años	433	19,1	4,2	14,9
25-29	361	15,8	7,1	8,7
30-34	404	17,7	8,8	8,9
35-39	388	17,0	9,8	7,0
40 y más	692	30,4	15,1	15,4
<i>Sin especificar</i>	36			
	2314	100		
EDAD MEDIA INICIO TRATAMIENTO	34,67		36,51	33,17
<i>Desviación típica</i>	11,14		9,82	12,02

(1) Porcentajes calculados sobre casos válidos o especificados.

Género

Gráfico 8.- Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas según género. Castilla-La Mancha, 2006.

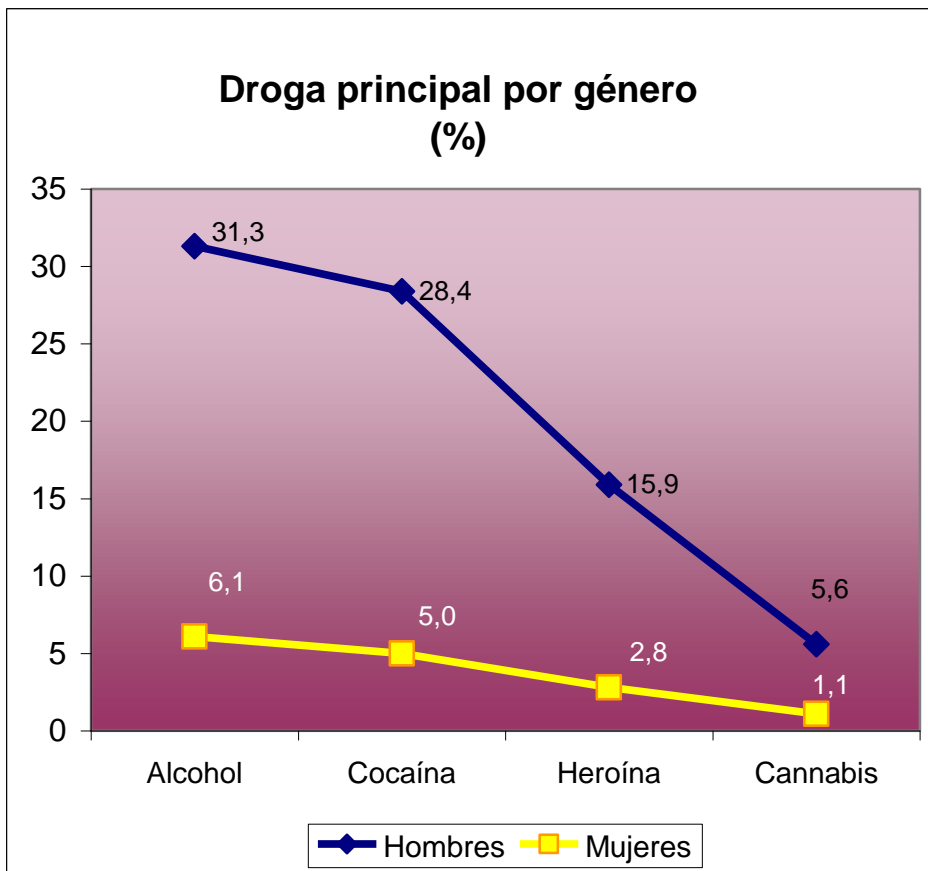


Porcentajes calculados sobre casos válidos.

Una amplia mayoría de las personas que inician tratamiento son varones (84%) frente a una minoría de mujeres (16%), siendo además proporcionalmente mayor el número de hombres que de mujeres los que inician nuevos tratamientos.

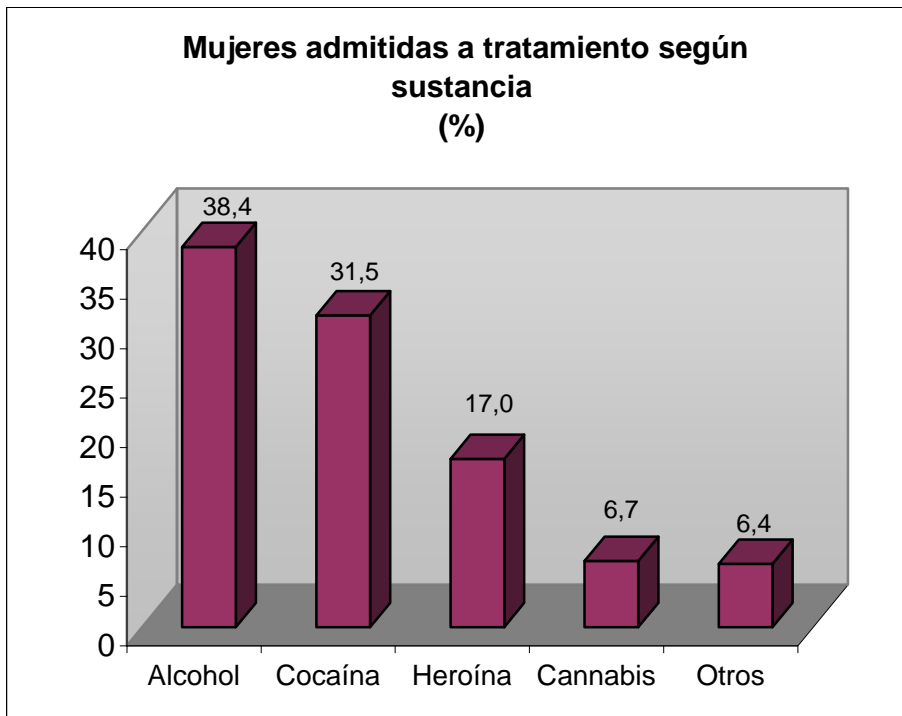
En el siguiente gráfico se han representado los porcentajes respectivos de hombres y mujeres en relación a las principales sustancias de abuso. Como se observa en todos los casos, a los varones les corresponden los mayores porcentajes, con diferencias muy marcadas (5 veces superiores a los de las mujeres). La inclinación de las curvas, no obstante, tienen el mismo sentido, es decir tanto para hombres como para mujeres las drogas que provocan un mayor número de tratamientos son las mismas.

Gráfico 9.- Porcentaje de hombres y mujeres (sobre el total del género) que inician tratamiento en función de la droga principal de abuso. Castilla-La Mancha 2006.



La distribución de mujeres por sustancias de abuso es muy similar a los datos generales, siendo el alcohol y la cocaína las drogas que provocan mayor número de admisiones, seguidas de la heroína y por debajo el cannabis. Dentro del apartado otras sustancias destacan, aunque con porcentajes pequeños, el tabaco (2,2%), benzodiacepinas (1,1%) y metadona (1,1%). En el resto de drogas la presencia femenina es insignificante.

Gráfico 10.- Porcentaje de mujeres (sobre el total de mujeres) que inician tratamiento según la droga principal de abuso. Castilla-La Mancha, 2006.



N: 359

Edad de admisión a tratamiento

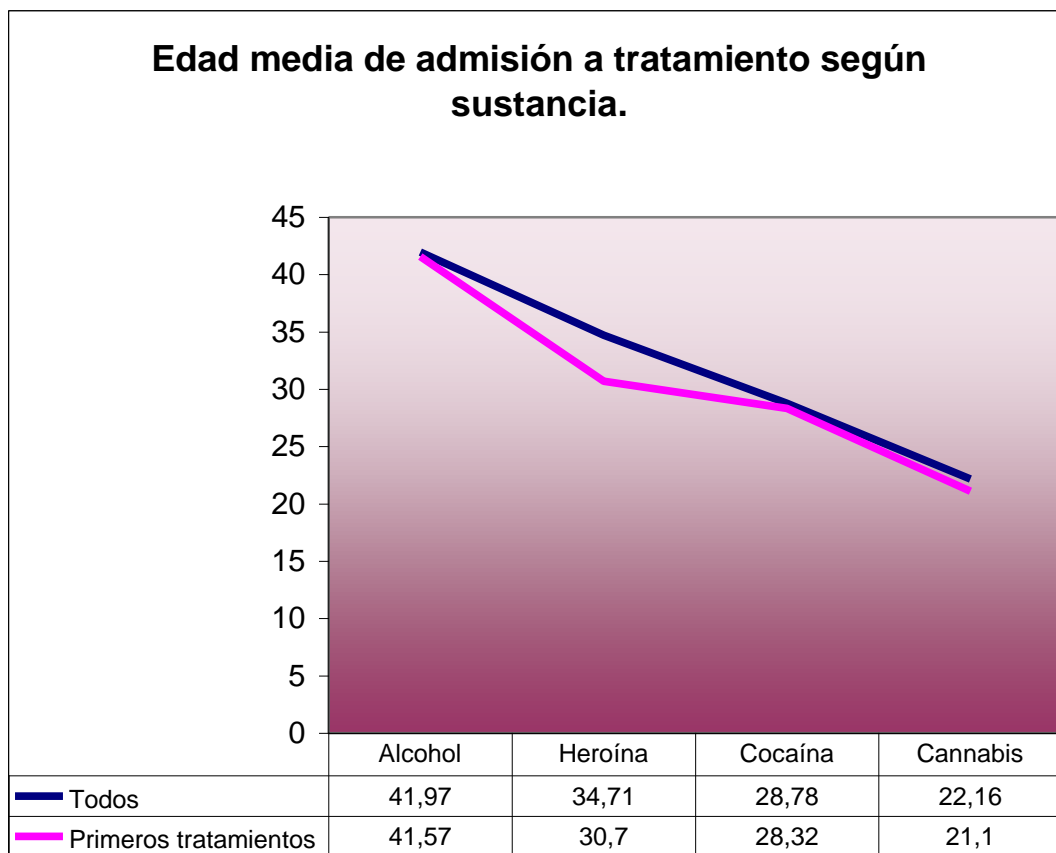
La **edad media** de los que iniciaron tratamiento en el año 2006 fue de 34,67 años. En los tratados por primera vez la edad media es más baja (33,17) y bastante mayor en los que han tenido algún tratamiento previo por la misma droga (36,51 años). Hay una mayor dispersión de la edad entre las personas sin tratamiento previo, de ahí que sea interesante mejorar o completar la información que nos aporta la edad media, con datos sobre grupos de edad concretos.

Por sustancias, la edad más alta se ha observado en los tratados por abuso de alcohol, con cerca de 42 años, casi el doble de los tratados por consumo de cannabis que inician tratamiento con una edad de 22,16 años.

Si consideramos ahora el colectivo de los que inician tratamiento por primera vez, observamos que prácticamente no hay diferencia, respecto a la edad media, en los casos de alcohol, cocaína y cannabis, pero sí en los supuestos de heroína, que con una edad media general alta de 34,71, desciende cuatro puntos para los primeros tratamientos (30,7 años).

Respecto al género, las mujeres tienen una edad media de admisión a tratamiento ligeramente inferior (33,72 años) que los varones (34,88 años).

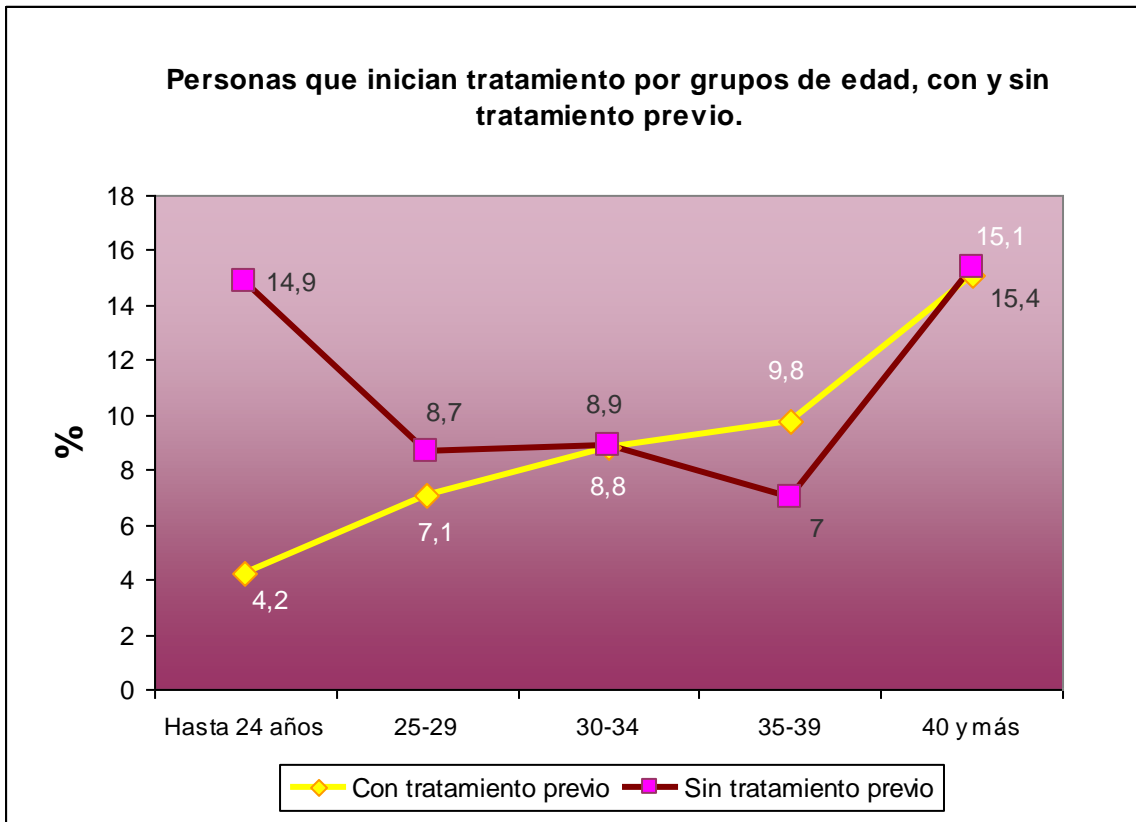
Gráfico 11.- Edad media de admisión a tratamiento y primeros tratamientos según droga principal de abuso. Castilla-La Mancha 2006.



Considerando ahora el **grupo de edad**, que complementa la información sobre las edades medias, observamos en el siguiente gráfico, como la curva de los casos con tratamiento previo, tiende a subir, es decir, los mayores porcentajes (15,1%) se encuentran en las edades más altas, mientras aparece un porcentaje pequeño en el grupo de menores de 24 años (4,2%). La línea en forma de W, que representa los nuevos de tratamientos, tiene dos datos extremos: por un lado el grupo de 40 y más años, con el mayor porcentaje (15,4) y el de jóvenes menores de 24 años con un 14,9%. El resto de grupos aglutinan unos porcentajes similares (8,7% y 8,9%).

De los datos anteriores podemos concluir, con buena lógica, que son mayores los que acuden a las U.C.A.s habiendo tenido ya un tratamiento previo, y más jóvenes los que van por primera vez a tratamiento. No obstante en este segundo caso hay un porcentaje alto de personas mayores de 40 años que inician tratamiento por primera vez, dato especialmente interesante que nos obliga a plantearnos determinadas cuestiones como ¿Qué sustancias son las que consumen? ¿Por qué tan largo el período de latencia?.

Gráfico 12.- Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas, según grupos de edad, con y sin tratamiento previo. Castilla-La Mancha, 2006.

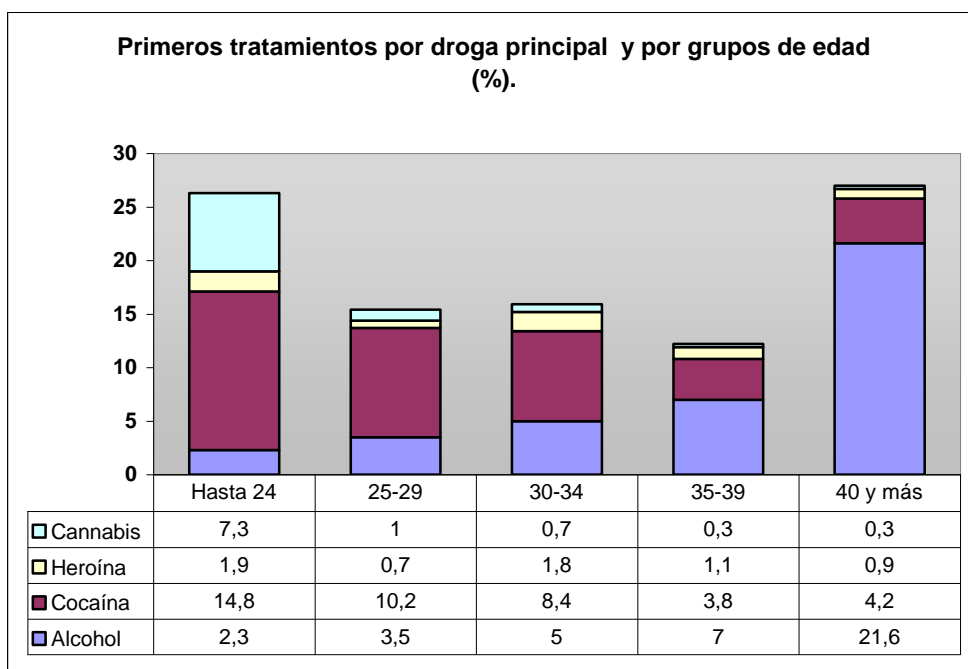


La segunda pregunta es de difícil respuesta desde este estudio, pero a la primera la podemos contestar realizando un análisis de las edades de inicio a nuevos tratamientos según la sustancia principal de abuso. Efectivamente aquí aparece la respuesta: el grupo de edad donde en mayor medida se inician por primera vez tratamientos por abuso de alcohol, es el de 40 y más años, con un 21,6%. Hay un ascenso paulatino de tratamientos por alcohol a medida que la edad es mayor, y en general se puede afirmar que es la sustancia en la que más tardíamente se inician tratamientos.

Los primeros tratamientos por cocaína sigue una dirección totalmente opuesta a los de alcohol, ya que en los grupos más jóvenes es donde se dan los mayores porcentajes: 14,8% en el de menos de 24 años, seguido de un 10,2% en el de 25-29. Esta tendencia la mantienen igualmente los que inician por primera vez tratamiento por consumo de cannabis, que se concentran en las edades más jóvenes, especialmente en el grupo de menos de 24 años con un 7,3%.

Respecto a la heroína, los primeros tratamientos se reparten de forma bastante equilibrada en todos los grupos de edad, si bien es de destacar una mayor proporción en el grupo de 30-34 (1,8%) y en el más joven, con un porcentaje de casi un 2%. Este dato, aunque pequeño, no deja de tener significación, ya que supone que hay jóvenes menores de 24 años, que pese al estigma social del heroinómano, se inician en el consumo y abusan de esta sustancia.

Gráfico 13.- Porcentaje de admisiones a primeros tratamientos por abuso de drogas según grupos de edad. Castilla-La Mancha, 2006.



Porcentaje de personas con primeros tratamientos por abuso de drogas por grupos de edad. Castilla-La Mancha, 2006.

N:1.200

Nacionalidad

Respecto a otras variables sociodemográficas como la nacionalidad o los estudios, un 4,9% de los admitidos a tratamiento no son de nacionalidad española, estando especialmente representados en este colectivo de extranjeros: rumanos, colombianos y marroquíes, datos que por otro lado son un reflejo de la mayor presencia de estos inmigrantes en la población de Castilla-La Mancha. Al igual que ocurre con los nacionales, y considerando si han estado o no en tratamiento previo, la mayor parte inician tratamiento por primera vez.

Tabla 6.- Frecuencia y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas según distintas variables sociodemográficas, con y sin tratamiento previo. Castilla-La Mancha, 2006.

	<i>TOTAL</i>		<i>CON TRATAMIENTO PREVIO (1)</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	SI	NO
Nº ADMISIONES A TRATAMIENTO NOTIFICADAS	2.314	100	993	1221
NACIONALIDAD				
Española	2209	95,0	41,5	50,0
Extranjera	102	4,9	1,2	2,2
Rumanía	12	0,5	0,1	0,4
Marruecos	23	1,0	0,3	0,6
Colombia	16	0,7	0,3	0,4
<i>Sin especificar</i>	3	0,1	0,0	0,0
LUGAR DE RESIDENCIA				
Castilla-La Mancha	2.281	98,5	42,0	52,5
Albacete	497	21,5	7,4	13,8
Ciudad Real	764	33,0	16,6	14,8
Cuenca	223	9,6	4,5	5,0
Guadalajara	130	5,6	0,6	3,8
Toledo	667	28,8	12,9	15,1
Otras	27	1,2	0,7	0,3
<i>Sin especificar</i>	6	0,3	0,0	0,0
MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADO				
Sin estudios	28	1,2	0,6	0,4
Enseñanza primaria	1003	43,3	19,7	22,6
Enseñanza secundaria	886	38,3	15,4	21,8
Estudios universitarios	71	3,0	1,3	1,7
Otros	53	2,4	1,0	1,2
<i>Sin especificar</i>	273	11,8	5,0	5,0
SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL				
Trabajando	1141	49,3	17,1	30,7
Parado no habiendo trabajado	62	2,7	1,3	1,3
Parado habiendo trabajado antes	671	29,0	15,6	12,9
Otros	303	13,2	6,0	6,8
<i>Sin especificar</i>	137	5,8	3,0	1,1
CONVIVENCIA EN LOS 30 DÍAS PREVIOS A LA ADMISIÓN				
Solo/a	286	12,4	6,8	5,2
Únicamente con pareja	196	8,5	3,2	4,8
Únicamente con hijos	56	2,4	1,1	1,3
Con pareja e hijos	555	24,0	9,1	14,5
Con familia de origen (padres)	947	40,9	16,2	23,4
Otros	183	7,9	4,8	2,7
<i>Sin especificar</i>	91	3,9	1,6	0,8

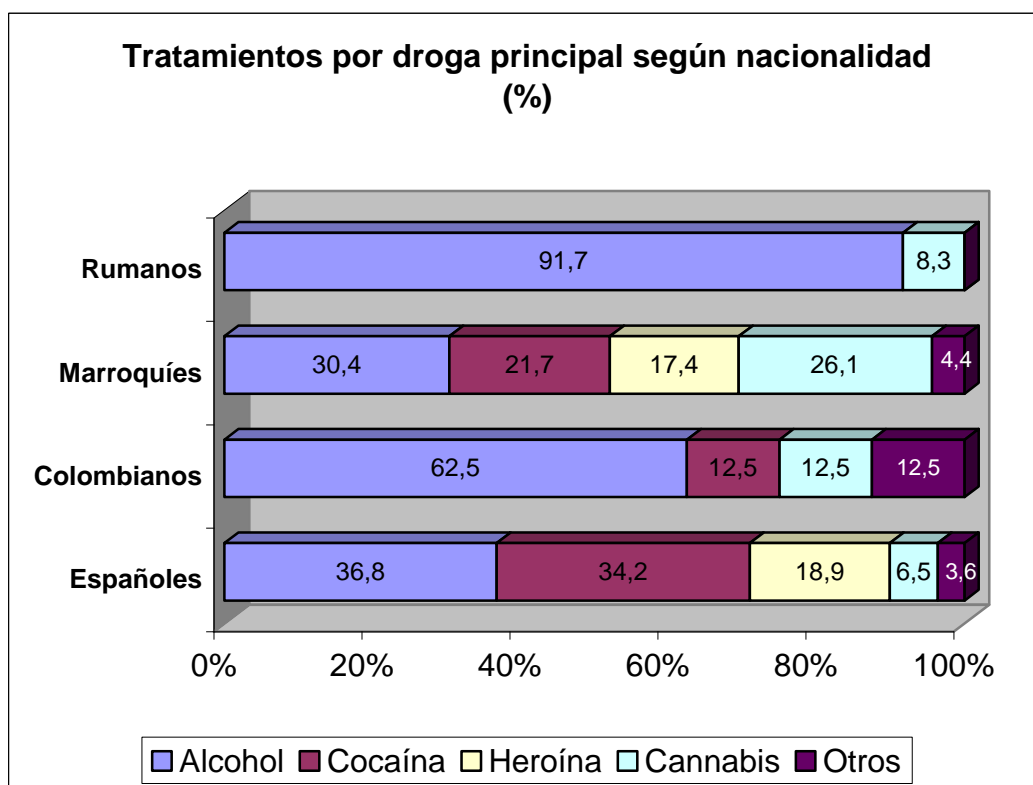
(1). Los porcentajes de la variable "con tratamiento previo" no suman el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos.

Por sustancias, y refiriendo los porcentajes a cada colectivo de las principales nacionalidades, todos inician tratamiento mayoritariamente por abuso de alcohol, incluyendo los marroquíes (30,4%), pero especialmente el colectivo de rumanos, que representa un porcentaje abrumador, un 91,7% del total de sus inicios de tratamiento.

Los marroquíes tienen además importantes porcentajes en cannabis (26,1%) y cocaína (21,7%). Son además, junto con los de nacionalidad española, los que inician tratamiento por heroína. Por su parte, una mayoría (62,5%) de los naturales de Colombia inician tratamiento por abuso de alcohol y bastante por debajo y en igual número (12,5%) lo hacen por cocaína, cannabis y otras sustancias. No obstante, hay que valorar estas cifras referidas a inmigrantes con cautela, ya que se trata de un colectivo muy pequeño.

La estructura de los inicios a tratamiento por sustancias de las personas que poseen nacionalidad española sigue las pautas de los datos generales, ya analizados, debido al gran peso de este colectivo sobre el total, que supone el 95% de los registros.

Gráfico 14.- Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas según nacionalidad y sustancia. Castilla-La Mancha, 2006.



Lugar de residencia.

La gran mayoría (un 98,5%) de las personas que son admitidas a tratamiento, residen en el territorio de Castilla-Las Mancha, viviendo en otras comunidades, sobre todo en Valencia y en menor medida Andalucía, sólo un 1,2%. Dentro de las provincias de la región, el mayor número de personas que inician tratamiento residen en la provincia de Ciudad Real, un 33,0%, seguida de Toledo con un 28,8% y en tercer lugar y algo más alejada Albacete (21,5%). Cuenca y Guadalajara constituyen las provincias donde en menor medida residen las personas objeto del estudio, con un 9,6% y un 5,6% respectivamente. Datos que, por otro lado, se correlacionan positivamente con la estructura de población de Castilla-La Mancha: mayor número de casos en las provincias más pobladas.

Estudios cursados

El 43,3% de los admitidos habían cursado estudios primarios y un 38,3% habían completado la enseñanza secundaria, porcentajes muy cercanos que contrasta con las escasas personas en tratamiento que han finalizado estudios universitarios (3,0%), o sin estudios (1,2%). No obstante hay que tener en cuenta en el análisis de esta variable que un porcentaje alto (11,8%) se desconoce o no se especifica los estudios completados. Dato que podría, por otro lado, trastocar el sentido de los porcentajes de los estudios primarios y secundarios, y en menor medida los universitarios y sin estudios. Resumiendo, y teniendo en cuenta la necesaria cautela a la hora de interpretar esta variable, las personas con estudios universitarios acuden o necesitan en menor medida asistencia por abuso de drogas que los que tienen estudios secundarios y primarios, que son en principio los que aparecen con mayores porcentajes.

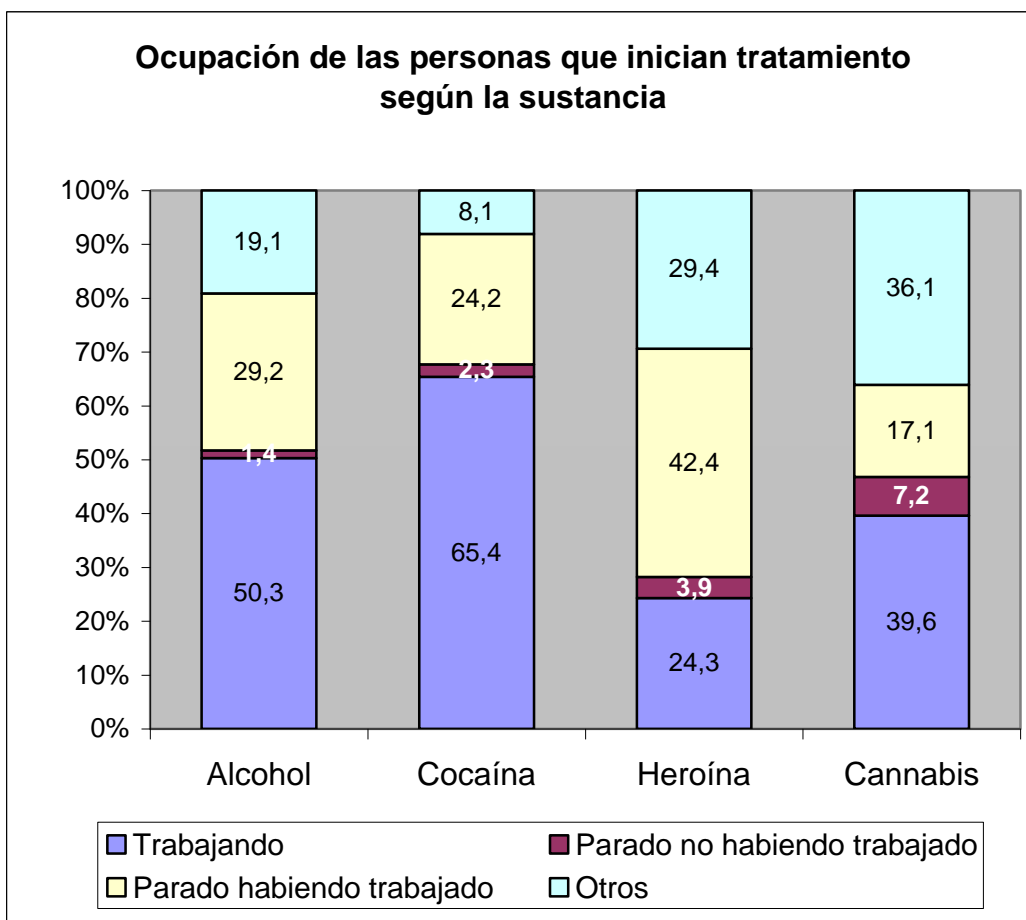
Ocupación

Por lo que respecta a la **situación laboral**, la mayor parte, casi un 50% estaba trabajando en el momento en que iniciaron tratamiento (la mayoría, 34,1% con contrato indefinido), mientras que el 31,7% estaba en paro, de los cuales, un porcentaje considerable (29,0%) había trabajado antes. No obstante, existe un mayor porcentaje de parados entre los que han tenido tratamiento previo que entre los que inician tratamiento por primera vez. Aparece un 13,2% en otras situaciones, de las cuales un 6,7% son incapacitados permanentes o pensionistas.

Por sustancias, la mayor proporción de parados (46,3%) se encuentra entre los que inician tratamiento por heroína, que son por otra parte, los que en menor medida trabajan. Hay en este colectivo un 8,1% de incapacitados permanentes o pensionistas. El 65,4% de los que inician tratamiento por cocaína estaban trabajando, se trata del mayor porcentaje de trabajadores de las principales sustancias de abuso, seguido con un 50,3% de trabajadores en activo en tratamiento por alcohol. En el colectivo de alcohólicos hay un amplio

porcentaje (11%) de pensionistas, sobre todo porque como hemos visto una mayoría inician tratamiento a partir de los 40 años. Los tratados por abuso de cannabis, que son los más jóvenes, tienen una alta proporción de estudiantes y trabajadores (39,6%).

Gráfico 15.- Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas según ocupación y sustancia. Castilla-La Mancha, 2006.



Convivencia

En lo que se refiere a la forma de convivencia la mayoría vive con la familia de origen o padres (40,9%), y en segundo lugar con la pareja y los hijos (24%). Si consideramos la existencia de tratamiento previo o no en esta variable, los porcentajes siguen el sentido antes indicado, siendo una mayoría los que conviven con los padres y en segundo lugar con la pareja e hijos tanto entre los tratados por primera vez como con tratamiento previo, no obstante, es mayor el porcentaje de los tratados por primera vez.

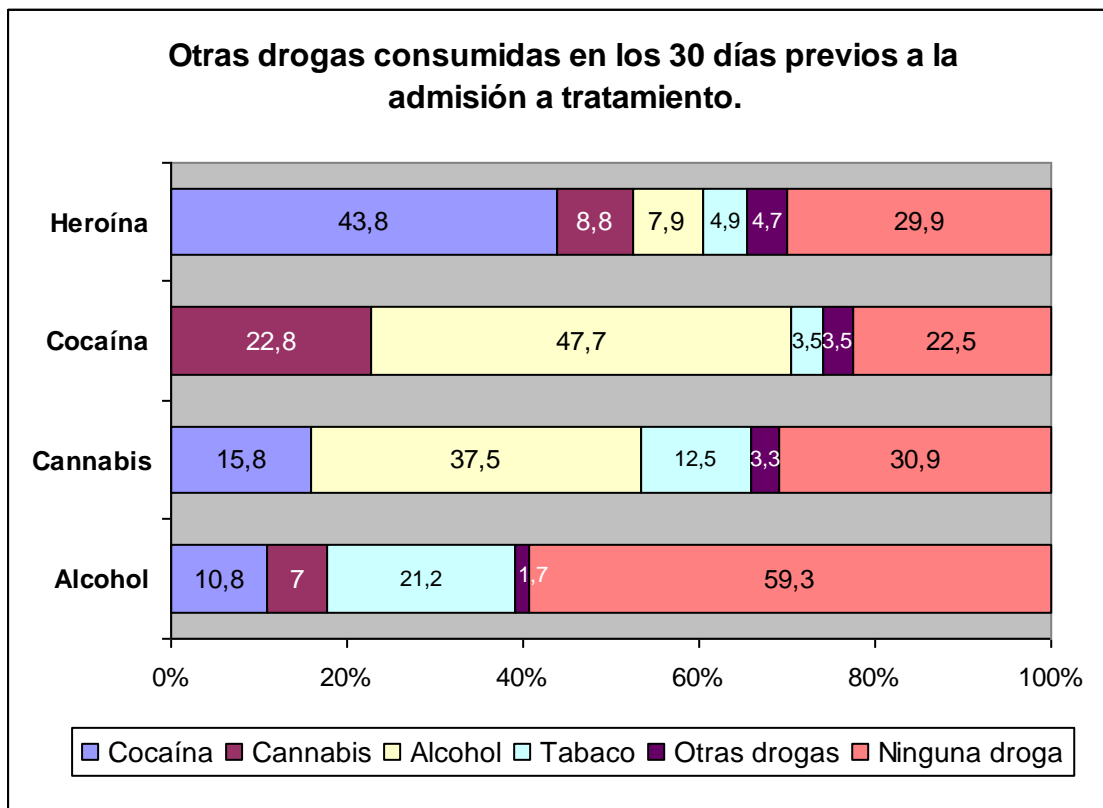
5.- POLICONSUMO: Otras drogas además de la principal objeto de tratamiento.

En muchas ocasiones, es difícil discernir por parte de los profesionales cual es la droga principal por la que el paciente inicia tratamiento, debido al alto grado de asociación entre dos o incluso tres sustancias y a la necesidad de tratamientos de deshabituación conjuntos. Este es el caso de la heroína y la cocaína que en muchos de los nuevos inicios se consume mezclada, y el caso también muy claro de asociación entre el alcohol y la cocaína. En estos supuestos se declara una de las sustancias como droga principal por la que inicia el tratamiento y la otra se menciona como droga secundaria (consumida en los 30 días previos a la fecha de admisión).

El protocolo del indicador de tratamiento de 2003, incluye entre otras novedades respecto al anterior la posibilidad de poder aplicar un solo código a la mezcla de heroína + cocaína. Esta posibilidad se ha utilizado poco por parte de los centros notificadores, prefiriendo optar por una u otra sustancia, casi siempre a favor de la heroína. Sin embargo dicho protocolo no recoge actualmente la posibilidad de codificar alcohol + cocaína, ni otras mezclas, con un solo dígito. Creemos no obstante, que próximamente, con la permanente mejora del indicador se puedan recoger debidamente los cambios que se están produciendo en la realidad de los consumos y los tratamientos.

Mientras no tengamos información más precisa, y atendiendo a los datos del año 2006, las características del policonsumo se pueden analizar a través de una de las variables que se considera en el cuestionario del SEIT: drogas consumidas en los 30 días previos a la fecha de admisión (además de la droga principal por la es admitido a tratamiento). El siguiente gráfico representa el porcentaje de las distintas drogas nombradas en primer lugar que han consumido las personas admitidas a tratamiento por abuso de heroína, cocaína, cannabis y alcohol.

Gráfico 15.- Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso de drogas, según droga principal y otras drogas consumidas en los 30 días previos a la admisión. Castilla-La Mancha, 2006.



N: 2.314

De acuerdo con los resultados, un alto porcentaje (43,8%) de los que inician tratamiento por abuso de heroína consumen cocaína, en menor medida nombran en primer lugar el cannabis (8,8%), alcohol y tabaco, y casi un 30% no ha consumido otra droga aparte de la heroína. De acuerdo con los datos, los heroínómanos tienen el porcentaje más alto (4,7%) de consumo de otras drogas, en las que merece destacar las benzodiacepinas con un 3,2% y la metadona (0,9%).

Los admitidos a tratamiento por consumo de cocaína tienen muy asociado el consumo de alcohol, que lo nombran en primer lugar un 47,7%, y en menor medida, aunque también con un porcentaje importante (22,8%) el cannabis. En el consumo de otras drogas destaca un 1,8% de consumo de heroína. Tanto los que inician tratamiento por cocaína como por heroína son los que en mayor proporción han consumido otras sustancias en el tiempo de referencia, mientras los que lo hacen por abuso de cannabis y alcohol tienen una menor tendencia al policonsumo, según se desprende de los datos obtenidos.

Los consumidores de cannabis tienen muy asociado el consumo de alcohol (37,5%), de forma secundaria la cocaína y el tabaco.

Respecto a los que van a tratamiento por abuso de alcohol, son los que menos han consumido otras sustancias, ya que un porcentaje mayoritario (59,3%) no ha tomado otra droga en los últimos 30 días. Su consumo está muy relacionado con el del tabaco (21,2%) y menos con drogas ilegales como cocaína y cannabis.

6.- PERÍODO DE LATENCIA

El tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a primer tratamiento por dicha droga, lo hemos denominado período de latencia. Dicho período es a nivel general, para las personas que inician tratamiento de 13,9 años. Las mujeres tardan menos (11,81 años) en acudir a tratamiento que los hombres (14,29 años).

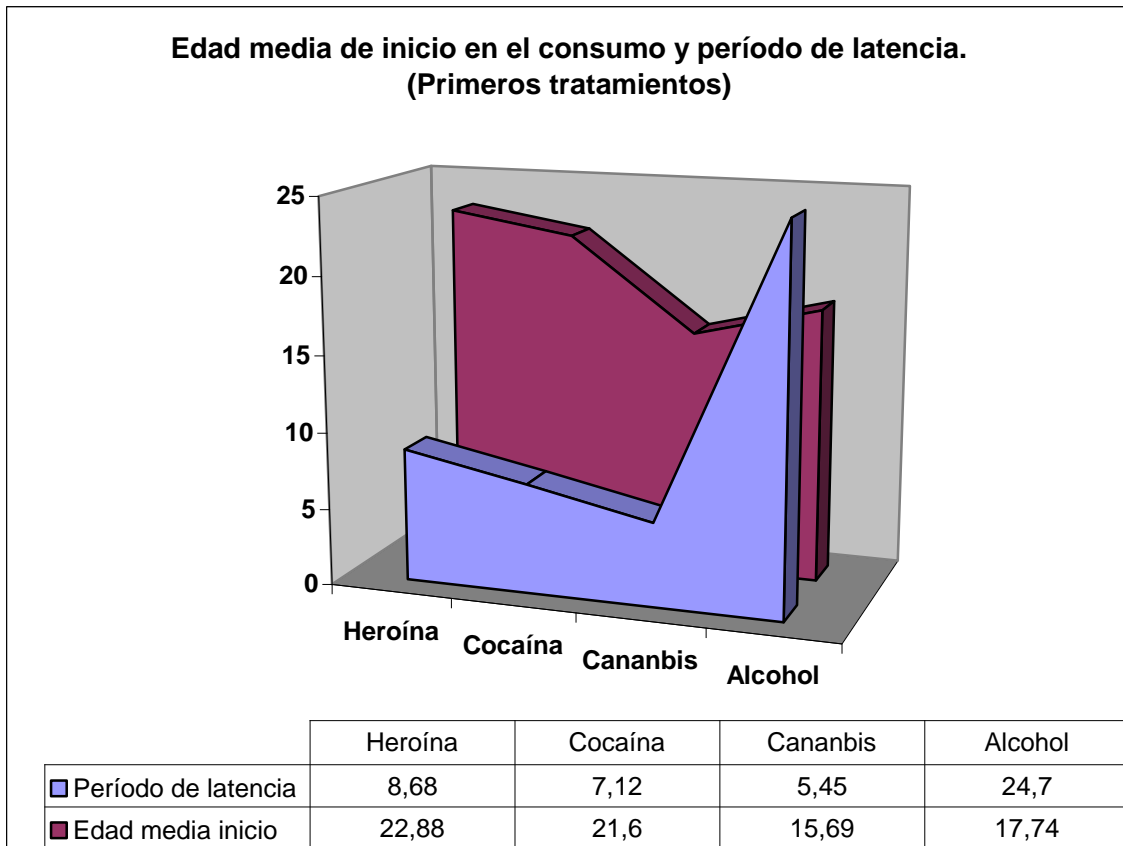
Tabla 6.- Período de latencia (años) total y por género en primeros tratamientos por abuso de drogas. Castilla-La Mancha 2006.

	<i>SIN TRATAMIENTO PREVIO</i>		
	Total	Hombres	Mujeres
Período de latencia	13,90	14,29	11,81
<i>Desviación típica</i>	<i>12,39</i>	<i>12,68</i>	<i>10,81</i>
<i>N:</i>	<i>1.118</i>	<i>946</i>	<i>172</i>

No obstante, los datos generales varían sustancialmente dependiendo de la droga de que se trate como se refleja en el siguiente gráfico, en el que dicha variable está representada por el poliedro azul.

Los que inician primeros tratamientos por consumo de heroína y cocaína, tienen un período de latencia de 8,68 y 7,12 años, respectivamente. Períodos bastante superiores al de los consumidores de cannabis que les corresponde el menor de todos (5,45 años) desde que realizan el primer consumo de la droga hasta que inician el primer tratamiento. Los inicios de tratamiento por abuso de alcohol, son los que más tiempo demoran, con un período medio de 24,27 años.

Gráfico 16.- Edad media de inicio en el consumo y período de latencia de primeros tratamientos por abuso de drogas. Castilla-La Mancha, 2006.



Estos datos pueden significar muchas cosas e interpretarse desde varias perspectivas: Cabe pensar que a menor período de latencia mayor capacidad adictiva y patológica de la droga en cuestión, pero cuando los datos dicen que el cannabis en este sentido podría ser la droga más peligrosa, es indudable que hay otros factores de carácter social y no sólo médicos, que están influyendo.

Lo que indudablemente sí influye en el período latencia, y por eso la hemos representado, es la edad media a la que se inicia el consumo de la droga principal. Como se puede observar heroína y cocaína son las drogas con un inicio de consumo más tardío (entre los 21 y 22 años), mientras que el alcohol y sobre todo el cannabis tienen las edades medias de inicio más tempranas de 17,7 y 15,7 respectivamente.

7.- VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y ESTADO SEROLÓGICO.

Una de las preguntas que contiene el cuestionario de tratamiento del SEIT, que tiene especial interés para conocer los riesgos sanitarios a que se exponen los consumidores de drogas, es la referente a la vía de administración de la droga principal por la que es admitido a tratamiento, así como su estado serológico ante el VIH.

Respecto al primer punto, y según los resultados obtenidos en el año 2005, el 3% de todos los admitidos a tratamiento en ese año usan la vía parenteral, que es precisamente la que puede suponer mayores riesgos en cuanto a la transmisión de infecciones. En el año 2006 disminuye ligeramente hasta un 2,4%.

En la siguiente tabla se han recogido las principales sustancias y las vías de administración en el año 2006. Como se puede observar, la vía parenteral la utilizan casi en exclusividad los consumidores de heroína y otros opiáceos y un pequeñísimo porcentaje de cocainómanos. Actualmente la heroína se consume fumada en su gran mayoría (74,4%), pero también aparecen un 9,5% de casos en que es esnifada. No tenemos datos para saber si la esnifan sola o en combinación con otras sustancias ¿cocaína? Será interesante en este sentido hacer un seguimiento de este porcentaje en años sucesivos.

Respecto a la cocaína, se consume mayoritariamente por vía intranasal en un 89,8% de los casos y hay un 7,6% que lo hacen por vía pulmonar o fumada. La forma más corriente de consumo del cannabis es la vía pulmonar en un 97,3%.

Tabla 7.- Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%) Castilla-Mancha, 2006

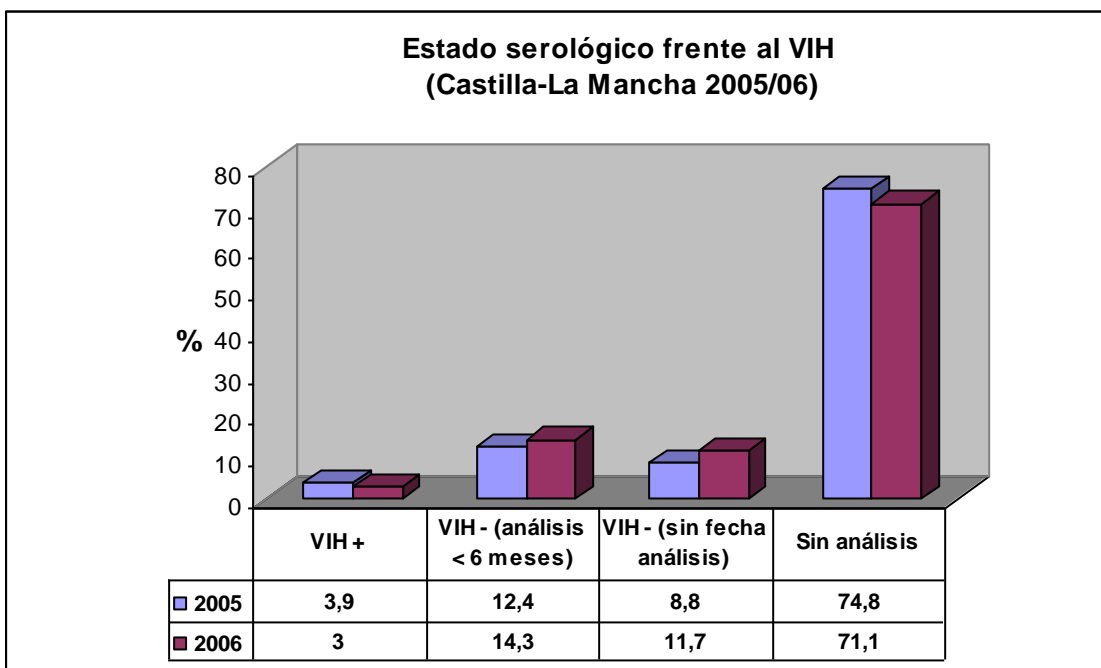
	%			
	Heroína	Otros Opiáceos	Cocaína	Cannabis
Oral	1,1	0,0	0,5	0,7
Pulmonar o fumada	74,4	58,3	7,6	97,3
Intranasal o esnifada	9,5	12,5	89,8	2,0
Parenteral o inyectada	12,4	29,2	0,3	0,0
Otras vías	2,6	0,0	1,8	0,0
TOTAL	100	100	100	100

En el 2006 el 3% de personas que han sido admitidas a tratamiento por deshabituación de drogas están infectadas por el VIH, un porcentaje relativamente pequeño, pero que no recoge la realidad de este colectivo, puesto que una proporción muy importante, el 71,1% desconocía su estado serológico o no se habían realizado análisis en este sentido.

Se confirma con analíticas recientes, de menos de 6 meses, que el 14,4% no son seropositivos y sin fecha de análisis (y por tanto con menor fiabilidad) que no están infectados por VIH el 11,7% de los casos.

La evolución respecto al año 2005 es positiva, en el sentido de que por un lado han disminuido los seropositivos y por otro han aumentado los VIH negativos en el año 2006. También en este año hay un menor porcentaje de desconocidos o sin análisis que en el 2005, por lo que los niveles de incertidumbre disminuyen.

Gráfico 17.- Estado serológico frente al VIH de personas que inician tratamiento por abuso de drogas. Castilla-La Mancha, 2006.



8.- ALGUNAS CONCLUSIONES POR SUSTANCIAS.

Heroína

- Es la sustancia ilegal que históricamente ha producido mayor número de admisiones a tratamiento por abuso de drogas. Actualmente, y de acuerdo con la serie elaborada por el Plan Nacional de Drogas y los resultados obtenidos en los indicadores 2005 y 2006 de Castilla-La Mancha, es una sustancia en declive, que supone cada vez un menor porcentaje de admisiones a tratamiento, especialmente nuevas admisiones.
- En Castilla-La Mancha es la tercera droga, causante de las admisiones a tratamiento por abuso de sustancias, después del alcohol y la cocaína, pero la cuarta después del cannabis si se consideran sólo los nuevos tratamientos. Sólo un 18,7% (un 20,3% si se incluyen metadona y otros opiáceos) del total de admisiones a tratamientos lo son por consumo de heroína, de estos, una cifra muy pequeña (3,3%) representan los “nuevos casos”, que en números absolutos son 77 personas (82 considerando el total de opiáceos).
- Los centros que en mayor proporción admiten a tratamiento a drogodependientes de heroína son Ciudad Real (27,3%), Cuenca y Mancha- Centro, con un porcentaje en torno al 25%.
- La edad media de admisión a tratamiento de este colectivo es alta, de 34,7 años, pues nos encontramos con personas que llevan muchos años como pacientes de la red de tratamiento, en readmisiones y programas sustitutivos con metadona. Pero también aparece de forma minoritaria otro perfil: “los nuevos casos” de admisiones por heroína con una edad media bastante menor (30,7 años), que corresponden sobre todo a menores de 24 años y los ubicados en el grupo de 30-34 años.
- El período de latencia, es decir, el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga y la admisión a primer tratamiento por dicha droga, es de 8,68 años, el más largo después del alcohol. La edad media de inicio en consumo de heroína es también la más alta (22,88 años).
- Respecto a otros aspectos del perfil de este colectivo, decir que son mayoritariamente varones, ya que del porcentaje total (18,7%), 15,9% corresponde a hombres y sólo un 2,8% a mujeres. También se trata de personas de nacionalidad mayoritariamente española, si bien el 17,4% de marroquíes admitidos a tratamiento lo han hecho por consumo de heroína. En lo que se refiere a la situación laboral, es uno de los

colectivos con mayores dificultades en este sentido, ya que tiene el porcentaje más alto de parados (46,3%) y el más bajo de personas trabajando (24,3%). Además hay un número anormalmente elevado de incapacitados permanentes o pensionistas (8,1%).

- Una gran mayoría son policonsumidores, destaca en este sentido la cocaína que la han consumido un 43,8% del total en los 30 días previos al inicio de tratamiento. Otras drogas también mencionadas pero de manera más minoritaria son canabis, alcohol y tabaco.
- Se ha producido un cambio importante en cuanto a la vía principal de consumo de la heroína, siendo actualmente la vía pulmonar la más común (74,4% de los casos). La vía parenteral sigue estando presente en un 12,4%, (porcentaje que asciende si incluimos otros opiáceos) y un 9,5% la consumen por vía intranasal o esnifada.

Cocaína

- Parece claro que los problemas generados por el abuso de cocaína están en expansión, como se puede deducir de la serie temporal de datos obtenida por el Plan Nacional de Drogas. Actualmente en Castilla-La Mancha, constituye la droga ilegal más importante en cuanto al número de admisiones a tratamiento que provoca (33,4%), tan sólo superada por el alcohol. Tiene además el porcentaje más alto si consideramos únicamente los admitidos a tratamiento por primera vez (21,8%).
- La Unidad de Conductas Adictivas de Toledo, es el centro que proporcionalmente y en relación a su número de casos, ha atendido en el año 2006 una mayor demanda de toxicómanos por cocaína (64,3%), seguido de la U.C.A. de Talavera (39,4%).
- La edad media de admisión es relativamente joven (28,78 años), y no varía prácticamente con respecto a la edad media de los primeros tratamientos que es de 28,32 años. Las personas que acuden a tratamiento por primera vez se concentran en los grupos de edad más jóvenes, ya que un 25% es menor de 29 años, siendo mucho menos numerosos los casos a partir de los 35 años (8%).
- El colectivo de cocainómanos es fundamentalmente masculino, pues del porcentaje total de admisiones a tratamiento (33,4%), un 28,4% son varones y tan solo un 5% mujeres. Tienen en su inmensa mayoría nacionalidad española, aunque otros colectivos como marroquíes y colombianos también han acudido a tratamiento por abuso de esta droga. Respecto a la ocupación, se trata del colectivo más favorecido pues tienen un 65,4% de personas trabajando, el mayor de las cuatro

sustancias analizadas y la cifra más baja de parados (26,5%) después del grupo de cannabis.

- Son los mayores policonsumidores y tienen especialmente asociado el consumo de alcohol, ya que lo han tomado un 47,7% en los 30 días previos a la admisión. También es de destacar su consumo de cannabis (22,8%).
- El período de latencia es de 7,12 años, se sitúa en una posición intermedia entre el grupo de cannabis y el de heroína, aunque se acerca más a este último. La edad media de inicio en el consumo de cocaína es relativamente alto de 21,6 años.
- La vía más frecuente de consumo es la intranasal (89,8%), aunque también aparecen algunos casos de cocaína fumada (7,6%) y no se utiliza prácticamente la vía parenteral (0,3%).

Alcohol

- El alcohol provoca el mayor número de admisiones a tratamiento por abuso de drogas en Castilla-La Mancha. Aunque no es la sustancia causante del mayor número de “nuevos casos”, que como hemos dicho es la cocaína. El 37,5% de todos los casos de admisión son debidos al alcohol y de ellos, un porcentaje muy importante (20,8%) son primeros tratamientos.
- Los centros de Guadalajara (53,7%) y Ciudad Real (49,5%), han atendido proporcionalmente el mayor número de casos por abuso de alcohol.
- La edad media de admisión a tratamiento es muy alta, de cerca de 42 años, y muy similar a la media correspondiente a los primeros tratamientos (41,57). Se trata de las mayores edades, con diferencia respecto a las otras sustancias estudiadas. Por grupos de edad, y confirmando en parte lo anterior, el mayor porcentaje (21,6%), está concentrado en el grupo de 40 y más años.
- Afecta en mayor medida a varones (31,3%) que a mujeres (6,1%), y por nacionalidad, el colectivo de rumanos es el que de manera abrumadora acude a tratamiento por abuso de alcohol, seguido de los nacionales de Colombia, si bien, se trata de cifras muy pequeñas comparadas con el número de españoles a los que afecta. Respecto a la situación laboral, hay una alta proporción de parados, más de un 30%, pero también de trabajadores en activo (50,3%). Destaca el alto porcentaje de pensionistas (11%).

- Se trata del grupo con menores niveles de policonsumo, pues un 59,3% no había consumido ninguna otra sustancia en los 30 días previos a la admisión. Otras drogas consumidas son el tabaco (21,2%), cocaína (10,8%) y cannabis (7%).
- El período de latencia es muy largo de casi 25 años y por el contrario, la edad media de inicio en el consumo de la sustancia es joven (17,74 años).

Cannabis

- La evolución del número de primeros tratamientos por abuso de cannabis muestra una curva ascendente desde 1996, aunque se aprecia un ligero descenso en el número de admitidos en el año 2005. En Castilla-la Mancha, las personas que son admitidas a tratamiento por abuso de cannabis representa un porcentaje relativamente pequeño (6,7%) del total, pero supera ya a la heroína en cuanto a número de nuevos tratamientos (5,2%).
- La Unidad de Conductas Adictivas de Almansa atendió en proporción a su total de admitidos, el mayor número de adictos al cannabis.
- Se trata con diferencia del colectivo más joven, ya que la mayor parte de las admisiones se realiza en el grupo de menos de 24 años (7,3%). También la edad media de admisión a primeros tratamientos es la más baja de las estudiadas (21,1 años) y alcanza los 22,16 años para todos los admitidos por esta droga.
- La mayoría de los admitidos a tratamiento por cannabis son hombres (5,6%) y una minoría mujeres (1,1%), aunque en este caso las diferencias intersexo no son tan marcadas como en el caso de la cocaína y la heroína. Es una droga consumida por las distintas nacionalidades, pero especialmente por marroquíes y colombianos. Los tratados por abuso de cannabis, que como hemos dicho se trata del colectivo más joven, tiene una considerable proporción de estudiantes y trabajadores en activo (39,6%).
- Los consumidores de cannabis tienen muy asociado el consumo de alcohol (37,5%) y en menor medida de cocaína (15,8%).
- El período de latencia de los trastornos de adicción por abuso de cannabis es el más corto de todos los estudiados, 5,45 años y la edad media de inicio en el consumo es igualmente la más joven (15,69 años).

- La vía más frecuente de consumo es la pulmonar o fumada que se da en un 97,4% de los casos.

9.- BIBLIOGRAFÍA

CABALLERO MARTÍNEZ, L. (2005); "Adicción a la cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

COMISIÓN CLÍNICA DE LA DELEGACIÓN DE GOBIERNO PARA EL PND. (2006). "Cannabis". Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

DE PEDRO MARTÍN, C.; MAGARIÑOS LAGUÍA, N. (2007). "La edad de los consumos de drogas: diferencias entre jóvenes y adultos en Castilla-La Mancha". Consejería de Sanidad. FISCAM.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (1998). Informe nº 1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (1999). Informe nº 2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2000). Informe 2000. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2001). Informe 2001. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2002). Informe 2002. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2003). Informe 2003. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2005). Informe 2004: *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2008). Informe 2007: *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

PLAN REGIONAL DE DROGAS (2001). *Plan Regional de Drogas 2001-2005*. Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Toledo.

RODRIGUEZ SAN JULIAN, E.; SOLAS GASPAS, O.; NAVARRO BOTELLA, J.; MAGARIÑOS LAGUÍA, N.; DE PEDRO MARTÍN, C.; ALONSO ALONSO, M.; TORRES BESORA, E. (2005). "Encuesta Domiciliaria sobre el consumo de Drogas en Castilla-La Mancha 2004". Consejería de Sanidad. FISCAM.