

PERFIL DE LOS DROGODEPENDIENTES Y FAMILIAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS DE VILLAJOYOSA

CARMEN GIMENO ESCRIG

Médica experta universitaria en drogodependencia

M.^a ANGELES AMERIGO MARTINEZ

Trabajadora Social experta universitaria en drogodependencias

M.^a JOSE MARTI GARCIA

Psicóloga experta universitaria en drogodependencias

I. INTRODUCCION

El Servicio Municipal de Drogodependencias (SMD) es un centro de atención de pacientes alcohólicos y drogodependientes con dependencia jurídica del Ayuntamiento de la Vila Joiosa.

Se encuentra situado en pleno casco antiguo de la Vila, actualmente uno de los barrios más desfavorecidos social y económicamente de la localidad.

Entendemos que el SMD es una unidad de primer escalón en el tratamiento de las drogodependencias y que su función es la de prevenir, informar, orientar, tratar y derivar los diferentes problemas relacionados con la adicción. Como ya se ha señalado, también tiene funciones de derivación a otros recursos o niveles de tratamiento diferente (Comunidad Terapéutica, Mantenimiento con metadona), pero siempre manteniendo la intervención con la familia y volviendo a crear vínculos con los pacientes a su regreso al medio habitual, con el objetivo de mantener lo conseguido con otro recurso de tratamiento y consolidarlo.

En él se integran profesionales del área médica, psicológica y social que entienden la drogodependencia como el resultado de un proceso multifactorial, por lo que se ha optado por una forma de trabajo interdisciplinar. Esta forma de entender la intervención en drogode-

pendencias hace que cada miembro del equipo tenga sus funciones dentro de cada proceso terapéutico. Estas funciones son elaboradas previamente, mediante la planificación de los objetivos a realizar en común y en orden de prioridades, de manera que se incida desde diferentes áreas y diferentes roles en la consecución de unos objetivos comunes. Uno de los esquemas básicos que se utilizan es el siguiente: trabajo con el adicto, con la familia y con el entorno.

Esta forma de trabajo también significa una individualización de cada proceso terapéutico y la creación de programas adecuados a las necesidades de atención prioritarias en cada grupo de usuarios, siempre en función de la consecución de objetivos en los diferentes ámbitos: problemas de salud, disminución de la conflictividad social, abstinencia del consumo y mejora de la integración entre otros.

La elaboración de programas supone una aplicación sistemática de una serie de criterios básicos a la hora de formular el problema, de definir los objetivos a alcanzar, de establecer las características del proceso de admisión y de diseñar las estrategias de intervención y el método de trabajo (Valverte, M., 1991). No obstante creemos que éstos no se pueden convertir en un corsé rígido donde sólo tengan cabida una proporción mínima de la demanda de atención en drogodependencias, ya de por sí sesgada en el acceso a los centros de tratamiento. Esta afirmación no supone que se elaboren programas «a la carta», si no que se diversifiquen los programas de los centros de tratamiento planificando objetivos a corto, medio y largo plazo, no sólo con objetivos de abstinencia, sino con objetivos de profilaxis de enfermedades infecciosas y cuidados de salud. La creación de vínculos con el adicto y sobre todo con la familia va a ser la piedra de toque que minimice los alejamientos definitivos del servicio (Valverde, M., 1991, Ochoa, E., 1992).

Como hemos querido dar a entender en esta introducción, nuestros objetivos en el presente trabajo son:

1. Describir la población atendida por el servicio. Adictos y familias.
2. Adecuar los programas de tratamiento a las necesidades sociales y de salud de la población atendida, ampliando la perspectiva de los programas clásicos de tratamiento.

II. MUESTRA Y METODO

Durante el año completo de 1992 se han realizado entrevistas en 101 casos de adictos a alcohol o heroína y a sus familias. De éstos, 59 pacientes y familias se integraron en alguno de los programas del SMD.

Todos los casos fueron notificados al Sistema Autòmic Valencià d'Informació sobre Toxicomaníes (SAVIT). Utilizamos los datos de este sistema más otros elaborados por nosotros para estudiar las características de la población atendida. Se estudiaron los siguientes grupos de variables: datos sociodemográficos, historia toxicológica, problemas de salud, datos de la situación socioeconómica de las familias, situación judicial y resultados del tratamiento. Los resultados de abstinencia han sido comprobados por medio del análisis bisemanal de detección de drogas en orina.

III. RESULTADOS

Características sociodemográficas

De nuestros 59 casos el 11 % eran dependientes al alcohol y el 89 % a la heroína como droga principal. El 72 % consumían además una segunda droga entre las que destacan la cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas y cannabis, por este orden.

La media de edad fue de 27,5 años para los adictos a la heroína y de 40 años en los de alcohol (ver Tabla 1).

La relación entre hombres/mujeres es de 10/1. El 63 % de los pacientes son de la Vila Joiosa y el 37 % han emigrado desde otras provincias, mientras que sus familias son emigrantes 86 %.

En cuanto al estado civil, el 66,7 % eran solteros y el 31,6 % casados. El nivel de escolarización presentaba la siguiente distribución: 7 % analfabetos, 3,6 % con formación profesional o BUP. El 78 % abandonaron el sistema educacional a los 14 años, dejando la escolarización en 6.º de EGB. Sólo un porcentaje del 10 % habían alcanzado el nivel de graduado escolar o el certificado de estudios primarios.

Historia toxicológica

Existe un 38,9 % de antecedentes de consumo de alcohol y un 13 % de otras drogodependencias en la familia, mientras un 48,1 % no tiene antecedentes en su familia (ver Tabla 2).

El 83,9 % refiere que consumió por primera vez con sus amigos, en el grupo de iguales.

El 81 % de los pacientes habían recibido tratamientos anteriores. La vía prioritaria de administración fue la intravenosa en el 59,6 %, y en el 26,3 por otras vías (oral, fumada o esnifada). La media de años de consumo era de 8,11.

El abastecimiento de heroína y otras sustancias se realizaba mayoritariamente en el Casco antiguo de la localidad, muy cerca de

donde está el SMD. Sólo 10 pacientes se proveían fuera del pueblo, en zonas de suministro de las ciudades de Alicante (Mil Viviendas), San Juan (Parque Ansaldo) y Elche (Palmerales) (ver Tabla 2).

La tasa de involucración (relación del número de adictos que entran en programas con el número de adictos contactan con el servicio según Stanton, M. D. y Todd, T. C., 1987) es de 0,57 (59/102).

Programas de tratamiento

Los pacientes participaron en los diferentes programas de tratamiento según la siguiente distribución:

- Programa de desintoxicación ambulatoria con antagonistas: 41 casos. De éstos, 20 pacientes estaban en situación de abstinencia al inicio del 93, con un índice de retención a los 6 meses de tratamiento del 49 %. El número de abandonos en enero del 93 fue de 21, sobre todo producidos en fracasos durante la desintoxicación ambulatoria o en el paso de la desintoxicación a la deshabitación. También se produjo el fracaso en aquellos pacientes con criterios de ingreso en Comunidad Terapéutica, pero sin familia de apoyo y con negativas del paciente al ingreso en este recurso.

- El 90 % de los casos estos abandonos del Servicio fueron temporales, con nuevas demandas de consulta, debido al planteamiento de seguir trabajando con la familia, en sesiones individuales y de grupo, independientemente de la situación del adicto, lo que lleva antes o después a la vuelta del drogodependiente al recurso.

- Derivación al programa de mantenimiento de metadona: 13 pacientes que cumplían los criterios necesarios, es decir población con importante desestructuración social, con grave daño orgánico y poca o nula disposición de la familia a seguir apoyando el tratamiento de sus hijos. De éstos, 11 (84 %) llegaron al programa de mantenimiento, como resultado de la aplicación del programa de objetivos intermedios.

- Derivación a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria: 1 paciente que no llegó a ingresar.

Derivación a Comunidades Terapéuticas: 2 pacientes.

Ingresos en prisión: 5 pacientes entraron en régimen penitenciario durante su período de tratamiento.

Problemas de salud

Con respecto a la patología orgánica detectada el 31,4 % fueron positivos frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los que el 30,0 % están bajo control hospitalario. El 16 % siguen tra-

tamiento con zidovudina (AZT). Todos han iniciado la toma del fármaco durante el tratamiento en el Servicio y tras la implicación de la familia en la corresponsabilidad en los cuidados de salud y la unificación de objetivos entre la familia, el adicto y el servicio.

Con respecto a la tuberculosis se han estudiado 31 pacientes. El 16 % fueron positivos a la intradermonección de Mantoux, estando recibiendo profilaxis con tuberculostáticos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal, y siendo, prácticamente en su totalidad, pacientes también positivos al VIH.

Referente a las hepatitis, el 70 % presentaba positividad para los marcadores de la Hepatitis B, y el 63 % para la Hepatitis C (ver Tabla 3).

Situación judicial

Con respecto a las actividades delictivas, 27 pacientes no tienen nada pendiente con la justicia. 9 pacientes han estado en prisión, 3 no han estado en prisión pero presentan causas pendientes, 12 están pendientes de juicio, 6 están en libertad condicional y 1 en búsqueda y captura (ver Tabla 5).

Atención a familias

La asistencia media al grupo de intervención es de 20 personas por sesión. Acuden fundamentalmente las madres de los adictos, poniendo de manifiesto el hecho de que la carga familiar del tratamiento de los drogodependientes recae sobre todo en las madres. No obstante acuden también cuatro padres y habría de destacar que en estos casos la evolución ha sido más favorable, hecho que sugiere la posibilidad de marcar como objetivo inicial la implicación del padre en los procesos de tratamiento.

Acuden el 30,5 % de las familias de los pacientes que están en cualquier recurso de tratamiento, dentro o fuera del servicio, ya sea Comunidad Terapéutica, programa de antagonistas, programa de mantenimiento con metadona, o adictos que están consumiendo y en los que no se ha conseguido todavía la entrada definitiva en algún programa de tratamiento. El resto de madres reciben apoyo y asesoramiento en entrevistas individuales. En los casos en que se considere estrictamente necesario e imprescindible la participación del padre se recurre a visitas domiciliarias con el objetivo de implicarlo en el proceso de recuperación (ver Tabla 4).

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad media	27,5
Sexo	90 % hombres 10 % mujeres
Escolarización	7 % analfabetos 78 % 6.º de EGB 10 % 8.º de EGB
Situación laboral	28,6 % trabajo 66,1 % desempleo
Fuentes de ingreso	28,1 % propias 42,1 % familia 21,1 % propios más familia

TABLA 2. HISTORIA TOXICOLOGICA

Droga principal	89 % heroína 11 % alcohol
2.ª droga	18,5 % cocaína
3.ª droga	18,5 % cannabis
4.ª droga	14,8 % benzodiazepinas
Media de años de consumo	8,11
Antecedentes familiares	38,9 % alcoholismo 13 % otras drogodependencias
Abastecimiento	92,6 % casco antiguo 7,4 % otros

TABLA 3. PROBLEMAS DE SALUD

	<i>Positivo</i>	<i>Total de pacientes</i>
Infección por VIH	31,4 %	51
Hepatitis B	70,2 %	51
Hepatitis C	62,9 %	35
Mantoux	16,1 %	28

TABLA 4. DESCRIPCION DE LAS FAMILIAS

Emigración	86,0 %
Estado civil madre	67,3 % casadas 7,7 % separadas 25,0 % viudas
Nivel socioeconómico	27,6 % 40.000 ptas/mes 24,1 % 40-80.000 19 % 80-120.000 27,6 % 120-250.000 1,7 % más de 250.000
Asistencia al grupo	30,1 %

TABLA 5. SITUACION JUDICIAL

Sin delitos	46,6 %
Estancia en prisión	15,5 %
Pendientes de juicio	20,7 %
Libertad condicional	10,3 %
Búsqueda y captura	1,7 %

IV. DISCUSION

Con respecto a otras muestras (Forteza Rey, 1989, Informe SEIT, 1992) reseñamos una media de edad más alta, con más años de consumo y con un porcentaje muy alto de tratamientos anteriores, así como el alto índice de alcoholismo en la familia de origen (Jiménez Filloy, 1991, Llopis Llacer, 1988) con la importante desestructuración que esto produce.

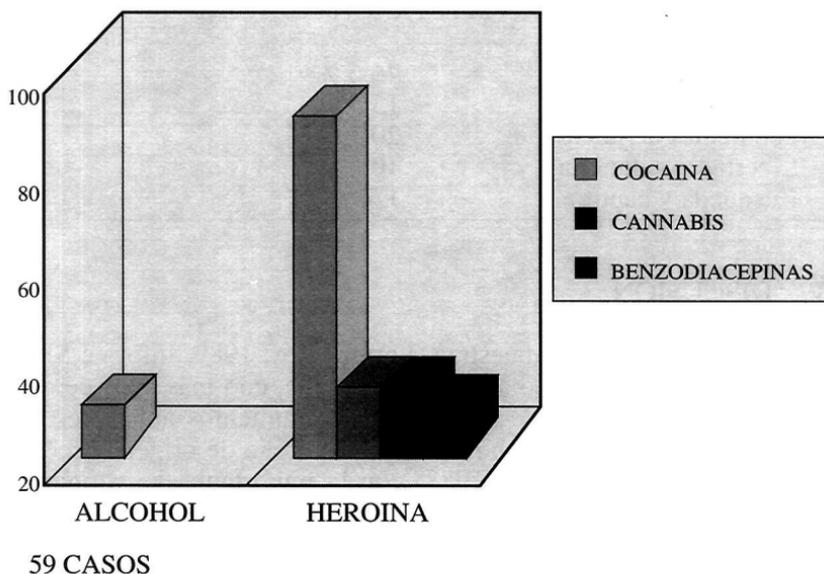
La tasa de retención, que representa un índice de permanencia en el tratamiento de 6 o más meses, es especialmente significativa debido a que se correlaciona positivamente con un mejor resultado de los programas. En nuestra muestra encontramos índices del 49 % a los 6 meses, semejantes a otras casuísticas a los 6 meses de iniciado el tratamiento (Ochoa, 1992).

El nivel de seropositividad al VIII coincide nuestra muestra con los datos obtenidos por Gómez Zapata (1992) de un 39 % y se relaciona, con los adictos de mayor edad y con los de más tiempo de evolución y mayor historial delictivo.

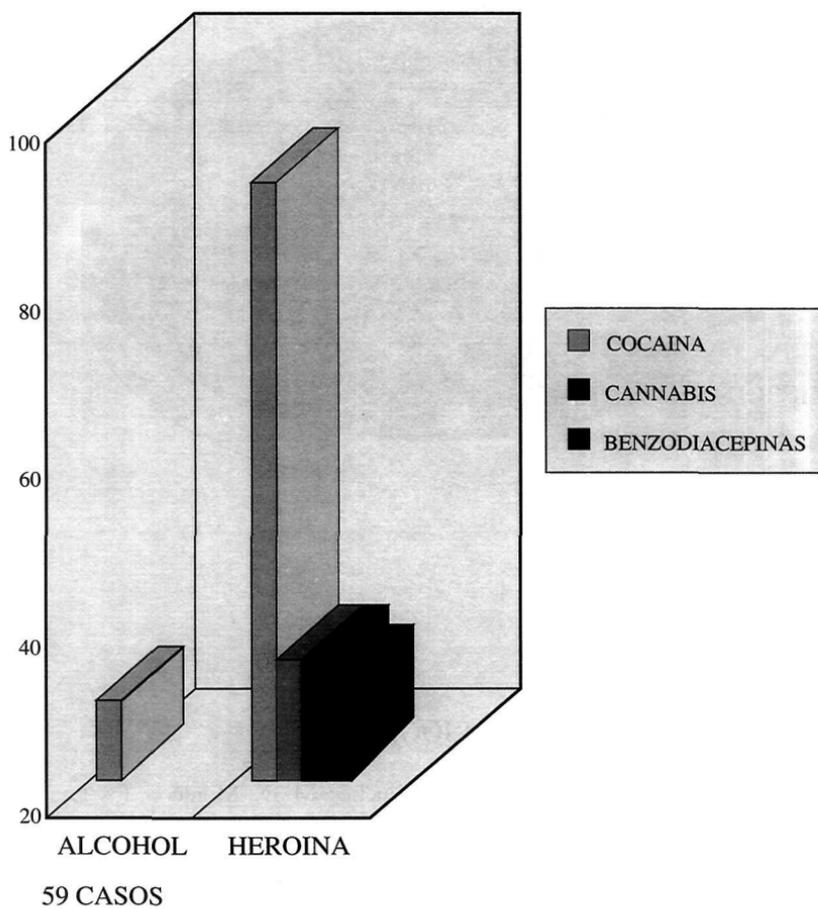
Como consecuencia de los datos de importante afectación orgánica y deterioro social, nos planteamos ampliar nuestros programas de tratamiento incluyendo un programa de Objetivos Intermedios de

cuidados de salud con un objetivo final que era el acceso al Programa de Mantenimiento con Metadona del drogodependiente y la inclusión de la familia al tratamiento en el Servicio. A partir de la aplicación de este programa se ha conseguido que en el 85 % de las derivaciones al programa de mantenimiento con metadona se culminen y que todos los pacientes con problemas orgánicos graves realicen los controles hospitalarios y las profilaxis necesarias para el control de la infección por VIH y otras enfermedades infecciosas de graves repercusiones para la población en general.

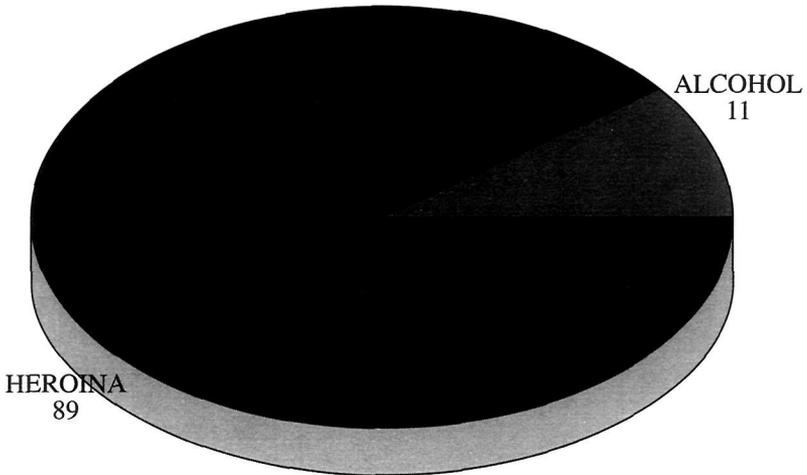
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS



CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS



CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS



59 CASOS

BIBLIOGRAFIA

- Cervera, C.; Bonet, B.; Bolinches, F.; Bolinches, M. D.; Monleón, J. y Leal, C.: «Prevalencia del consumo de benzodiacepinas en drogodependientes ingresados para desintoxicación». *Adicciones*, vol. 2. núm. 4, págs. 271-278, 1990.
- Forteza-Rei, J.; Mestre, L.; Serra, J.; Gallo, J. y Altes, J.: «Nuestra experiencia con 100 tratamientos con naltrexona». *Adicciones*, vol. 1, núm. 2, págs. 83-93, 1989.
- Jiménez Filloy, J. L. y Revuelta Bravo, A.: «La familia del toxicómano un estudio comparativo». *Adicciones*, vol. 3, núm. 2, págs. 133-140, 1991.
- Gómez Zapata, M.; Osuna E.; Sequier, C.; Oñate, J.; Peñalver, J. A. y Luna A.: *Adicciones*, vol. 4, núm. 2, págs. 127-134, 1992.
- Ochoa, E.; Arias, F.; Somoza, J. C.; Vicente, N. y Jorda, J.: *Adicciones*, vol. 4, núm. 3, 207-212, 1992.
- Valverde, M.; Martínez, M. e Inchauspe, J. A.: *Adicciones*, vol. 3, núm. 4, págs. 317-341, 1991.
- Stanton, M. D. y Todd, T. C.: *The family therapy of drug abuse and addiction*. Guilford Press, Nueva York, 1982.
- Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT): Informe 1991 Ministerio de Sanidad y Consumo Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, pág. 39.