

ORIGINAL

Pasado y presente. ¿Hay diferencia en el perfil del usuario de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte? 1996-2006

V. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ^a, A.M. FERNÁNDEZ SOBRINO^b Y J. LÓPEZ CASTRO^c

^aDUE. Unidad Asistencial de Drogodependencias. Monforte de Lemos. Lugo. España.

^bPsiquiatra. Unidad Asistencial de Drogodependencias. Monforte de Lemos. Lugo. España.

^cMédico especialista en Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

RESUMEN. Objetivos. El perfil de los consumidores que solicitan tratamiento en las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD) está cambiando en nuestro país. Nuevos consumos, edad de acceso y nivel formativo, entre otros, suponen un reto para los equipos de las unidades asistenciales. El objetivo de este trabajo es describir el cambio en el perfil del usuario de la UAD de Monforte, atendiendo a variables sociodemográficas y de consumo.

Material y métodos. Se han incluido 145 pacientes. El criterio de selección ha sido: que iniciaran o reiniciaran tratamiento en los años 1996 y 2006 en la UAD de Monforte. Se revisaron en las historias clínicas las entrevistas de inicio/reinicio de tratamiento y se analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Se han encontrado diferencias significativas en la edad media, sexo, droga principal, nivel académico y vía de acceso.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes que acuden a nuestra UAD por consumo de alcohol y tabaco ha aumentado significativamente ($p < 0,05$), también el número de mujeres a tratamiento. Asimismo, se aprecia un aumento significativo de la edad media de aproximadamente 10 años; en el caso

de las mujeres es de 14 años ($p < 0,05$). La vía de acceso principal a la UAD sigue siendo por iniciativa propia, evidenciándose un aumento de los pacientes remitidos por Atención Primaria y Unidad de Salud Mental (USM) y una considerable disminución de los pacientes que acuden a través de otros drogodependientes. La mayoría de los pacientes mantiene el graduado escolar como nivel educativo; se observa que en 2006 la formación era superior, pues se dieron más casos con estudios universitarios.

PALABRAS CLAVE: perfil del usuario, droga principal, características sociodemográficas.

Past and present. Are there any differences in the user's profile of the Drug Dependency Unit of Monforte? 1996-2006

ABSTRACT. Objectives. The profile of the consumers who solicit treatment in the Drug Dependency Units (DDU) is changing in our country. New consumers, age of access and formative level mean a challenge for the teams of the welfare units. The aim is to describe this new user's profile of the Monforte DDU, in accordance with consumption and socio-demographic variables.

Material and methods. One hundred and forty-five patients have been included. The selection criteria were: patients who commence or recommence treatment in Monforte DDU from 1996 to 2006. Clinic stories were revised and information was examined by the statistical program SPSS 12.0.

Correspondencia:

V. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
C/ Otero Pedrayo, s/n.
27400 Monforte de Lemos. Lugo. España.
Correo electrónico: carrabouxo110@hotmail.com

Recibido: 30-07-2007

Aceptado para su publicación. 30-01-2008

Results. Significant differences were found in the average age, sex, principal drug, academic level and access tract.

Conclusions. The percentage of patients who attend our DDU because of alcohol and tobacco consumption has increased significantly ($p < 0.05$) and the number of women in the treatment has also increased. Likewise, there is a significant increase in the average age: approximately 10 years; in the case of the women is 14 years ($p < 0.05$). The principal access tract in the DDU is still own initiative, proof of the patients remitted by Primary Attention and Mental Health Unit (MHU) increase and the decrease of patients who attend DDU because of others drug-dependents. Most of patients have the primary education qualification as educative level. In 2006 the educative level is higher among patients, having more cases of patients with university studies.

KEY WORDS: user profile, principal drug, socio-demographic characteristics.

Introducción

Con el devenir de los años se han producido variaciones en el perfil de los consumidores de drogas que solicitan tratamiento en las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD), cambios que quedan confirmados en los estudios disponibles en la actualidad¹⁻³. Progresivamente se incrementan las demandas de tratamiento derivadas del abuso de otras drogas diferentes a los opiáceos, si bien todavía están lejos de compensar el aminoramiento atribuible a la reducción de las admisiones por heroína. En los últimos años se han producido variaciones notables en la incidencia de las diferentes sustancias⁴⁻⁶. El cambio en el perfil no se refiere únicamente a la sustancia consumida, sino a muchas otras variables como el sexo, la edad, el nivel educativo, la situación sociolaboral, etc., lo que motivará la necesidad de adaptar los recursos existentes o de crear otros nuevos adaptados a este tipo de población^{7,8}.

La UAD de Monforte forma parte de los dispositivos asistenciales de la Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias del SERGAS (Servizo Galego de Saúde), formados por Unidades Asistenciales, Unidades de día, Comunidades terapéuticas, Unidades Móviles, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Servicios de tipo dispensario. Las Unidades Asistenciales son centros de tratamiento ambulatorio que se pueden

considerar el recurso central y vertebrador de planificación asistencial en el territorio de actuación asignado⁹. La UAD de Monforte es el centro con menor volumen asistencial de la red gallega¹⁰ y además la población diana pertenece a dos áreas sanitarias diferentes, Monforte de Lemos y O Barco de Valdeorras; ambas son calificadas como de índice C (bajo riesgo relativo), manteniéndose en esta posición desde 1994 aunque con pequeñas variaciones en cuanto al orden jerárquico^{4,11}. El objetivo del presente estudio es comprobar si a pesar de estas peculiaridades, el perfil del usuario ha ido evolucionando entre los años 1996 y 2006 siguiendo las tendencias descritas por el observatorio gallego, español y europeo de drogodependencias.

Material y métodos

Estudio observacional transversal secuencial de los pacientes que iniciaron o reiniciaron tratamiento en los años 1996 y 2006 en la UAD de Monforte de Lemos. La muestra está formada por 145 pacientes, 69 pertenecientes al año 1996 y 76 al 2006 que se corresponden con el volumen total de admisiones/readmisiones. El programa informático GECEAS (Gestión de Centros Asistenciales), que recoge la información de los pacientes que demandan tratamiento en las UAD de la Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias del SERGAS, nos proporcionó los inicios y reinicios en los citados años para, posteriormente, acceder a las historias clínicas y así recoger los datos para su análisis. Para el tratamiento estadístico se han realizado análisis de frecuencias, calculadas en forma de porcentaje y medidas de tendencia central, a la vez que el estadístico χ^2 mediante tablas de contingencia. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 12.0 para Windows, que fue utilizado igualmente en el proceso de recogida de datos. Se definieron variables cualitativas para sexo, estudios, infecciones crónicas, vía de acceso, situación sociolaboral, droga principal, área sanitaria, demanda que realiza, tratamientos psiquiátricos, tratamientos previos y pareja drogodependiente.

Resultados

Las demandas de tratamiento generadas en la UAD de Monforte a lo largo de 1996 fueron en su gran mayoría por consumo de drogas ilegales; en el año 2006 este porcentaje se reduce hasta aproximadamente la mitad ($p < 0,001$). La heroína es la droga ilegal que más demandas de tratamiento genera, aunque el por-

centaje de las mismas ha pasado de 88,4% en 1996 a 22,4% en 2006, seguida de la cocaína, cuya tendencia ha sido a la inversa, aumentando las demandas de tratamiento de un 4,3% en 1996 a un 14,5% en 2006. En lo que se refiere a los tratamientos por consumo de cannabis, han experimentado, al igual que la cocaína, un ligero ascenso: en 1996 suponía sólo un 1,4% del total de demandas de tratamiento, para pasar en 2006 a un 5,3%. Respecto a las drogas legales que demandaron tratamiento, se evidencia un ascenso en ambas (alcohol y tabaco). Con relación al alcohol hemos pasado de tratar a un 5,8% de nuestros pacientes por este motivo en 1996, a un 21,1% en 2006. Los datos del tabaco nos revelan que en 1996 nadie acudió a nuestra Unidad solicitando tratamiento de deshabituación para esta sustancia, en cambio en el año 2006 un total de 28 personas iniciaron tratamiento por su dependencia del tabaco (figs. 1 y 2).

El análisis de la edad mediante la prueba de la χ^2 arroja resultados muy significativos, ya que la edad media en la que se demanda tratamiento es 10 años superior una década más tarde, y el porcentaje de usuarios con edades superiores a los 50 años es en 2006 del 18,4% cuando en 1996 era del 2,9%. Asimismo, el volumen de pacientes que acuden con edades inferiores a 25 años ha experimentado un brusco descenso (tabla 1).

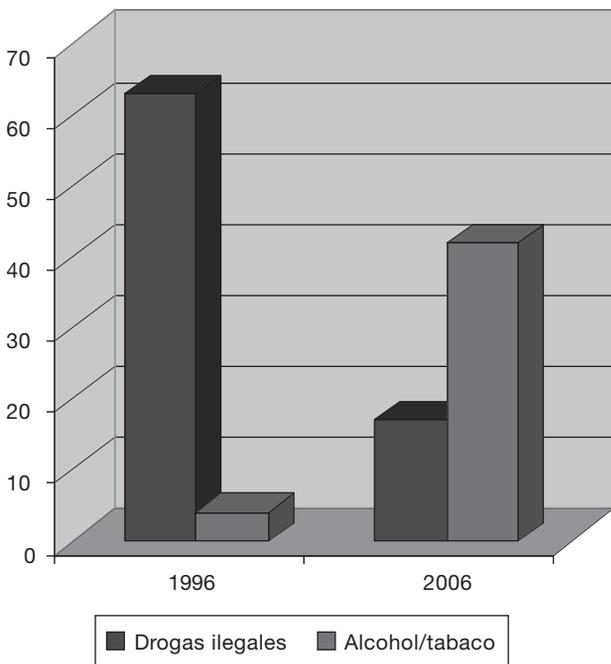


Figura 1. Porcentaje de pacientes en función del tipo de droga distribuidos por años.

Cuando el mismo análisis se realiza haciendo distinción entre hombres y mujeres, en éstas el resultado de la edad media es 14 años más elevada en el 2006 ($p < 0,05$). También se ha visto aumentado el porcentaje de mujeres a tratamiento, que ha pasado de 11,59% a 34,21%. Desglosado este último porcentaje en función de la droga principal por la que se realiza la demanda, se desprende que el 21,1% corresponde al tabaco ($\chi^2 = 11,650$; $p < 0,05$).

Las vías de acceso principales que se recogen en las historias clínicas de los pacientes están determinadas por las contempladas en el programa informático GECEAS, que hace distinción entre 9 vías de acceso a los dispositivos ambulatorios (fig. 3). Dicho programa es la herramienta de trabajo que da las pautas para la recogida de datos. En este campo los profesionales no han considerado imprescindible profundizar más, por lo que no dejan constancia en la historia manual de otros detalles al respecto.

En cuanto a las distintas formas de acceder a la Unidad, éstas no han experimentado cambios sustanciales, en ambas muestras es la iniciativa propia (sin previa derivación de otros profesionales) la más frecuente (fig. 3). Lo que sí ha cambiado, dentro de esa vía, es la sustancia que motiva la demanda de tratamiento: heroína en 1996 y tabaco en el 2006; al cruzar estos datos en una tabla de contingencia el resultado es estadística-

Tabla 1. Distribución por edades de los usuarios a estudio ($p < 0,05$)

	< 25 años	25-49 años	≥ 50 años	Edad máxima	Edad mínima	Media
1996	29%	68,10%	2,90%	54	16	29,68
2006	5,30%	76,30%	18,40%	74	18	39,57

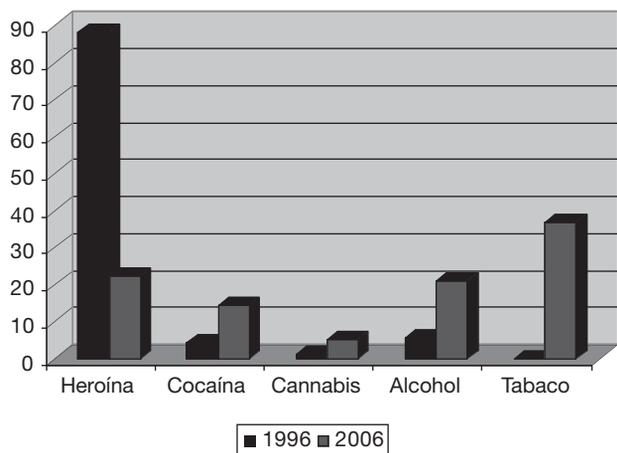


Figura 2. Distribución por año y droga principal.

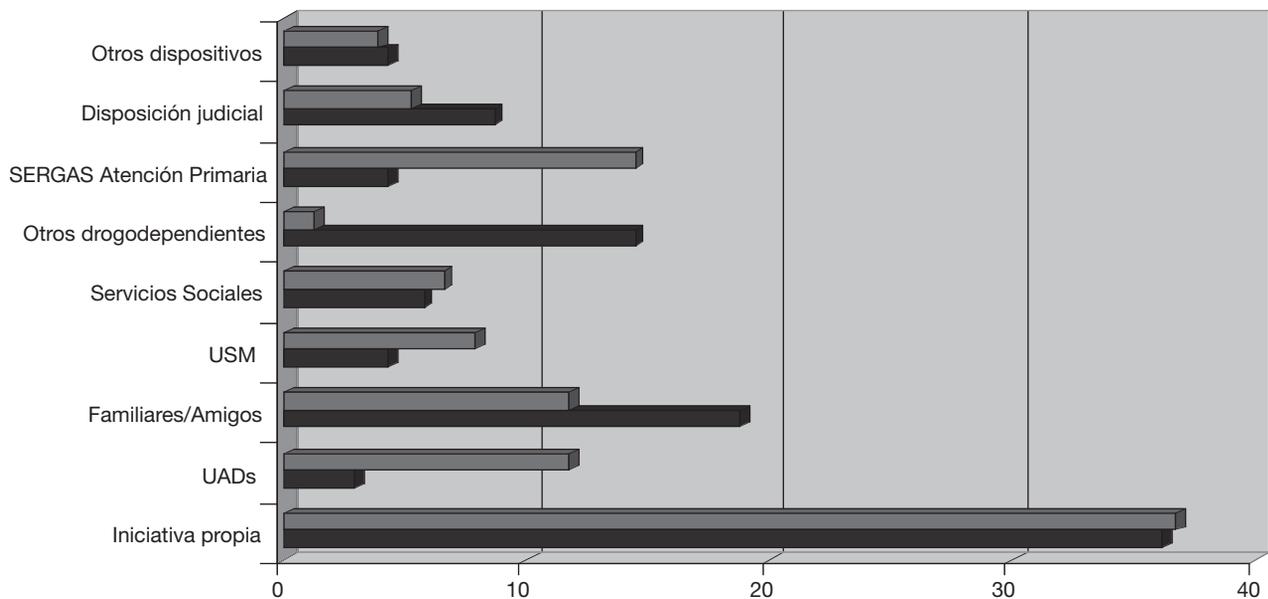


Figura 3. Relación de la vía de acceso con el año.

mente significativo. No obstante, en las restantes alternativas se ve reflejado que el acceso a través de otros drogodependientes pierde importancia, no superando el 1,5% en el 2006. En cambio los dispositivos del SERGAS, Unidades de Saúde Mental y Atención Primaria, que en 1996 no ostentaban un puesto de especial relevancia en la derivación de pacientes, en 2006 se han convertido en una fuente importante de nuevos pacientes (tabla 2). Además de aumentar el número de derivaciones se amplió el abanico de sustancias por las que los pacientes de estos servicios son remitidos, donde antes sólo se enviaban consumidores de heroína ahora ganan importancia el tabaco, el alcohol y la cocaína. Ocurre lo mismo cuando la vía de acceso es a través de familiares y amigos. Las derivaciones que provienen de otras UAD son en todos los casos de usuarios consumidores de heroína incluidos en el programa de mantenimiento con derivados opiáceos.

El estudio también demuestra que el nivel académico de los usuarios ha aumentado conforme han pasado los años, aunque el nivel de estudios que agrupa al mayor porcentaje de pacientes es el de graduado escolar

en ambos casos. Destaca sobre todo el número de pacientes que han obtenido el título de bachiller, un 14,5% en el año 2006. A pesar de los cambios observados, esta variable no presenta diferencias estadísticamente significativas (fig. 4).

Discusión

Finalizado el estudio podemos afirmar que el perfil de los usuarios ha evolucionado a lo largo de los 10 años. Se encontraron diferencias significativas en algunas variables, tales como el sexo, la edad y la droga principal. No ocurre lo mismo en otras variables, véase el nivel de estudios, la vía de acceso, tratamiento psiquiátrico, tratamientos previos, demanda que realiza, situación sociolaboral, estado serológico y pareja drogodependiente. Los resultados obtenidos fueron similares en la mayoría de variables a los publicados por los Observatorios de Galicia y español sobre Drogas¹⁻⁵. Las diferencias halladas creemos que son debidas a que en nuestro análisis hemos incluido a los pacientes admitidos a tratamiento por abuso y/o dependencia de alcohol y tabaco, ya que en nuestra Unidad suponen un porcentaje importante del total de usuarios.

Aunque el mayor porcentaje de usuarios continúa perteneciendo al colectivo masculino, se aprecia un aumento en el sexo femenino, que se explica por la mayor demanda que realiza de deshabituación tabáquica.

En 1996 la mayoría de pacientes había recibido tratamiento previo, porcentaje que disminuyó considera-

Tabla 2. Derivación de pacientes de los dispositivos del SERGAS

	Unidades de Saúde Mental	Atención Primaria
1996	4,30%	4,30%
2006	7,90%	14,50%

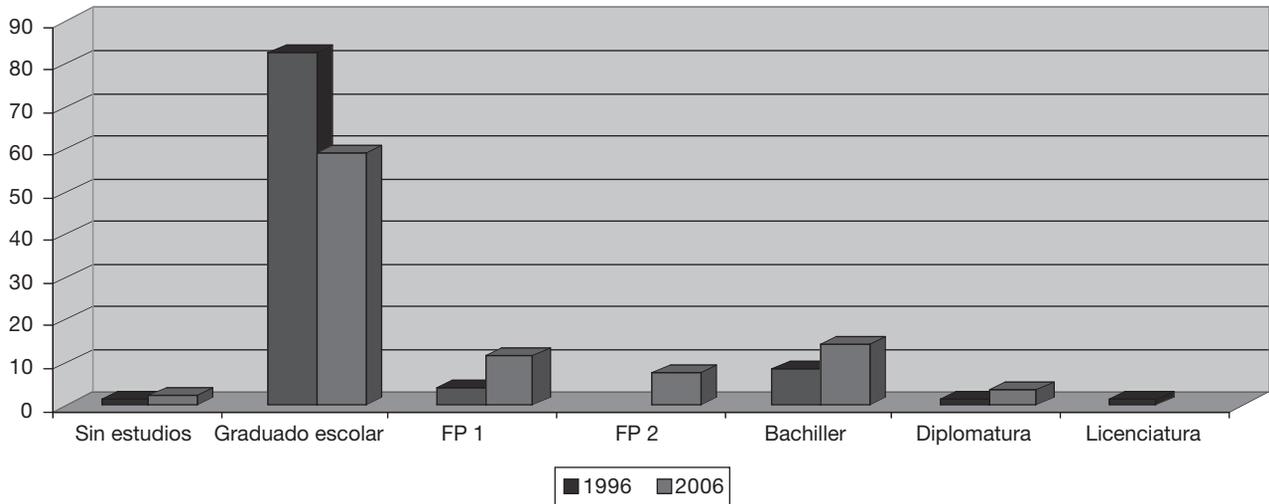


Figura 4. Distribución del nivel académico de los usuarios.

blemente en el año 2006 (tabla 3). La existencia o no de tratamientos previos condiciona de manera notable el peso que las diferentes drogas tienen en las admisiones a tratamiento, como indica el Informe 2004 del Observatorio de Galicia sobre Drogas⁴.

Se ha comprobado un incremento de la demanda de deshabituación de tabaco en el año 2006 posiblemente como consecuencia de la entrada en vigor de la ley 28/2005 frente al tabaquismo el 1 de enero de ese año¹².

Se observa que las incorporaciones referidas al cannabis han experimentado un ligero incremento, lo cual es coincidente con los datos proporcionados por el Observatorio de Galicia sobre Drogas, pero se aprecian grandes diferencias con los datos disponibles a nivel nacional^{7,8}. La demanda de los usuarios que acuden por consumo de cannabis se basa mayoritariamente en san-

ciones administrativas impuestas por la Subdelegación del Gobierno en base a la Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero sobre Protección de la Seguridad Ciudadana¹³, modificada por la Ley Orgánica 4/1997 de 4 de agosto¹⁴, que quedan suspendidas con la incorporación a tratamiento de deshabituación¹⁵ según lo previsto en el Real Decreto 1079/1993 de 2 de julio que regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas¹⁶.

No se ha evidenciado ningún caso de solicitud de tratamiento por drogas de síntesis o benzodiacepinas, lo que no resulta extraño ya que el Observatorio de Galicia sobre Drogas proporciona cifras en torno al 1% de admisiones a tratamiento por este tipo de sustancias. Debemos considerar que en nuestro caso disponemos de una muestra muy pequeña.

Somos conscientes de que las comparaciones realizadas con los resultados de los distintos observatorios sobre drogas no se corresponden exactamente, ya que a día de hoy los últimos datos publicados pertenecen al año 2004 y nuestro estudio finaliza en el 2006. Podría resultar interesante retomar este trabajo cuando los datos sean actualizados para comprobar que las tendencias siguen en la misma línea.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Tabla 3. Porcentaje de pacientes que habían recibido tratamientos previos en los años 1996 y 2006

		Año				Total
		1996		2006		
Tratamientos previos	Sí	50	72,46%	29	38,16%	79
	No	19	27,54%	47	61,84%	66
Total		69	100%	76	100%	145

Bibliografía

1. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996 del Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 1997.

2. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 1. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 1998.
3. Observatorio de Galicia sobre Drogas. O consumo de drogas en Galicia VIII. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias; 2006.
4. Plan de Galicia sobre Drogas. Observatorio de Galicia sobre Drogas. Informe 2004. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; 2005.
5. Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
6. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2006. Luxemburgo: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; 2006.
7. Cancelo Martínez J, López Durán A. ¿Son tan diferentes los pacientes de cocaína? Análisis diferencial de las variables sociodemográficas y toxicológicas de los pacientes de cocaína y heroína. *Trastornos Adictivos*. 2005;7:80-9.
8. Martín González E, Sánchez Pardo L. Evolución de las demandas asistenciales en España. *Trastornos Adictivos*. 2001;3(Monográfico 1):5-13.
9. Delegação Regional do Norte de Portugal do Instituto da Droga e da Toxicodependência. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Guía de centros de atención ao drogodependente de Galicia-Norte de Portugal. Delagação Regional do Norte de Portugal do Instituto da Droga e da Toxicodependência. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas-Consellería de Sanidade; 2005.
10. Plan de Galicia sobre Drogas. Informe do sistema de avaliación asistencial do Plan de Galicia sobre Drogas do ano 2003. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; 2004.
11. Plan de Galicia sobre Drogas-EDIS. O consumo de drogas en Galicia IV. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Xunta de Galicia; 1998.
12. Ley 28/2005 de 26 de diciembre de Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
13. Ley Orgánica 1/1992 de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.
14. Ley Orgánica 4/1997 de 4 de agosto, por la que se regula la utilización de videocámaras por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en lugares públicos.
15. Medina Fernández MC, de Antonio Pérez V. De cómo quitarse una multa o hacer prevención. (Programa de educación para la salud con jóvenes consumidores de hashish). V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Libro de Actas. Chiclana de la Frontera (Cádiz), 11, 12 y 13 de marzo de 1998. Centro provincial de drogodependencias de Cádiz; 1998. p. 205-7.
16. Real Decreto 1079/1993 de 2 de julio, por el que se regula la remisión de sanciones administrativas en materia de drogas.