

ORIGINAL

Monforte y O Barco de Valdeorras, dos áreas sanitarias diferentes, ¿dos perfiles diferentes?

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

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

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

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

RESUMEN. *Objetivo.* La Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) de Monforte atiende dos áreas sanitarias con características sociodemográficas y económicas distintas (Monforte de Lemos y O Barco de Valdeorras). La oferta asistencial es homogénea, con la particularidad de que desde el año 2002 profesionales de la UAD se desplazan semanalmente a O Barco. El objetivo es verificar si las diferencias de las dos áreas se reflejan en el perfil del usuario de la UAD.

Material y métodos. Se incluyeron 186 usuarios que estuvieron en tratamiento durante el 2006 en la UAD de Monforte. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas de dichos usuarios y se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Las vías de acceso mayoritarias después de la iniciativa del sujeto son sustancialmente diferentes. La proporción de usuarios del medio urbano es ligeramente superior en el área monfortina. Sin embargo, si el análisis se realiza en función de la adicción principal, el porcentaje de usuarios que demanda tratamiento por alcohol muestra una diferencia relevante aunque no estadísticamente significativa, el 81,8 % del medio rural de Valdeorras acude por esta sustancia.

Conclusiones. Existen diferencias en las dos áreas sanitarias en lo que se refiere a la vía de acceso, el hábitat, la adicción principal y el nivel de estudios. El nivel de estudios inferior en O Barco se debe probablemente a la corta edad con que los usuarios acceden al mercado laboral, por la amplia oferta de trabajo sin ningún requisito académico. La edad media de consumo es similar en ambas áreas.

PALABRAS CLAVE: características sociodemográficas, perfil del usuario, área sanitaria.

Monforte and O Barco de Valdeorras are two different health areas. Do they have two different profiles?

ABSTRACT. *Objectives.* The Drug Dependency Unit (DDU) of Monforte attends to two different health areas having different socio-demographic and economical characteristics (Monforte de Lemos and O Barco de Valdeorras). The health care offered is homogeneous, with the special characteristic that since 2002 the professionals from the DDU have been going to O Barco de Valdeorras every week.

Material and methods. A total of 186 users treated in the DDU of Monforte during 2006 were included. The information has been obtained from the medical records of these users, analyzing it with the statistical program SPSS 12.0.

Results. The majority of the pathways used since the initiative of the subject are very different. There is a slightly higher proportion of patients from the urban area than from the Monforte one. However, regarding the principal drug addiction, the percentage of users demanding treatment because of alco-

Correspondencia:

A. FERNÁNDEZ SOBRINO.
C/ Otero Pedrayo, s/n.
27400 Monforte de Lemos. Lugo. España.
Correo electrónico: uadanamonforte@yahoo.es

Recibido: 07-02-2008

Aceptado para su publicación: 5-02-2009

hol addiction has a relevant, although not statistically different difference, 81.8 % of the users from O Barco de Valdeorras come due to alcohol addiction.

Conclusions. There are differences between both health areas in regards to access pathway, habitat, principal drug and education level. The lower education level in O Barco de Valdeorras is probably due to the younger age of the users who access the work market, due to the large offer for work not requiring an education. The mean age of consumption is similar in both areas.

KEY WORDS: socio-demographic characteristics, user profile, health area.

Introducción

La actual red especializada de atención a drogodependientes de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia está constituida por centros ambulatorios, semi-residenciales y residenciales, centros dependientes de Proyecto Hombre y los servicios sanitarios de los 5 centros penitenciarios ubicados en nuestra comunidad autónoma.

La Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) de Monforte forma parte de los 17 dispositivos asistenciales ambulatorios de la red y presta sus servicios desde 1987. Este tipo de dispositivo es el recurso central y vertebrador de la planificación asistencial en el territorio de actuación designado. Funciona con el mismo carácter y las mismas premisas que cualquier otro Centro Ambulatorio de este tipo: voluntariedad de la persona que demanda asistencia, anonimato y gratuidad en el servicio constituyen los principios básicos sobre los que se desarrolla nuestra actividad profesional¹.

La población que atiende corresponde a dos áreas sanitarias (Monforte de Lemos y O Barco de Valdeorras) de dos provincias diferentes (Lugo y Ourense), con la dificultad que eso conlleva para la coordinación de recursos. Da cobertura asistencial a un total de 20 ayuntamientos, de los cuales 11 corresponden al área de Monforte de Lemos y 9 a la de O Barco de Valdeorras, con la salvedad de que en ciertos ayuntamientos no toda la población, según su ubicación, pertenece a nuestra zona de influencia. Los pacientes que residen en los núcleos de población más alejados debían recorrer una distancia al centro de referencia de 90 km, lo que motivó que en el año 2000 el Plan de Galicia sobre Drogas, actual-

mente *Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias*, atendiendo a un criterio de dispersión geográfica, plantease una descentralización de actividades asistenciales más amplia a través de los servicios tipo “dispensario”.

Este tipo de dispositivo asistencial en régimen ambulatorio posibilita la atención de los pacientes a tratamiento en las UAD de referencia en una localidad distinta, desarrollando una cartera de servicios en un centro sanitario asistencial de Atención Primaria o Especializada, y supone el desplazamiento del equipo de la UAD de referencia al centro sanitario colaborador, para allí desarrollar las referidas actividades asistenciales de carácter ambulatorio¹. En la UAD se atienden pacientes con criterios CIE-10 y DSM-IV-TR para trastorno por consumo de sustancias^{2,3}, y además pacientes con criterios diagnósticos de ludopatía del CIE-10 o juego patológico según el DSM-IV-TR.

La población de los ayuntamientos de la zona de Lemos que atiende la UAD de Monforte es de 51.793 habitantes y la de Valdeorras de 28.852 habitantes. Un elevado porcentaje de esta población se concentra principalmente en tres municipios: Monforte de Lemos, Chantada y O Barco de Valdeorras (> 10.000 habitantes). Una característica de la población gallega es que se halla muy dispersa en el territorio, concretamente las zonas a las que nos referimos tienen unas densidades de población por debajo de la media de Galicia, por ello hemos tenido que delimitar para nuestro estudio lo que consideramos hábitat urbano y rural. Aquellos núcleos de población a partir de 1.500 habitantes los calificamos como urbanos, y rurales los que no alcanzan dicho número de habitantes.

Con referencia al mercado de trabajo, la zona de Valdeorras, situándose muy por encima de la registrada en el conjunto de Galicia, tiene una importante ocupación industrial: extracción de pizarra que genera alrededor de 3.000 puestos directos de empleo. Dado su carácter rural, también tiene una importante presencia la actividad vitivinícola de la zona, con la denominación de origen de Valdeorras. En cambio, en la comarca morfológica, el sector que da ocupación a un porcentaje más amplio de población es el de los servicios^{4,5}. Todas estas características socioeconómicas y demográficas hacen de las comarcas de Valdeorras y Lemos dos zonas bien diferenciadas, lo que a su vez sería susceptible de generar una tipología de drogodependiente particular en cada una de ellas.

El objetivo del presente estudio es esclarecer, a través de los usuarios que demandan tratamiento en nuestra UAD, si el perfil de los pacientes cambia en función de su procedencia.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo de carácter retrospectivo de los pacientes que estuvieron en tratamiento a lo largo del año 2006 en la UAD de Monforte de Lemos. La muestra está formada por 186 pacientes.

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 números de historia clínica para posteriormente acceder a ellas y así recoger los datos para su análisis.

Se definieron variables cuantitativas y cualitativas para sexo, edad, estudios, vía de acceso, situación sociolaboral, droga principal, área sanitaria, demanda que realiza, hábitat y edad de inicio del consumo.

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 para hallar la significación estadística de la relación entre las variables. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0 para Windows.

Resultados

La UAD de Monforte atendió en el año 2006 a 186 pacientes que procedían de las áreas sanitarias de Monforte de Lemos (población total de 51.793; 64,2%) y de O Barco de Valdeorras (población total de 28.852; 35,8 %), representando respectivamente el 67,7 % ($n = 126$) y el 32,3 % ($n = 60$) de los usuarios.

Sexo

Esta variable no muestra resultados significativos ($p = 0,254$) en el análisis comparativo, se mantiene constante en ambas muestras; el número de mujeres no supera la cuarta parte del total de pacientes a tratamiento en este centro. A lo largo de todo el año 2006 no se ha dado más que un caso de mujer gestante, que proviene del área sanitaria de O Barco.

Edad

La edad media global de los pacientes de la UAD es de $39 \pm 10,4$ años. Calculadas por área sanitaria, las edades medias serían de $40 \pm 10,8$ años en Monforte y $37,1 \pm 9,2$ en O Barco.

Respecto a la edad de inicio de la adicción, es de aproximadamente 19 años en las dos áreas sanitarias ($19,4 \pm 6,8$ en Monforte de Lemos y $19,2 \pm 5,2$ en O Barco).

En función de la adicción principal, los usuarios que demandan deshabituación tabáquica tienen una edad media superior a la del resto de los usuarios, $43,1 \pm 11,6$ años de media ($n = 37$). La edad es superior sobre todo en el área sanitaria de Monforte, donde sería de $44,5 \pm 11,6$ años ($n = 30$), en comparación con O Barco de Valdeorras, donde la media de edad es de $37 \pm 10,3$ años ($n = 7$).

Nivel académico

El nivel de estudios de los usuarios no supera en la mayoría de los casos el graduado escolar, sin embargo, el porcentaje de pacientes de O Barco que engloba esta categoría es superior al de Monforte. Lo mismo ocurre con las personas sin estudios. Por el contrario, en el área de Lemos se registran unos niveles de estudios superiores, alcanzando incluso la licenciatura universitaria.

Situación sociolaboral

Respecto a la situación sociolaboral de los pacientes, destacan varios datos: el primero es que un porcentaje amplio está en activo, el 40,5 % de los usuarios de Monforte y el 25 % de los de O Barco; el segundo sería que también un buen número de pacientes se encuentra en situación de paro laboral, sobre todo en O Barco; en tercer lugar nos encontramos con unas cifras, aunque no significativas no por ello menos importantes, de incapacidad laboral transitoria, que en la zona de Valdeorras duplican a las de Lemos. Finalmente, reflejamos como dato llamativo que del total de usuarios ($N = 186$), para el 17,2 % su fuente de ingresos proviene de pensiones no contributivas por su estado de incapacidad laboral permanente.

Hábitat

La proporción de usuarios procedentes del medio urbano es ligeramente superior en el área de Monforte, 65,9 %, frente al 63,3 % de O Barco (tabla 1). Sin embargo, si el análisis se realiza en función de la adicción principal el resultado es muy significativo: el porcentaje de usuarios que demandan tratamiento por consumo abusivo/dependencia de alcohol es el 81,8 % de los usuarios del medio rural de Valdeorras.

Adicción principal

Al comparar ambas áreas no se aprecian resultados significativos ($p = 0,147$) en cuanto a la adicción principal por la que los pacientes demandan tratamiento, sin embargo cabe destacar que el porcentaje de usuarios consumidores de heroína es superior en la zona de O Barco; por el contrario, en sustancias como cannabis, alcohol y tabaco, la demanda es mayor en Monforte. A su vez, la cocaína produce una demanda similar en ambas áreas. Asimismo, hay que destacar que en O Barco no se atendió ninguna demanda por juego patológico (fig. 1).

Vía de acceso

Continuando con la comparación de las dos áreas sanitarias, encontramos datos significativos ($p < 0,05$) si tenemos en cuenta la vía de acceso principal a la UAD (fig. 2). Las vías de acceso son las habituales: destaca la iniciativa del sujeto como mayoritaria en ambas áreas, 48,4% en Monforte y 36,7% en O Barco. Sin embargo, en el área de O Barco de Valdeorras los dispositivos del Servizo Galego de Saúde (Unidade de Saúde Mental y Atención Primaria) se presentan como importantes fuentes de nuevos usuarios, aportando del total de los derivados por dichos servicios el 63,2% y el 58,8%, respectivamente (figs. 3 y 4). El porcentaje que representan las derivaciones hechas por los servicios de Saúde Mental y Atención Primaria del área de O Barco es superior en el cómputo total, a pesar de que el número de pacientes que corresponden al área sanitaria de O Barco de Valdeorras ($n = 60$) es inferior al de Monforte ($n = 126$).

Demandas del usuario

Se comprueba, como era de esperar, debido a la supremacía de la heroína como adicción principal⁶, que el mayor número de demandas en ambas áreas las acumula el Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos⁷ ($p < 0,01$), siguiéndole en importancia el apoyo psicosocial y la desintoxicación ambulatoria (tabla 2). En el análisis de la demanda en función de la adicción principal que motiva el tratamiento se aprecian ciertas similitudes, como que los usuarios que acuden para deshabituación tabáquica demandan apoyo psicosocial (33,3% en Monforte y 42,9% en O Barco) y desintoxicación (66,7% y 57,1%, respectivamente). Estas intervenciones las demandan igualmente los pacientes en tratamiento por alcoholismo, además de la información que solicitan en la primera entrevista. En la situación relati-

Tabla 1. Datos sociodemográficos en relación al área sanitaria

	Monforte de Lemos (n = 126). Porcentaje	O Barco de Valdeorras (n = 60). Porcentaje
Sexo		
Hombres	72,2	80
Mujeres	27,8	20
Nivel académico		
Sin estudios	6,3	8,3
Graduado escolar	54,8	73,3
FP 1	10,3	6,7
FP 2	5,6	1,7
Bachillerato	18,3	8,3
Diplomatura	2,4	0
Licenciatura	2,4	1,7
Situación sociolaboral		
Activo	40,5	25
Paro	27	36,3
IT	4,8	11,7
Invalidez	18,3	15
Sus labores	3,2	5
Jubilado	3,2	1,7
Estudiantes	3,2	3,3
Hábitat		
Urbano	65,9	63,3
Rural	34,1	36,7

IT: incapacidad transitoria.

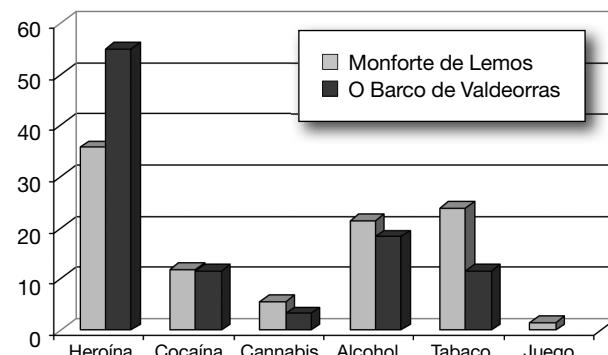


Figura 1. Comparación de la adicción principal en Monforte de Lemos y O Barco de Valdeorras.

va a la cocaína las demandas se diversifican mucho en las dos zonas, y cuando la sustancia principal es el cannabis, aunque en ambas áreas demandan apoyo psicosocial, en la zona de Monforte es más concreta, solicitan informes, siguiendo con la tónica principal de la zona de O Barco, donde en general las demandas son

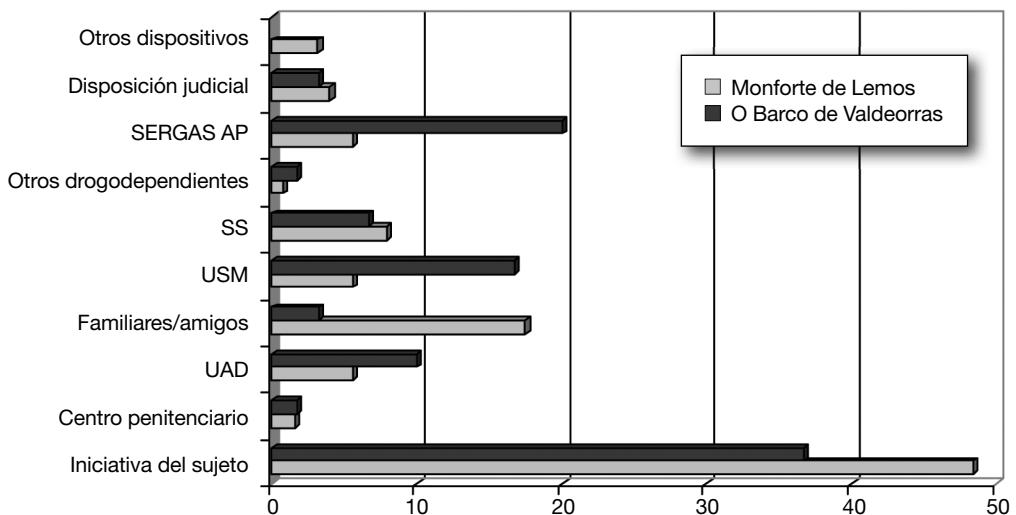


Figura 2. Vía de acceso principal en cada área sanitaria. AP: Atención Primaria; SS: Servicios Sociales; UAD: Unidad Asistencial de Drogodependencias; USM: Unidad de Salud Mental.

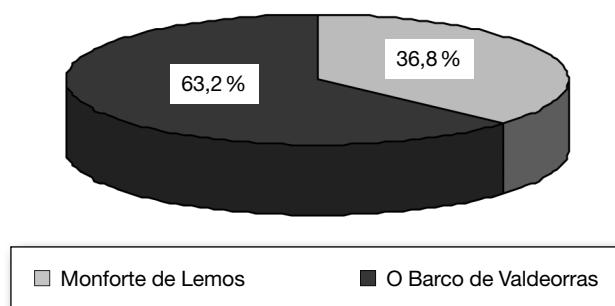


Figura 3. Derivaciones hechas por la Unidad de Salud Mental en función del área sanitaria.

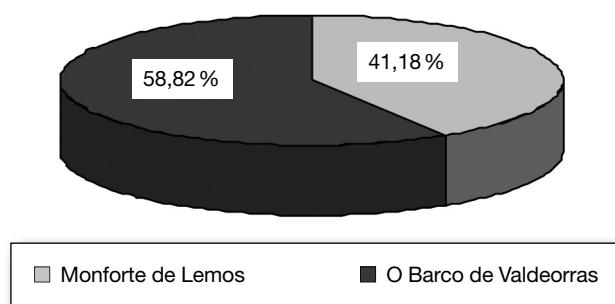


Figura 4. Derivaciones hechas por Atención Primaria en función del área sanitaria.

más inespecíficas. Asimismo es llamativo que el Programa de Tratamiento con Antagonistas Opiáceos no ha sido demandado en ningún caso⁶. Finalmente cabe destacar que en Valdeorras tampoco se realizó ninguna de-

Tabla 2. Distribución de las demandas realizadas en función del área sanitaria

	Monforte de Lemos. Porcentaje	O Barco de Valdeorras. Porcentaje
Apoyo psicosocial	24,6	21,7
Informe	4,8	3,3
Desintoxicación/apoyo psicosocial	2,4	3,3
Información /desintoxicación	8,7	0
Desintoxicación/reinserción	0,8	1,7
Urinoanálisis	1,6	0
Metadona	24,6	36,7
Desintoxicación	26,2	18,3
Información	3,2	3,3
Desintoxicación hospitalaria	0	1,7
Comunidad terapéutica	0	1,7
Inespecífica	3,2	8,3

manda para la realización de urinoanálisis y en el área monfortina ningún usuario demandó el ingreso en Comunidad Terapéutica ni en Desintoxicación Hospitalaria.

Discusión

Después de haber analizado las variables a estudio de los 186 usuarios que, procedentes de las áreas sanitarias de Monforte de Lemos y O Barco de Valdeorras, de-

mandaron tratamiento o continuaban su proceso terapéutico a lo largo del año 2006^{8,9}, las conclusiones que podemos extraer son las siguientes: las variables relacionadas con la adicción que motiva el tratamiento, es decir, droga principal, edad de inicio de consumo y demanda, no arrojan grandes diferencias entre ambas áreas, con la excepción de que en la zona de Valdeorras no hubo ninguna demanda de tratamiento por ludopatía². En cuanto a las variables sociodemográficas y de estratificación social, véase sexo, estudios y situación sociolaboral, las diferencias son más acusadas aunque no estadísticamente significativas entre las dos zonas objeto de la comparación. En todas ellas los datos mantienen la misma tendencia que los publicados por el Observatorio de Galicia sobre Drogas⁶. Por lo tanto, podemos decir en relación al objetivo que planteábamos para este trabajo que las diferencias socioeconómicas y demográficas⁵ de las dos áreas sanitarias no condicionan el perfil de los usuarios de nuestro servicio.

La vía de entrada a través de los servicios sanitarios públicos (Atención Primaria y Unidade de Saúde Mental) no es la más importante en ninguna de las dos áreas, lo que resulta llamativo, ¿qué ocurre entonces?, ¿que los consumidores de drogas no hacen uso del sistema sanitario?, quizás. ¿En Atención Primaria no les pueden dedicar el tiempo suficiente para detectar su drogodependencia? ¿O tal vez los profesionales desconocen la existencia de un servicio especializado como es el nuestro? En O Barco de Valdeorras derivan a un porcentaje mucho mayor de pacientes y es posible que esta dife-

rencia tan acusada pueda ser debida a que las intervenciones de los profesionales de nuestra UAD en esa localidad se realizan dentro de la estructura física del Centro de Saúde, lo que facilita la coordinación entre los diferentes servicios.

En algunos casos el análisis de los datos no resultó estadísticamente significativo a pesar de que en la observación diaria de estos pacientes se apreciaban diferencias; esto posiblemente es debido a que la muestra, que coincide con la población total de usuarios, está formada por un número reducido de individuos, ya que como se hizo referencia anteriormente, la UAD de Monforte es el centro ambulatorio más pequeño de la red gallega. Esto representó una importante limitación del trabajo.

En otros estudios se ha observado un deterioro de las funciones neuropsicológicas que no se ha revisado en este trabajo; no obstante se ha visto que los sujetos se-ropositivos con conductas adictivas, como grupo, presentan niveles de ejecución más bajos y tasas de deterioro más elevadas en tests de función cognitiva^{10,11}, lo que podría explicar, en parte, el bajo nivel académico de la muestra estudiada, así como el elevado porcentaje de pacientes subsidiarios de pensiones no contributivas por su estado de incapacidad laboral permanente, ya que una parte de la muestra son pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Delegaçao Regional do Norte de Portugal do Instituto da Drogas e da Toxicodependência. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Guía de centros de atención ao drogodependente de Galicia-Norte de Portugal. Delagaçao Regional do Norte de Portugal do Instituto da Drogas e da Toxicodependência. Santiago de Compostela: Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas-Consellería de Sanidade; 2005.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
4. Consello Económico e Social de Galicia. Informe sobre as áreas funcionais de Galicia. Áreas funcionais de Monforte e O Barco. Santiago de Compostela; Consello Económico e Social de Galicia; 2004.
5. Instituto Galego de Estatística. Galicia en cifras. Anuario 2005. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Economía e Facenda; 2007.
6. Observatorio de Galicia sobre Drogas. O consumo de drogas en Galicia VIII. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias; 2006.
7. Plan de Galicia sobre Drogas. Informe do sistema de evaluación 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.
8. Marina P. ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? Adicciones. 1999;11:237-41.
9. Valoria A, Gómez R, Síquier C, Martínez R. La actividad asistencial en el C.A.D. de Murcia: quince años y un traslado después. En: Libro de actas: XXV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Tarragona, 23-25 de Abril 1998. Barcelona: Sociedad Científica Española de estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 1998.
10. Failde Garrido JM, López Castro J, Fernández Rodríguez V, Fernández Rodríguez R. Infección por VIH, consumo de drogas y rendimiento neuropsicológico. An Med Interna. 2005;22:569-74.
11. Failde Garrido JM, López Castro J. Influencia de las variables clínico-biológicas CD4 y carga viral sobre el rendimiento neuropsicológico de pacientes con infección por VIH-1. An Med Interna. 2005;22:261-5.