

## Situación del toxicómano y las drogodependencias en nuestro medio: Una experiencia desde Atención Primaria de Salud (\*)

M.<sup>a</sup> Ángeles Merino

### Introducción

Partiendo de un ideal, deseado por todos, como es conseguir que los jóvenes se mantengan libres de drogas, la realidad de su existencia y la realidad del toxicómano nos impulsa a llevar a cabo acciones dirigidas a conocer su situación y aprender cómo debemos atenderle a fin de conseguir un cambio de actitud y un acercamiento hacia aquellos servicios que pueden serle útiles en este cambio.

El toxicómano es un enfermo, en muchas ocasiones crónico, que ha de ser atendido y tratado como tal, con unas peculiaridades y unas problemáticas específicas, que hacen que necesite un abordaje plural y complejo. Afirmando que está claro que debe estar cerca del sistema de salud, éste ha de saber captarlo, atraerlo y darle confianza para que acuda a él cuando lo necesite y requiera. Precisamente, la necesidad de pluralidad en el abordaje de estos pacientes es lo que hace más difícil el inicio e implantación de los programas de atención al drogodependiente dentro del ámbito de la Atención Primaria, pues al no ser un tratamiento simplemente «médico» y «farmacológico», sino necesitar además, sobre todo, un abordaje psico-social, se escapa de los parámetros

básicos de la intervención de la mayoría de los Centros de Salud.

Pese a las dificultades que se presentan desde la Atención Primaria de Salud, es precisamente este medio el que mejor ayuda al toxicómano para lograr su normalización y desestigmatización.

Con estas premisas, analizaremos la situación de las drogodependencias en nuestro medio y enunciaremos una propuesta del Programa de Drogodependencias para Atención Primaria de Salud (1).

### Material y métodos

La población a estudio es la correspondiente al municipio de Torredonjimeno (Jaén), en la que se realiza el Diagnóstico Social a fecha de diciembre de 1996. Así mismo, la caracterización de los drogodependientes de esta localidad se lleva a cabo sobre una muestra del 50% del universo atendido en el Centro de Salud, durante los años 89-96 (2).

El método empleado es descriptivo, con una direccionalidad retrospectiva.

El estudio de las variables correspondientes al toxicómano se obtiene a través de las historias clínicas de atención primaria, así como de las fichas psico-sociales del trabajador social que son cumplimentadas a lo

(\*) Trabajo de Campo del Título de Master/Experto en Drogodependencias y SIDA. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. 1997).

Palabras clave: Drogodependencias. Heroína. Alcohol. Familia y toxicomanía.

Fecha de recepción: Noviembre 1998.

largo de los distintos contactos con el usuario, personal y bajo diferentes tipos de abordajes: individual, familiar, de consulta o a domicilio.

Para el tratamiento de los datos se ha utilizado como soporte informativo el paquete Microsoft-office (ACCESS 2.0, EXCEL 5.0, WORD 6.0).

#### Resultados

Torredonjimeno es una localidad de carácter rural, situada en la parte occidental de la provincia de Jaén. Se emplaza sobre un

|                                   | m. <sup>2</sup> |
|-----------------------------------|-----------------|
| Superficie urbana total           | 1.610.098       |
| Edificación                       | 1.403.434       |
| Vías públicas pavimentadas        | 125.797         |
| Vías públicas sin pavimentar      | 35.674          |
| Parques, jardines y zonas de ocio | 39.521          |

Tabla 1

|                          | Hect.  |
|--------------------------|--------|
| Superficie agraria total | 15.792 |
| Secano                   | 14.958 |
| Pastos                   | 50     |
| Terrenos improductivos   | 784    |

Tabla 2

|                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| <b>Saneamiento:</b>            |                        |
| Agua potable                   | 100% vivienda          |
| Depuración de aguas de consumo | 100% vivienda          |
| Recogida de Aguas Residuales   | 100% vivienda          |
| Recogida de Basuras            | 100% vivienda          |
| Depuración de aguas residuales | No                     |
| <b>Viviendas:</b>              |                        |
| Número de viviendas            | 6.830                  |
| Metros cuadrados por vivienda  | 90-120 m. <sup>2</sup> |
| Viviendas con luz eléctrica    | 97% vivienda           |
| Viviendas con corral           | 2.900                  |

Tabla 3

paisaje ondulado, propio de la campiña giennense, a 17 kilómetros de la capital de provincia (tabla 1). Eminentemente rural, su fuente principal es la explotación del olivo (tabla 2) y su industria está basada principalmente en empresas de servicios. Presenta una aceptable calidad de saneamiento y vivienda con lo que se aseguran condiciones favorables para el asentamiento humano (tabla 3).

Cuenta con numerosos recursos sociales, culturales, educativos y sanitarios, como oferta de servicios a toda la población (tabla 4).

El perfil demográfico de la población muestra las características típicas de una población rural andaluza, con tendencia al predominio de la población madura, escaso crecimiento y signos evidentes de emigración de parte de la población activa (tabla 5 y figura 1). El descenso progresivo de la población desde el año 1930 hasta la década comprendida entre los años 75-85, muestra en la actualidad una tendencia hacia la estabilización.

El coeficiente de masculinidad global es similar al de Andalucía y España, y discretamente inferior al de Jaén. La población de más de 50 años supone una tercera parte de la población general. La razón de dependencia senil es mayor a la correspondiente a la población española general. Asimismo, el grado de envejecimiento es superior al provincial y nacional.

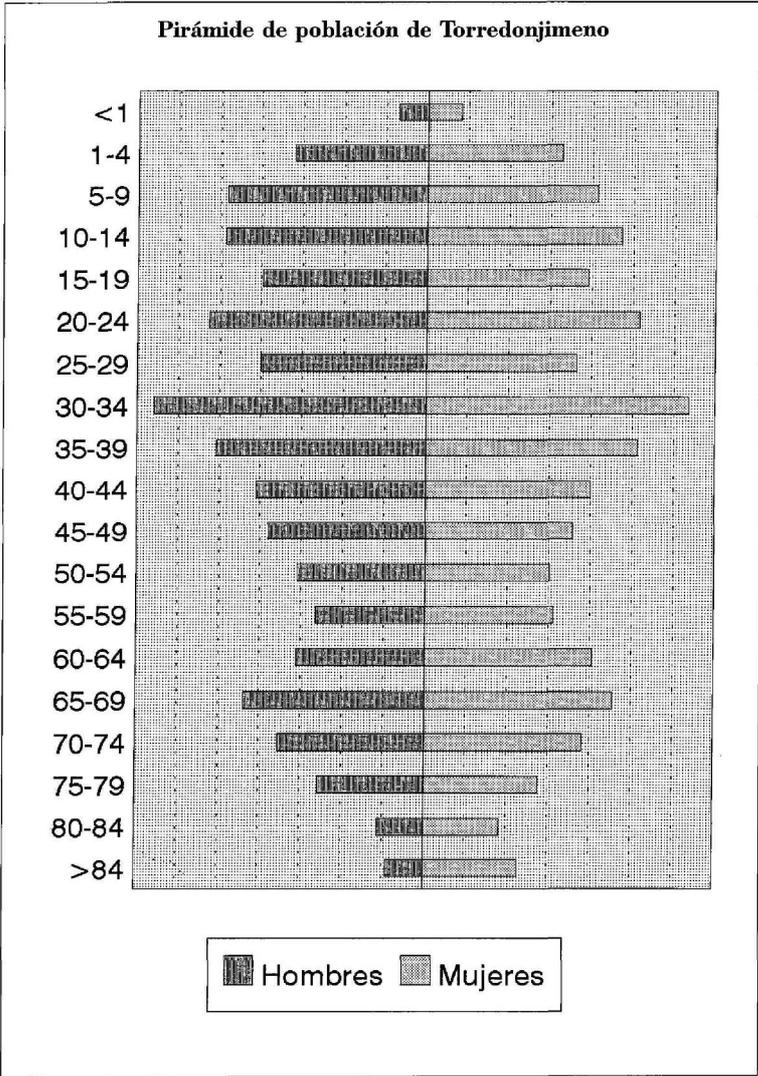


Figura 1.

| <i>Asociaciones Comunitarias</i>  | <i>Recreación y Cultura</i>   |
|---|---|
| Asociaciones Deportivas (5)<br>Asociaciones religiosas<br>Asociaciones de padres de alumnos<br>Asociación de Amas de casa<br>Cooperativas (confección, construcción)<br>Consejo Local de Salud<br>Hogar del Pensionista | Casa Municipal de Cultura<br>Biblioteca Municipal<br>Sala de Exposiciones<br>Cine-club<br>Fonoteca<br>Talleres<br>Boletín Municipal   |
| <i>Instalación y Actividades Deportivas</i>   | <i>Recursos Educativos</i>  |
| Patronato Municipal de Deportes<br>Club Ciclista<br>Club de Fútbol<br>Peñas deportivas<br>Peñas de cazadores<br>Campo Municipal de deportes<br>Complejo deportivo municipal   | Centros de Enseñanza Primaria (7)<br>Centros de Enseñanza Secundaria (2)<br>Centro de Educación de Adultos<br>Escuela Taller<br>Taller Ocupacional  |
| <i>Sanitarios</i>   | <i>Otros Servicios</i>  |
| Centro de Salud:<br>- Servicio de urgencias<br>- Servicio de asistencia a demanda (mañana y tarde)<br>- Actividades en Programas y Promoción de salud   | Centros de Servicios Sociales comunitarios<br>Residencia de la Tercera Edad<br>Centro del Jubilado<br>ONG = Cáritas y Cruz Roja<br>Medios de comunicación locales<br>Periódico, televisión, radio |

Tabla 4

50

Al analizar el nivel de instrucción es de destacar cómo el 40% de la población son analfabetos o sin estudios. (Tabla 6). La atención al toxicómano está asumida como una actividad a demanda dentro del Centro de Salud de esta localidad, y desde la implantación del Programa de Drogodependencias, también como una actividad programada. Las consultas realizadas por tratamientos de deshabituación/estabilización entre los años 89 y 96, con un total de 63, suponen el universo de la población de nuestro estudio. Nuestra muestra, con 31 pacientes elegidos por muestreo al azar, representa a dicha población con alto grado de fiabilidad.

| <i>Demografía:</i>            |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Población de Derecho          | 13.688                   |
| Población de Hecho            | 13.594                   |
| Densidad de Población         | 87 hab./Km. <sup>2</sup> |
| Tasa de natalidad             | 10.15                    |
| Tasa de mortalidad            | 9.6                      |
| Población activa              | 8.364                    |
| % Población activa            | 60.6                     |
| Tasa de envejecimiento        | 20.16                    |
| Tasa de dependencia juvenil   | 31.7                     |
| Tasa de dependencia senil     | 33.3                     |
| Índice de dependencia general | 65                       |

Tabla 5

El reparto por sexos muestra un predominio de los varones (87,10%) sobre las mujeres (12,9%) (figura 2). La edad más frecuente del toxicómano en la primera visita se encuentra en el grupo de 25-29 años (35,48%), concentrándose el 77% de los casos entre los 20 y 39 años. No ha habido ninguno menor de 15 años y sólo 1 de 46 o más años (tabla 7). Aunque en otros estudios la

edad de inicio de atención a drogodependientes es inferior, en nuestro caso, al incluir al grupo de pacientes con problemas de alcoholismo, hace que la edad inicial sea mayor.

En el estado civil, el predominio de los solteros es amplio, con un 64,52% del total (tabla 8). Este dato guarda relación con la juventud de este colectivo.

| Nivel de instrucción     | H     | % H   | M     | % M  | T     | % T  |
|--------------------------|-------|-------|-------|------|-------|------|
| Analfabetos              | 182   | 3.3   | 519   |      | 701   | 6.2  |
| Sin estudios             | 1.783 | 32.5  | 2.007 | 34.8 | 3.790 | 33.7 |
| Estudios primarios       | 999   | 18.2  | 994   | 17.2 | 1.993 | 17.7 |
| FP1 ó Graduado escolar   | 1.499 | 27.4  | 1.290 | 22.4 | 2.789 | 24.8 |
| FP2 ó Bachiller Superior | 654   | 12.05 | 547   | 9.5  | 1.201 | 10.7 |
| Estudios Universitarios  | 358   | 6.5   | 409   | 7.1  | 767   | 6.8  |

Tabla 6

| Edad | <15 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-39 | 40-45 | 46 y más | Total |
|------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| N    | 0   | 3     | 6     | 11    | 7     | 3     | 1        | 31    |
| %    | 0   | 9.68  | 19.35 | 35.48 | 22.58 | 9.68  | 3.23     | 100   |

Tabla 7

| Estado civil | Casados | Solteros | Separados | Total |
|--------------|---------|----------|-----------|-------|
| N            | 6       | 20       | 5         | 31    |
| %            | 19.35   | 64.52    | 16.13     | 100   |

Tabla 8

| Situación laboral      | N  | %     |
|------------------------|----|-------|
| Parado                 | 5  | 16.13 |
| Trabajo ocasional      | 14 | 45.16 |
| Trabajo estable        | 10 | 32.26 |
| Actividad sin declarar | 0  | 0.00  |
| Ama de casa            | 0  | 0.00  |
| Estudiante             | 1  | 3.23  |
| Pensionista            | 1  | 3.23  |
| Total                  | 31 | 100   |

Tabla 9

| Tipo de dependencia   | N  | %     |
|-----------------------|----|-------|
| Dependencia Única:    | 9  | 29.03 |
| - A alcohol           | 8  | 88.8  |
| - A heroína fumada    | 1  | 11.12 |
| Polidependencia:      | 22 | 70.97 |
| - Heroína fumada      | 5  | 22.72 |
| - Heroína intravenosa | 15 | 68.19 |
| - Alcohol             | 2  | 9.09  |

Tabla 10

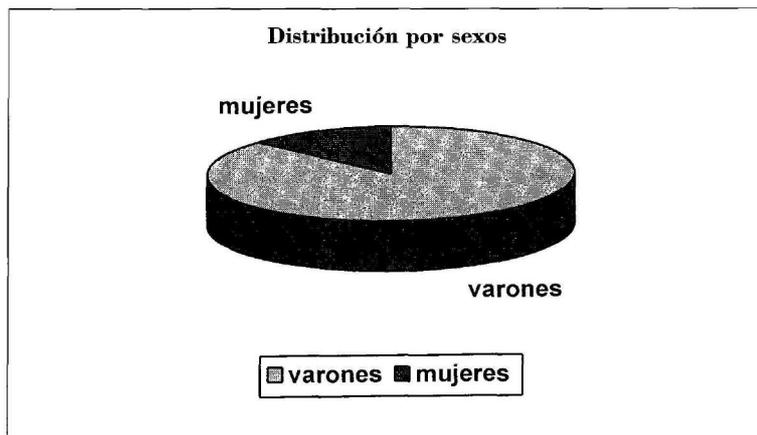


Figura 2.

Un análisis del nivel cultural que presentan los toxicómanos apunta hacia una mayoría de la categoría «estudios primarios/graduado escolar/FP 1.<sup>er</sup> grado» (51.61%), siendo el grupo de «sin estudios» de 35.48%, discretamente inferior al observado en la población general, quizás tam-

bién por la mayor frecuencia de gente joven en la que se asegura, en un porcentaje superior, el nivel primario de instrucción (figura 3).

En un 45.16% son trabajadores ocasionales, y sólo un 32.26 tienen un trabajo estable (tabla 9). Todo ello contribuye a que el

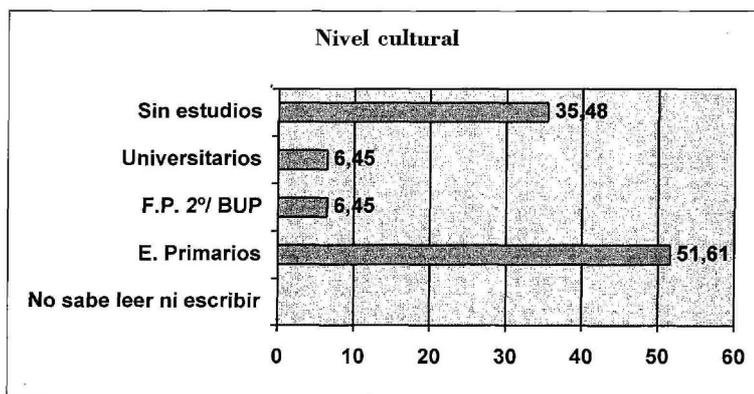


Figura 3.

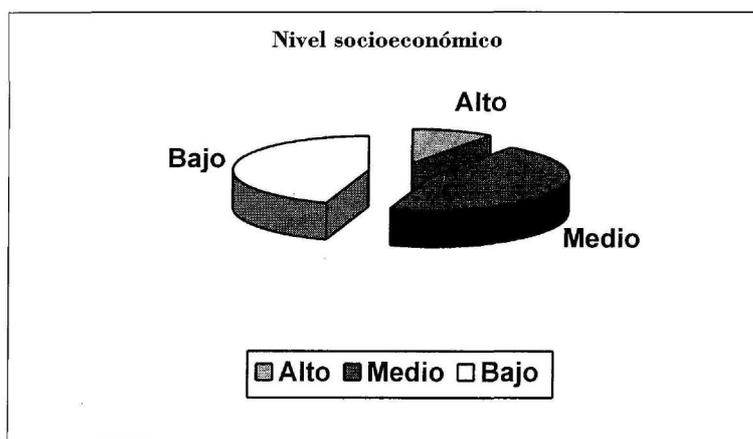


Figura 4.

nivel socioeconómico medio/bajo defina el perfil de nuestros toxicómanos (figura 4). Al abordar el tipo de dependencia, motivación prevalente y las circunstancias de inicio en la drogadicción nos encontramos con que mayoritariamente son politoxicomanías (tabla 10) (70.97%) en las que entran en juego la heroína (fumada y/o inyectada) y el alcohol. Con alta frecuencia se inician en las drogas por motivos experimentales («por probar») (35.48%) o como respuesta sintomática a estados anímicos o de ansiedad (22.5%) (tabla 11). Y está claro que el inicio masivamente se realiza en el seno de un grupo de amigos (51.61%), donde se asegura

la continuidad de la adicción (tabla 12). Cuando se le pregunta sobre el grado de satisfacción general que experimenta en relación a su trabajo, estudios o actividades que realiza diariamente, el 70.97% dice encontrarse insatisfecho/a, hecho que contribuye a perpetuar su adicción.

Muy posiblemente, la concurrencia de otros problemas específicos acentúa el complejo estado anímico que estos sujetos sufren, sabiendo que en el 38.71% se suman problemas familiares, el 25.81% problemas de salud y el 19.35% problemas de conducta (violenta y/o antisocial); curiosamente sólo un 3.23% de los casos manifiestan proble-

| Medicación prevalente            | N  | %     |
|----------------------------------|----|-------|
| Pasividad o huida                | 6  | 19.35 |
| Adaptación e Integración entorno | 6  | 19.35 |
| Respuesta a sintomatología       | 7  | 22.58 |
| Experimental                     | 11 | 35.48 |
| Libertad y Transgresión          | 1  | 3.23  |
| Total                            | 31 | 100   |

Tabla 11

| Circunstancias de inicio | N  | %     |
|--------------------------|----|-------|
| En un grupo de amigos    | 16 | 51.61 |
| Con un amigo             | 4  | 12.90 |
| Con un familiar          | 5  | 16.13 |
| En el Servicio Militar   | 3  | 6.45  |
| En una fiesta            | 4  | 12.90 |
| Otras                    | 0  | 0     |
| Total                    | 31 | 100   |

Tabla 12

mas financieros, a pesar del alto grado de inestabilidad laboral y bajo nivel de ingresos (tabla 13).

La familia constituye un elemento básico en el análisis de factores condicionantes y favorecedores, el inicio y la permanencia en la drogadicción. Aunque la estructura de la composición familiar en la mitad de los casos es la típica (padre, madre y hermanos), llama la atención cómo en una importante proporción carecen de padre desde una edad temprana (29.03%) (tabla 14).

En el 45.16% de los casos el toxicómano es el benjamín de la familia, mientras que sólo en el 19.35% es el primogénito, y el gradiente porcentual es inverso al lugar que ocupa entre los hermanos (figura 5).

Ninguno de los casos se ha dado en el seno de una familia con un buen nivel de diálogo; al menos se presentan en familias que, sin problemas relevantes, tienen dificultades en la comunicación (41.9%). El alcoholismo en el progenitor (22.6%) o los problemas económicos o de salud en el seno familiar

| Problemas específicos               | N  | %     |
|-------------------------------------|----|-------|
| Problemas financieros               | 1  | 3.23  |
| Conducta violenta y/o anti-social   | 6  | 19.35 |
| Problemas familiares                | 12 | 38.71 |
| Problemas policiales y/o judiciales | 2  | 6.45  |
| Accidentes                          |    | 0.00  |
| Problemas de salud                  |    | 25.81 |
| Problemas laborales                 |    | 6.45  |
| Total                               | 31 | 100   |

Tabla 13

| Tipo de familia                    | N  | %     |
|------------------------------------|----|-------|
| Padre, madre, hermano              | 16 | 51.61 |
| Hijo único                         | 0  | 0.00  |
| Sin padre a edad temprana          | 9  | 29.03 |
| Sin madre a edad temprana          | 0  | 0.00  |
| Casado con hijos                   | 5  | 16.13 |
| Casado sin hijos                   | 0  | 0.00  |
| Sin padre ni madre a edad temprana | 1  | 3.2   |
| Total                              | 31 | 100   |

Tabla 14

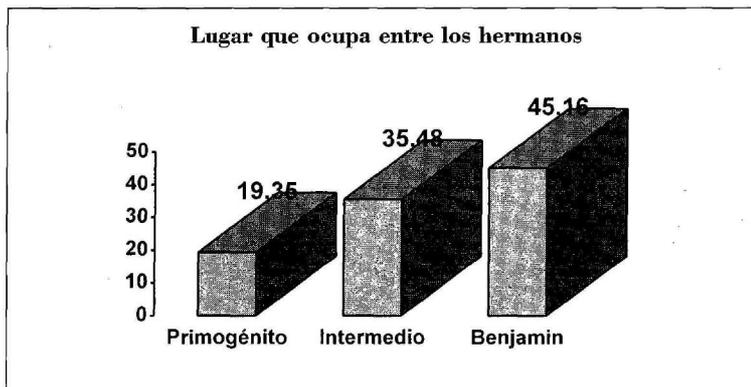


Figura 5.

(22.6%) son también bastante frecuentes, y en el 13% de las ocasiones se da una enfermedad mental entre los progenitores (tabla 15).

En la mayoría de los casos se han podido encontrar problemas personales ligados con la comunicación, rendimiento escolar, incluso problemas mentales. Así, llama la atención el alto grado de fracaso escolar en este colectivo (61.29%), y hasta en un 30% se ha producido un deterioro mental posterior a la drogodependencia (tabla 16).

Debido a la adicción a drogas, la presencia de enfermedades y complicaciones es más frecuente que en la población general. En nuestra muestra hemos encontrado un 35.5% de hepatopatías, y en un 10% de los

casos se asocia a la infección por VIH/SIDA. La mortalidad es alta, habiéndose constatado la muerte en el 6.5% de la muestra, siendo la mitad muertes por sobredosis (tabla 17). Hemos observado que algunos casos de sobredosis se han producido tras la finalización/abandono del tratamiento con Naltrexona, siendo esta asociación superior a lo observado en otros programas de deshabituación.

Finalmente, se ha investigado cuál es la persona del entorno del toxicómano que normalmente se implica en el tratamiento. Con gran diferencia, sólo la madre es (en un 43.16% de las ocasiones) la más implicada, mientras que la implicación conjunta, padre y madre, es la más rara (tabla 18).

| Características familiares                                  | N  | %    |
|---|----|------|
| Familia funcional con buen nivel de diálogo                 | 0  | 0.00 |
| Problemas familiares (económicos, de relación o enfermedad) | 7  | 22.6 |
| Enfermedad mental en progenitores                           | 4  | 12.9 |
| Progenitor con problemas de alcoholismo                     | 7  | 22.6 |
| Sin problemas relevantes salvo dificultades en comunicación | 13 | 41.9 |
| Total   | 31 | 100  |

Tabla 15

| Características personales                       | N  | %     |
|--|----|-------|
| Fracaso escolar                                  | 19 | 61.29 |
| Trastorno mental posterior a la drogodependencia | 9  | 29.03 |
| Trastorno mental anterior a la drogodependencia  | 7  | 22.58 |
| Niño «sensible, difícil, especial, raro»         | 7  | 22.58 |

Tabla 16

| Enfermedades y complicaciones                 | N  | %     |
|---|----|-------|
| Hepatopatías                                  | 11 | 35.48 |
| VIH/SIDA                                      | 3  | 9.67  |
| Mantoux positivo                              | 0  | 0.00  |
| Otras relacionadas con el consumo de droga    | 6  | 19.35 |
| Otras no relacionadas con el consumo de droga | 5  | 16.12 |
| Estado general bueno                          | 13 | 41.93 |
| Muerte por sobredosis                         | 1  | 3.22  |
| Muerte por otra razón                         | 1  | 3.22  |

Tabla 17

| Persona implicada en el tratamiento          | N  | %     |
|--|----|-------|
| Padre y Madre                                | 1  | 3.23  |
| Sólo Padre                                   | 3  | 9.68  |
| Sólo Madre                                   | 14 | 45.16 |
| Hermano/a                                    | 3  | 9.68  |
| Pareja                                       | 6  | 19.35 |
| Sin posibilidad de implicar a persona alguna | 4  | 12.90 |
| Total  | 31 | 100   |

Tabla 18

#### Discusión

El problema de la drogadicción en el medio rural presenta características diferentes a las manifestadas en el medio urbano, tal y como se ha observado en numerosas publicaciones (3, 4, 5, 6).

Un análisis pormenorizado es necesario previo a la implantación de los programas de atención al drogodependiente desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud (3, 5).

Tal y como hemos constatado en nuestro estudio, la adicción a drogas es un problema sobre todo ligado al sexo masculino, más aún en el medio rural que en el urbano (3). El acercamiento a los Servicios Sanitarios para el tratamiento (deshabitación y rehabilitación) del drogodependiente se realiza en edades más tempranas para heroínomanos que para alcohólicos; y el tiempo de adicción es también mayor en estos últimos.

Hemos observado que no es un problema ligado al analfabetismo, aunque el nivel educativo se sitúa en el primario. Sin embargo, es generalizado el fracaso escolar. Este dato es más acentuado en el medio rural y no tan claro para el alcoholismo. Además, este hecho va ligado también a una situación laboral inestable y/u ocasional (3, 6).

El inicio en la drogadicción, con alta frecuencia, se realiza por motivos experimentales, curiosidad y deseo de probar, dentro del seno de un grupo de amigos. Ello hace

necesario un abordaje preventivo educativo. A tal fin, podrían llevarse a cabo grupos de trabajo en el medio escolar, y particularmente en grupos de alumnos con fracaso escolar.

Se presentan dos perfiles de toxicómanos bien diferenciados (tanto en edad, nivel cultural, motivación, duración de la adicción...): el politoxicómano que se inicia con varias drogas, se centra en la heroína, y suele terminar, una vez superada esta adicción, con problemas de alcoholismo; y el alcohólico «puro» que perpetúa su adicción durante mucho más tiempo, y pide ayuda más tarde.

La familia es el pilar básico para el abordaje de este problema. Hemos encontrado resultados llamativos, favorecedores de esta situación. La figura del padre, progenitor, ausente desde niño o con problemas de alcoholismo y/o enfermedad mental, es un elemento constatado. La figura de la madre es básica para la rehabilitación del drogadicto y en la mayoría de las ocasiones, la única. Es más, es necesario trabajar intensamente con esta figura para lograr la normalización del adicto.

La familia siempre presenta problemas de comunicación. A ellos se suman otros (sanitarios, económicos, judiciales...) que acentúan este hecho y hacen más difícil el trabajo de estabilización del paciente.

Finalmente, entendemos que el objetivo a alcanzar en el abordaje de las drogodependencias es llegar a la estabilización del pa-

ciente y la familia, para normalizar su vida de relación. Hemos comprobado que esta estabilización no siempre se consigue en un programa libre de drogas.

Los pilares preventivos serían dos: uno, la escuela como medio socializador en el que forman los grupos de referencia de estos jóvenes, y otro, la familia y sus relaciones,

como elemento básico donde se hace la propia persona. ◀

---

*M.<sup>a</sup> Ángeles Merino Álvarez, Trabajador Social de la Z.B.S. de Torredonjimeno.*

---



---

#### Bibliografía

---

1. MERINO ÁLVAREZ, M.<sup>a</sup> Ángeles: *Revisión de un Programa de Drogodependencias en Atención Primaria de Salud. Trabajo de Campo*. Abril 1997.
2. MERINO ÁLVAREZ, M.<sup>a</sup> Ángeles: *Diagnóstico Social Zona Básica de Salud de Torredonjimeno (Jaén)*. Mayo 1989. Actualización, febrero 1997.
3. JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LA DROGA: *Los Andaluces ante las drogas. IV*, 1995.
4. JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD Y ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LA DROGA. CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS: *Carpeta de documentación número 1*, 1994.
5. JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD Y ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LA DROGA. CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS: *Carpeta de documentación número 2*, 1995.
5. JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD Y ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LA DROGA. CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS: *Carpeta de documentación número 2*, 1995.
6. JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD Y ASUNTOS SOCIALES. COMISIONADO PARA LA DROGA. CENTRO ANDALUZ DE DOCUMENTACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS. *Carpeta número 4*, 1995.