

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A LOS JOVENES EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE RENTERÍA:

CONSIDERACIONES ESTADÍSTICAS DEL AÑO 1984

M.^a PAZ FRAILE FANJUL

1. INTRODUCCION

El C. S. M. de Rentería fue creado en 1982 por iniciativa de la Excm. Diputación Foral de Guipúzcoa, con objeto de cubrir las necesarias atenciones que en el terreno de la salud mental pudieran demandar los núcleos de Rentería, Lezo, Oyarzun y los tres Pasajes; es decir, poco más de 80.000 personas correspondientes casi al 12 % del total provincial. El resto de Guipúzcoa está cubierto por otros ocho centros, de similares características al nuestro, emplazados en Irún, San Sebastián (Este y Oeste), Tolosa, Beasain, Zumárraga, Mondragón y Eibar.

Para conseguir sus propósitos, este Centro de Salud Mental orienta la atención hacia las personas residentes en su área, bien con medidas preventivas o bien con actuaciones terapéuticas, en cualquier caso conservando siempre la mayor integración posible en el entorno familiar y social al que está vinculado el paciente; para lo cual el centro utiliza además de sus propios medios, entre los que se encuentra un taller de Terapia Ocupacional destinado a actividades artístico-artesanales, cuantos recursos pone a su alcance la propia comunidad. La asistencia se efectúa de lunes a viernes, con un promedio de 25 pacientes diarios, atendiendo el amplio espectro de enfermedades psíquicas incluidos los casos de alcoholismo y toxicomanías.

El equipo terapéutico actualmente está formado por José Luis Arrese (Psiquiatra), Itziar Arozena (Psicólogo), Maite Etura (Asistente Social), Itziar Erauskin (A.T.S. Psiquiátrica); el Terapeuta Ocupacional de taller es Mikel Benito, y la Auxiliar Administrativa Amaia Rodríguez. Sumándose al grupo desde julio del 84, tres profesionales con contrato en prácticas: Edurne Zapirain (Médico), M.^a Paz Fraile (Psicólogo) y Arantza Arrizabalaga (A.T.S.).

2. LA POBLACION JOVEN EN TRATAMIENTO Y SUS PATOLOGIAS

Antes de iniciar las apreciaciones estadísticas observadas a partir del movimiento asistencial de la población juvenil durante el año 1984, hemos de hacer algunas advertencias del todo necesarias para la correcta interpretación de estos datos:

1) Consideramos como población joven a toda aquella comprendida entre 15 y 30 años.

2) El total de estos casos juveniles resulta ser de 208 (aproximadamente un 30 % del total general), una cifra que sólo refleja parcialmente a los afectados por diversas problemáticas de índole mental en nuestra comarca, y que tan sólo representa con cierta precisión el número de pacientes que han demostrado tener interés en someterse a tratamiento.

3) Por lo tanto cualquier intento de extrapolar aisladamente los resultados estadísticos de nuestra muestra más allá de su propia demarcación real, es decir: la experiencia terapéutica en tratamientos de trastornos mentales y patologías afines dentro del C.S.M. de Rentería, pudiera degenerar en serias distorsiones de la realidad.

4) Las variables utilizadas en el análisis de esta población joven, las hemos simplificado en las siguientes:

1. Edad / Sexo.
2. Origen.
3. Residencia / Grupo de convivencia.
4. Nivel de estudios.
5. Situación laboral.
6. Diagnóstico.

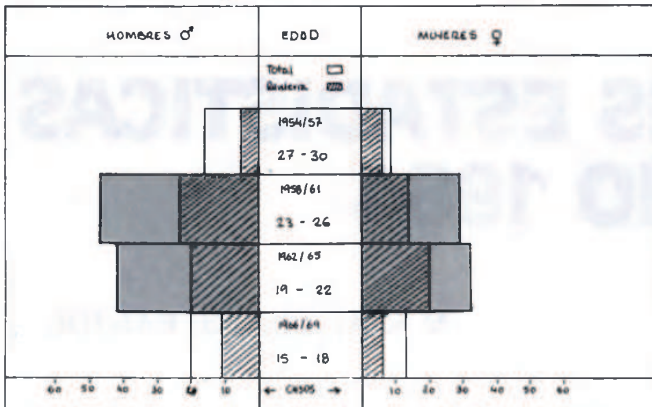
Con el fin de evitar una desconcertante variedad de diagnósticos, los hemos agrupado en siete apartados con entidad propia: 1) Psicosis; 2) Alteraciones neuróticas (neurosis obsesivas, fóbicas, hipocondriasis, etc.); 3) Trastornos de la personalidad (psicopatías, personalidad paranoide); 4) Alcoholismo; 5) Toxicomanías (dependencia a opiáceos); 6) Reacciones de adaptación (depresión, trastornos del comportamiento y de las emociones, etc.); 7) Alteraciones emocionales específicas de la adolescencia. Un último grupo más de otros trastornos que por ser poco habituales no ofrecen aislados un interés estadístico (anorexia mental, reacciones frente al stress, desviaciones sexuales, etc.).

5) Finalmente, atendiendo a la circunstancia de ser el municipio de Rentería aquél que mayor volumen de población aporta a nuestra área de cobertura, lo hemos elegido para darle en nuestro análisis un tratamiento específico que discurre paralelo al comarcal (ver cuadro/Gráfico 3).

CUADRO / GRÁFICO 1:
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES DE TODO EL AREA ASISTENCIAL	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES SOLO DE RENTERIA*
Nacidos entre años 1954/57 Edad gú. 27-30	Hombre	16 (64%)	5 (41,41% - 31,25%)
	Mujer	9 (36%)	6 (66,66% - 66,67%)
Nacidos entre años 1958/61 Edad gú. 23-26	Hombre	47 (61,84%)	23 (47,16% - 48,94%)
	Mujer	29 (38,16%)	14 (31,94% - 48,27%)
Nacidos entre años 1962/65 Edad gú. 19-22	Hombre	42 (56,76%)	20 (50% - 47,62%)
	Mujer	32 (43,24%)	20 (50% - 62,5%)
Nacidos entre años 1966/69 Edad gú. 15-18	Hombre	20 (60,6%)	11 (64,7% - 55,1%)
	Mujer	13 (39,4%)	6 (35,2% - 46,15%)
Totales	Hombre	125 (60,1%)	59 (56,9% - 47,1%)
	Mujer	83 (39,9%)	46 (43,8% - 55,4%)

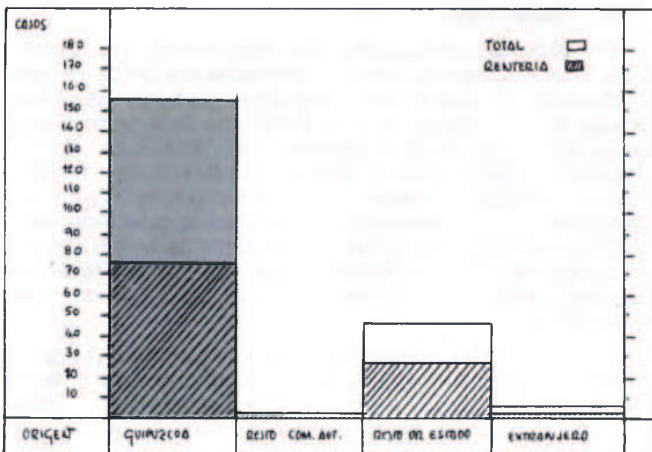
* En cada caso, el primer porcentaje se relaciona con el total renteriano, y el segundo con el parcial de cada grupo de edad.



CUADRO / GRÁFICO 2:
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR LUGAR DE ORIGEN.

ORIGEN	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES DE TODO EL AREA ASISTENCIAL	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES SOLO DE RENTERIA*
GUIPUZCOA	156 (75%)	76 (72,38% - 48,72%)
RESTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA	1 (0,48%)	1 (0,95% - 100%)
RESTO DEL ESTADO	46 (22,12%)	27 (25,72% - 58,76%)
EXTRANJERO	5 (2,40%)	1 (0,95% - 20%)
Totales	208 (100%)	105 (100% - 50,48%)

* En cada caso, el primer porcentaje se relaciona con el total renteriano, y el segundo con el parcial de cada origen territorial.



- Los pacientes masculinos superan a los femeninos, tanto en su conjunto global como en cada uno de los periodos cronológicos. La tendencia, aunque no es muy clara, parece que parte de un relativo acercamiento en las más tempranas edades, para ir progresivamente distanciándose conforme pasa el tiempo en favor de un mayor número de varones.

- El grupo de edad más característico, bien sea en hombres como en mujeres, es el comprendido entre los 19 y 26 años, coincidiendo con los más específicamente juveniles.

- El caso de Rentería se asemeja mucho al general en cuanto al grupo de edades, no así en el sexo de los pacientes, donde la diferencia global no es tan grande, e incluso las mujeres en determinados espacios cronológicos se igualan (19 - 22 años) o superan (27 - 30 años) a los hombres.

- Tal y como cabía esperar, el origen guipuzcoano de nuestros pacientes es rotundamente mayoritario (75 %); aunque por haberse tratado nuestra comarca de un importante foco de inmigración, las personas procedentes del resto del Estado tienen una importante representación (22,12 %), máxime si consideramos que muchos de sus descendientes se incluyen en el grupo primero.

- La escasísima representación de pacientes nacidos en el resto de la Comunidad Autónoma, no encuentra para nosotros una razón sociológica clara, pese a haber existido, eso sí, un menor trasvase poblacional dentro de la misma.

- El caso de Rentería sigue muy de cerca las líneas marcadas para el resto de la comarca, si bien su número de pacientes guipuzcoanos desciende algo en favor de los procedentes del resto del Estado.

- De los cuatro municipios en donde residen nuestros pacientes, es Rentería el que ocupa el primer lugar con una participación muy en consecuencia (50,48 %), aunque algo inferior, con una relación a su volumen poblacional (57,84 %). Le sigue Pasajes con un número de pacientes que excede las previsiones (+ 33,69 %) para el número de habitantes que posee. Los casos de Oyarzun y Lezo, apenas son significativos, y su número está muy por debajo al de sus potenciales pacientes.

- La inmensa mayoría de los pacientes, por lo que respecta al nivel de sus estudios alcanzados, se mueve entre la enseñanza primaria y el BUP o FP (93,76 %), siendo el más numeroso entre ellos el correspondiente a la EGB o bachillerato elemental (39,90 %).

- El grado de analfabetismo es casi inexistente, y los casos de personas con alguna preparación universitaria es también reducida.

- El caso de Rentería, nuevamente sigue de cerca la tendencia general de la comarca, si bien parece existir entre sus pacientes una mayor preparación por cuanto el porcentaje de estudios primarios desciende para dar aumento a los de experiencia universitaria.

- En este apartado, los resultados reflejan la situación laboral precaria que sufre nuestra sociedad, y quizá con características dramáticas entre la población juvenil atendida en nuestro C.S.M. A nadie ha de extrañar que gran parte de estos pacientes estén en el paro (44,23 %), y que éste sirva además de fenómeno coadyuvante en el desarrollo de multitud de trastornos psíquicos o desviaciones de conducta, incluidos dentro del epígrafe «otros» (delincuencia, prostitución, etc.).

- Un segundo grupo es el de los ocupados, compuesto por estudiantes en primer lugar, seguidos de trabajadores eventuales y hijos, estos últimos en sólo un 11,54 %, más las personas que ejercen actividades domésticas.

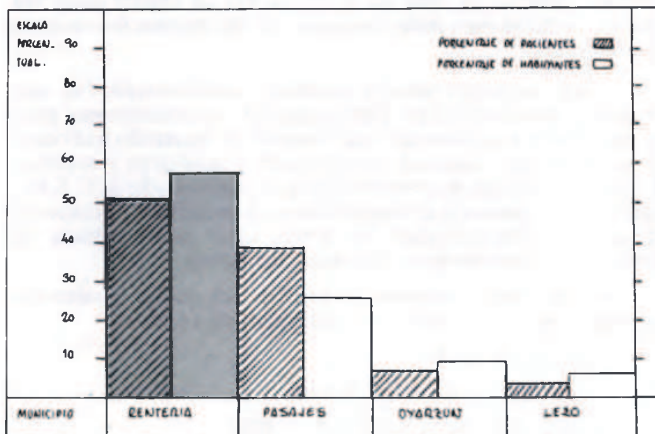
- Para Rentería el fenómeno ocupacional de nuestros pacientes sigue unos parámetros muy próximos a la tendencia general de la comarca. Quizá cabe señalar que ascienden ligeramente la proporción de activos fijos, estudiantes y «otros», en detrimento de las ocupaciones eventuales, rasgo común a cualquier centro populoso.

- Entre todos los diagnósticos que hemos agrupado según advertimos antes, destaca muy por encima del resto el número de toxicómanos, por lo que el fenómeno de la drogodependencia se apunta como uno de los más importantes entre la juventud tratada en nuestro centro. Su notoria significación nos ha empujado a tratarlo más detalladamente en un apartado posterior (ver apart. 3).

CUADRO / GRAFICO 3:
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR LUGAR DE RESIDENCIA.

MUNICIPIOS DE RESIDENCIA		CASOS ATENDIDOS	HABITANTES / CENSO '81	DIF. PORC. **
RENTERIA		105 (50'48%)	46.496 (57'84%)	- 12'72 %
PASAJES	AUCHO	30 (14'42%)	20.756 (25'82%)	+ 33'69 %
	S. JUAN	8 (3'85%)		
	S. PEDRO	43 (20'68%)		
OYARZUAT		44 (6'73%)	7.732 (9'62%)	- 30,04%
LEZO		8 (3'85%)	5.405 (6'72%)	- 42'70 %
Totales		208 (100%)	80.389 (100%)	-

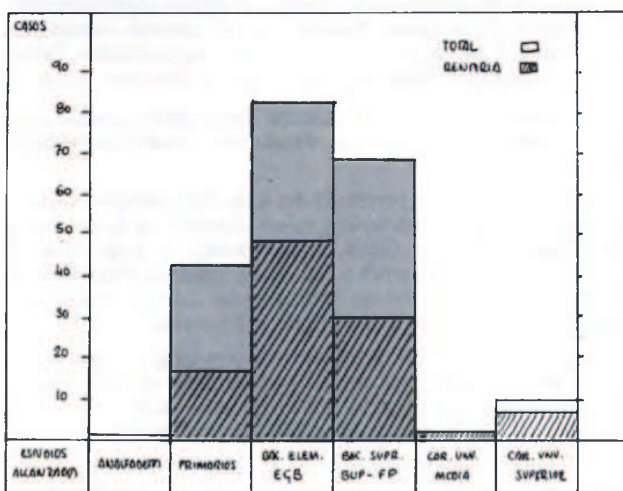
* Diferencia porcentual entre los casos atendidos y la esperanza matemática según volumen de población.



CUADRO / GRAFICO 4:
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS.

ESTUDIOS ALCANZADOS	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES DE TODO EL AREA ASISTENCIAL	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES SOLO DE RENTERIA *
ANALFABETOS	1 (0'48%)	-
PRIMARIOS (2º ESCOLAR)	43 (20'68%)	17 (16'19% - 39'53%)
BACHILLER ELEMENTAL EC8 (1º ESCOLAR)	83 (39'90%)	49 (46'67% - 59'04%)
BACHILLER SUPERIOR SUP - FORM. PROF.	69 (33'18%)	30 (28'57% - 45'48%)
CARR. UNIV. MEDIA	2 (0'96%)	2 (1'90% - 100%)
CARR. UNIV. SUPERIOR	10 (4'80%)	7 (6'67% - 70%)
Totales	208 (100%)	105 (100% - 50'48%)

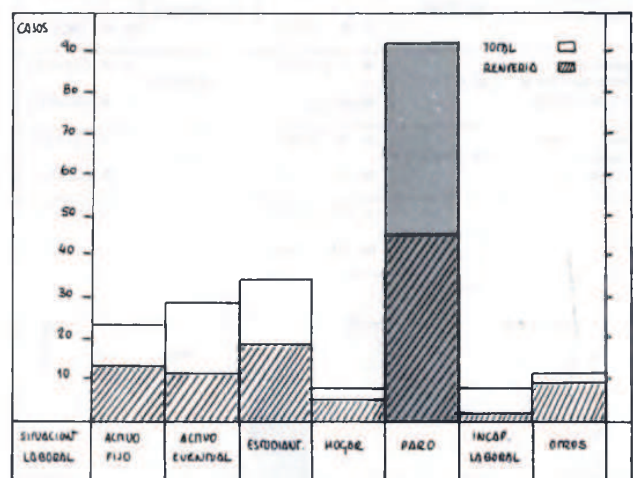
* En cada caso, el primer porcentaje se relaciona con el total renteriano, y el segundo con el parcial de cada grupo de estudios.



CUADRO / GRAFICO 5:
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SU SITUACION LABORAL.

SITUACION LABORAL	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES DE TODO EL AREA ASISTENCIAL	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES SOLO DE RENTERIA *
ACTIVO FIJO	24 (11'54%)	13 (12'36% - 54'17%)
ACTIVO EVENTUAL	29 (13'94%)	11 (10'48% - 37'43%)
ESTUDIANTE	35 (16'83%)	18 (17'14% - 51'43%)
HOGAR	8 (3'85%)	5 (4'76% - 62'5%)
PARO	92 (44'23%)	46 (43'81% - 50%)
INCAPACIDAD LABORAL	8 (3'85%)	3 (2'86% - 37'5%)
OTROS (OLVO CONFERIA)	12 (5'76%)	9 (8'57% - 75%)
Totales	208 (100%)	105 (100% - 50'48%)

* En cada caso el primer porcentaje se relaciona con el total renteriano, y el segundo con el parcial de cada situación laboral.



- Un segundo grupo es el de los afectados por psicosis (19,24%), más acentuada entre los varones que entre las féminas, aunque con diferencias de valor muy similares al conjunto de la participación por separado que tienen ambos sexos. Esta enfermedad, pese a estar menos arraigada que la toxicomanía en la juventud, no por ello sus consecuencias son menos graves, pues su tratamiento es muy prolongado, y caso de no seguirlo, el enfermo se sumerge en un deterioro progresivo de la personalidad, hasta tal punto funesto, que le impedirá realizar cualquier actividad personal o social. Su número de momento comienza a preocupar, y su progresión aquí parece seguir una pauta ascendente similar al resto de la provincia.

- Ninguno de los restantes diagnósticos sobrepasa un 10% de afección, por lo que están repartidos proporcionalmente y resultan ser equilibrados en número en la distribución por sexos, aunque resultan algo más frecuentes las reacciones de adaptación—fundamentalmente depresiones—y alteraciones emocionales específicas de la adolescencia entre la población femenina. En ningún caso estos diagnósticos ofrecen suma gravedad.

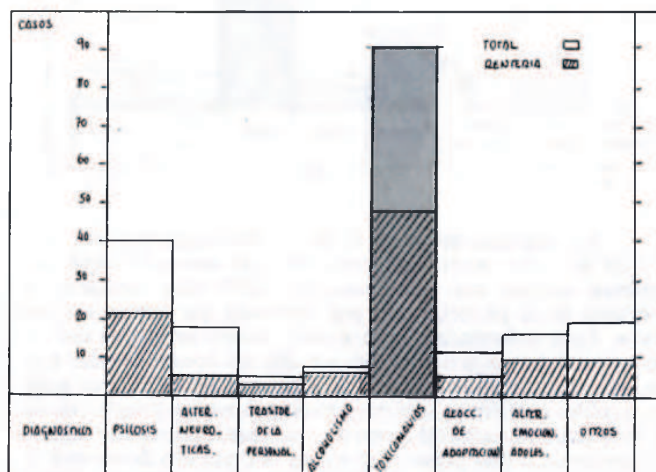
- El alcoholismo ocupa un bajo porcentaje (3,85%) de las patologías tratadas, y ello interpretamos se debe a las siguientes razones:

- 1) La existencia de otros centros asistenciales y asociaciones protectoras que atienden casos específicamente de alcoholismo y a los que se desvía buena parte de esta problemática.
- 2) El proceso de adicción al alcohol y su manifestación patológica es en general lo suficientemente lenta, como para que aunque se geste ya desde la juventud, no se manifieste de forma problemática hasta la madurez. Prueba de ello es que nuestros pacientes alcohólicos son más abundantes a partir de los 30 años.
- 3) Para muchos jóvenes, los opiáceos—en especial la heroína—han supuesto una alternativa al alcohol, que en mucho menor tiempo les conduce a situaciones de adicción.

CUADRO / GRAFICO 6:
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO Y SEXO.

DIAGNOSTICOS	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES DE TODO EL AREA ASISTENCIAL	CASOS ATENDIDOS PROCEDENTES SOLO DE RENTERIA
PSICOSIS	40 (19'24%) H: 26 (65%) M: 14 (35%)	21 (20%) H: 12 (57'15%) M: 9 (42'85%)
ALTERACIONES NEUROLOGICAS	18 (8'65%) H: 10 (55'6%) M: 8 (44'4%)	5 (4'76%) H: 3 (60%) M: 2 (40%)
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	5 (2'40%) H: 5 (100%) M: -	3 (2'85%) H: 3 (100%) M: -
ALCOHOLISMO	8 (3'85%) H: 4 (50%) M: 4 (50%)	6 (5'71%) H: 2 (33'3%) M: 4 (66'7%)
TOXICOMANIAS	90 (43'26%) H: 63 (70%) M: 27 (30%)	47 (44'76%) H: 33 (70'21%) M: 14 (29'79%)
REACCIONES DE ADAPTACION	12 (5'76%) H: 4 (33'3%) M: 8 (66'7%)	5 (4'76%) H: 1 (20%) M: 4 (80%)
ALTERACIONES EMOCIONALES PROPIAS DE LA ADOLESCENCIA	16 (7'70%) H: 6 (37'5%) M: 10 (62'5%)	9 (8'58%) H: 5 (55'55%) M: 4 (44'45%)
OTROS: ANSIEDAD, AUSENCIA, STRESS, E.E.	19 (9'14%) H: 7 (36'84%) M: 12 (63'16%)	9 (8'58%) H: 3 (33'3%) M: 6 (66'7%)
Totales	208 (100%) H: 125 (60'10%) M: 83 (39'9%)	105 (100%) H: 61 (58'1%) M: 44 (41'9%)

(*) H: hombre, M: mujer.



3. LA TOXICOMANIA: UN PROBLEMA ARRAIGADO EN LA JUVENTUD

Hasta 1974 el País Vasco soportó el lastre de un excesivo consumo de alcohol, además del consumo generalizado de otras drogas como tabaco, psicofármacos; a partir de esa fecha se introduce en nuestra sociedad el consumo de las llamadas drogas ilegales. La gravedad de la situación viene dada por varios factores:

- Las drogas generan en el individuo una problemática de salud, física y psicológica, aunque los efectos de los diferentes tipos no sean los mismos.
- Producen en general dependencia o adicción, lo que significa que cuando la persona se habitúa a ellas tiene la necesidad perentoria de consumirlas y su pensamiento y actuación van encaminados a la búsqueda y adquisición de la droga.
- El uso de drogas, a veces necesario (en caso de prescripción médica) o tolerable, apoyado en factores concurrentes como son la contestación, la contracultura, la pérdida de valores, la crisis social, el paro, han podido derivar el problema hacia el consumismo y el abuso.

Cabe señalar la existencia de factores de personalidad y ambientales que agravan los problemas de determinadas personas para las que la droga aparece como la única forma posible de estar a gusto consigo mismo.

El inicio al consumo generalmente se produce en la pubertad, edad conflictiva por excelencia. Se puede hablar de dos etapas en el consumo:

- Drogas estimulantes y desinhibidoras (alcohol, tabaco, porros, anfet., coca, L.S.D.).
- Drogas depresoras (opiáceos, como heroína, etc.). La dependencia a heroína responde al 95 % de los casos de jóvenes que solicitan desintoxicación en nuestro centro. Esta droga suele crear rápidamente dependencia física y psíquica; es decir, una vez que la persona se «engancha» sufrirá el llamado síndrome de abstinencia («mono»), una serie de síntomas físicos que desaparecerán tomando la cantidad adecuada de heroína. También produce tolerancia, esto es, la necesidad de ingerir cada vez mayor cantidad para poder experimentar las mismas sensaciones placenteras.

A esta patología médica expuesta anteriormente, hay que añadir el deterioro del equilibrio psíquico del toxicómano, pues la heroína será su razón de vida, frenando el desarrollo individual como persona y alterando sus relaciones familiares y sociales. Este es uno de los motivos por los que puede acudir al C.S.M., además de problemas de índole laboral, económico (no disponer de dinero para conseguir la dosis), estar con síndrome de abstinencia, buscando un fármaco sustitutivo.

Las vías más comunes a través de las cuales acuden los jóvenes con problemas de drogodependencia son:

- Iniciativa propia.
- Iniciativa o presión familiar.
- Contacto con el médico de cabecera.
- Conocidos o amigos que han realizado o están en tratamiento en el centro.

El proceso que se sigue tras recibir la demanda consta de los siguientes pasos:

- Acogida, es decir, recogida de datos e inclusión en lista de espera.
- Entrevista y elaboración de la historia clínica.
- Contrato con el paciente para llevar a cabo una desintoxicación, bien sea ambulatoria (en el propio centro), domiciliaria (los terapeutas se desplazan al domicilio del paciente) u hospitalaria (en los casos en que existan indicios de patología orgánica o de que ya esté confirmada).

Una vez finalizada la cura se realiza en general psicoterapia individual, ya sea orientada a problemas psicopatológicos previos a la dependencia o, si estos no parecían existir, a modificar las consecuencias que la droga ha podido producir en el paciente. En muchas ocasiones se hace necesario el tratamiento de la familia del toxicómano, según el grado de desintegración y los problemas de comunicación derivados. El taller ocupacional facilita y prolonga el tiempo de contacto con el servicio asistencial, al tiempo que favorece alternativas de actividad al drogodependiente. Otra alternativa especialmente indicada en algunos casos, hacia la que se derivan cuando la desintoxicación se ha realizado, son las Comunidades Terapéuticas (Aize-Gain, El Patriarca, Proyecto Hombre, etc.).

La inserción social del toxicómano hasta ahora ha sido casi nula por la ausencia de recursos, siendo un aspecto tan esencial como el tratamiento.

Valiéndonos de la experiencia del año 1984, hemos confeccionado unos cuadros estadísticos sobre la población toxicómana de Rentería y Pasajes, focos ambos donde se concentra el 94,5 % de los casos atendidos por este problema. Como en el caso general anterior, hemos utilizado las mismas variables, sustituyendo la residencia por el grupo de convivencia.

- La relación de afectados por toxicomanias en atención a los dos sexos, es claramente superior en los casos de los hombres (72,09 %) que en mujeres (27,91 %), tanto a nivel general de cada uno de los municipios como en los distintos grupos de edad.
- Es precisamente el grupo de edad entre 19 y 26 años el más afectado, mientras que durante los 15 a 18 se detecta una

menor actividad de casos. Esta última circunstancia no nos ha de inducir al engaño de pensar que la toxicomanía no afecta a estas edades, sino que es en ellas cuando se inicia el proceso, pero todavía no ven clara su necesidad de tratamiento. Quizá, en algunos casos, la tutela familiar pueda servir de contención. Por otra parte, los casos superiores a 27 años—excedan o no de los 30—, tienden a reducirse, sin embargo ello no siempre implica curación, sino una pérdida de fe—incluso de voluntad—por proseguir sometiéndose a tratamiento; se trata de los «yunkis veteranos» de una generación temprana en la heroínomanía.

CUADRO 7:
TOXICOMANOS DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO	REENTERIA		PASAJES	
1954/57	Hombre	3 (100%)	3 (6'38%)	3 (75%)	4 (10'25%)
	Mujer	—		1 (25%)	
27-30	Hombre	16 (80%)	20 (47'56%)	10 (71'43%)	14 (35'90%)
	Mujer	4 (20%)		4 (28'57%)	
1958/61	Hombre	12 (57'14%)	21 (44'68%)	13 (68'42%)	19 (48'72%)
	Mujer	9 (42'86%)		6 (31'58%)	
19-22	Hombre	2 (66'7%)	3 (6'38%)	2 (100%)	2 (5'13%)
	Mujer	1 (33'3%)		—	
1966/69	Hombre	34 (72'34%)	47 (100%)	28	39 (100%)
	Mujer	13 (27'66%)		11	

CUADRO 8:
TOXICOMANOS DISTRIBUIDOS POR LUGAR DE ORIGEN.

ORIGEN	REENTERIA	PASAJES
GUIPUZCOA	33 (70'21%)	30 (76'92%)
RESTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA	1 (2'13%)	—
RESTO DEL ESTADO	13 (27'66%)	8 (20'52%)
EXTRANJERO	—	1 (2'56%)
totales	47 (100%)	39 (100%)

— La procedencia territorial de los afectados por las drogas y que siguen tratamiento en nuestro centro, es muy parecida a la general de todos los pacientes, es decir: guipuzcoanos primero (73,25 %) y personas procedentes del resto del Estado después (26,75 %); sirviendo para este caso cuantas consideraciones generales hemos hecho respecto del origen. Es así que no se detectan matices propios en la afección de toxicomanías en relación al origen de la población.

CUADRO 9:
TOXICOMANOS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS DE CONVIVENCIA.

CONVIVENCIA	REENTERIA	PASAJES
FAMILIA DE ORIGEN	33 (70'21%)	29 (74'36%)
FAMILIA PROPIA	10 (21'28%)	8 (20'51%)
SOLOS	1 (2'13%)	2 (5'13%)
OTROS (O NO CONFINADOS)	3 (6'38%)	—
totales	47 (100%)	39 (100%)

CUADRO 10:
TOXICOMANOS DISTRIBUIDOS POR NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS.

ESTUDIOS ALCANZADOS	REENTERIA	PASAJES
ANALFABETOS	—	—
PRIMARIOS (6º ESCOLAR)	11 (23'40%)	9 (23'08%)
BACHILLER ELEMENTAL 4º (9º ESCOLAR)	20 (42'55%)	17 (43'59%)
BACHILLER SUPERIOR SUP - FP	14 (29'79%)	12 (30'77%)
CARR. UNIV. MEDIA	1 (2'13%)	—
CARR. UNIV. SUPERIOR	1 (2'13%)	1 (2'56%)
totales	47 (100%)	39 (100%)

CUADRO 11:
TOXICOMANOS DISTRIBUIDOS POR SU SITUACION LABORAL.

SITUACION LABORAL	REENTERIA	PASAJES
ACTIVO FIJO	4 (8'51%)	1 (2'56%)
ACTIVO EVENTUAL	5 (10'64%)	9 (23'08%)
ESTUDIANTE	1 (2'13%)	2 (5'13%)
MOZOR	2 (4'25%)	1 (2'56%)
PARO	25 (53'19%)	22 (56'41%)
INCAPACIDAD LABORAL	1 (2'13%)	2 (5'13%)
OTROS (O NO CONFINADOS)	9 (19'15%)	2 (5'13%)
total	47 (100%)	39 (100%)

– Este cuadro nos pone de manifiesto claramente la dependencia que estos jóvenes tienen del hogar paterno, pese a que casi todos ellos sobrepasan la mayoría de edad. Esta circunstancia no es difícil de entender debido a las escasez de recursos económicos, casi nunca vinculados a un trabajo fijo, y su especial adicción a la droga, que les conduce a un empobrecimiento progresivo de relaciones, al menos estables. En el caso de formar familia propia, es común que ambos miembros de la pareja estén afectados por la dependencia a las drogas, y pese a la aparente independencia de su situación, se encubre una todavía muy notoria dependencia de la familia de origen.

– Los estudios que llegan a alcanzar estos toxicómanos casi nunca supera el BUP o la FP, ya que gran parte de ellos abandona para entonces—incluso en la EGB—los estudios, siendo la iniciación por los senderos de la drogodependencia el detonante que les aparta definitivamente de lo que muchas veces ha sido una penosa trayectoria escolar.

– El caso de los toxicómanos presenta un cuadro de situaciones laborales propio, con algunas diferencias ya muy características derivadas de su especial situación, es decir, mayor propensión al paro, a las actividades delictivas y al abandono de los estudios.

– El porcentaje de parados asciende en más de 10 puntos (54,65 %) sobre el general de los casos tratados; es decir, la drogodependencia apenas ofrece oportunidad de mantener puesto de trabajo fijo (5,81 %) y termina por perderse, y a su vez la falta de expectativas de empleo, ya hemos advertido, facilita el recurso pobre de las soluciones evasivas, tales como la droga.

– Resulta sintomático también que la casi totalidad de aquellas actividades enmarcadas en el apartado «otros», cuya significación no escapa a nadie es debida a una situación de desempleo, se ejercen por toxicómanos impelidos por su necesidad de abastecerse.

– Los estudiantes en activo apenas encuentran cabida entre los toxicómanos (3,49 %), ya que lo más frecuente suele ser que para cuando son sometidos a tratamiento, hayan abandonado sus estudios.

4. EVALUACION DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

Para finalizar estas consideraciones a cerca del tratamiento dispensado a la población joven durante el año 1984 en el C.S.M. de Rentería, creemos pertinente realizar una evaluación que refleje numéricamente el grado de eficacia de los tratamientos. Del total de casos atendidos, es decir 208 (76 con inicio de tratamiento anterior a 1984 y 132 durante el mismo año), prosiguen en situación de asistencia clínica 105 personas (50,48 %), habiendo sido dados de alta por fin de tratamiento 54 (25,96 %), otros 14 (6,73 %) han sido enviados a otros centros o comunidades terapéuticas, y finalmente, son 35 (16,82 %) los casos dados de alta por incomparecencia antes de completar la terapia.