

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ASISTIDA EN EL CENTRO ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE LA CORUÑA

EQUIPO TECNICO DEL C. A. D.

FERNANDO IGLESIAS GIL DE BERNABE
Director Clínico

EVARISTO DIAZ CASTRO
Psicólogo

MANUEL ARAUJO GALLEGO
Psicólogo

JULIA MARJA GARCIA RODRIGUEZ
Asistente Social

Nuestro agradecimiento a la psicóloga colaboradora Pilar Iglesias Souto.

I N D I C E

- I. Introducción: Origen y desarrollo del C. A. D.
- II. Características generales del C. A. D.
- III. Características de la población asistida.
- IV. Conclusiones.

ORIGEN Y DESARROLLO DEL CENTRO ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE LA CORUÑA

El problema de las drogas llega a La Coruña con un cierto retraso sobre otras zonas del Estado español, debido fundamentalmente a su situación geográfica, fuera de las habituales zonas de turismo y de las "habituales" rutas del tráfico de drogas.

Tomando como referencias la actividad profesional del Centro de Salud Mental de la Delegación Territorial de Sanidad, el análisis de contenidos de la prensa diaria y las notas de prensa de la Jefatura Superior de Policía de La Coruña, el consumo de drogas masivo por parte del sector juvenil viene a comenzar en 1975, limitándose a los productos cannábicos y a las anfetaminas, fundamentalmente.

En los años 1976 y 1977 hacen su aparición los primeros casos de consumo de opiáceos por vía endovenosa, generalmente analgésicos.

sicos sintéticos (dextropropisifeno, tilidina, pentazocina, etc.), procedentes de farmacias y obtenidos por recetas verdaderas o falsas, o bien expendidas libremente por ciertos establecimientos, alguno de los cuales fue clausurado por la autoridad competente por la venta libre de específicos, incluso a precios superiores a lo legalmente estipulado.

El "boom" de los opiáceos comienza en el año 1978 (ver cuadros).

CUADRO N.º 1

Detenidos por delitos contra la salud pública

(Tenencia y tráfico de "estupefacientes" en La Coruña)

Año 1975	...	...	...	...	...	...	...	...	...	5
Año 1976	...	...	...	...	...	...	...	...	...	9
Año 1977	...	...	...	...	...	...	...	...	...	56
Año 1978	...	...	...	...	...	...	...	...	...	88
Año 1979	...	...	...	...	...	...	...	...	...	103
Año 1980	...	...	...	...	...	...	...	...	...	176
Año 1981	...	...	...	...	...	...	...	...	...	100
TOTAL										537

CUADRO N.º 2

Robos a farmacias en La Coruña

Año 1975	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
Año 1976	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
Año 1977	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0
Año 1978	...	...	...	...	...	...	...	...	...	18
Año 1979	...	...	...	...	...	...	...	...	...	39
Año 1980	...	...	...	...	...	...	...	...	...	49
Año 1981	...	...	...	...	...	...	...	...	...	48
TOTAL										154

CUADRO N.º 3

Atracos para conseguir estupefacientes en La Coruña

Año 1975	0
Año 1976	0
Año 1977	0
Año 1978	0
Año 1979	2
Año 1980	38
Año 1981	6
TOTAL	46

Ya en 1979, ante tal situación, se celebra en Pazo de Mariñán, de La Coruña, una "Mesa redonda sobre estupefacientes", en la que estuvieron presentes distintos estamentos y entes públicos que de algún modo, en la práctica diaria, se habían visto relacionados con el tema.

Se acuerda constituir una comisión, un grupo de trabajo, para enfrentarse a esta problemática. El 6 de julio de 1979 queda constituida la Comisión Provincial de Lucha contra la Droga, en la que figuran, entre otras, personas como don Roberto Vidal Macho, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Coruña; don Julio Portela Ceballos, delegado territorial de Sanidad; don César Álvarez, magistrado; don José María Cochón, director de Salud— hoy Conselleiro de Sanidad de la Xunta de Galicia—; don Joaquín Nebot, del Cuerpo General de Policía, etc.

La aportación técnica y coordinadora la desempeñaba y desempeña en la actualidad el doctor Adolfo Bobadilla Pardos, de dilatada vida profesional y experiencias en el campo de las drogodependencias —alcoholdependencias y otras—, director del Centro de Salud Mental de la Delegación Territorial de Sanidad.

Con estas premisas se elabora un anteproyecto de Centro Primario de Prevención, Asistencia y Rehabilitación de Drogodependientes, y paralelamente a este proyecto se continúa asistiendo a los drogodependientes que, en número creciente, continuaban acudiendo al Centro de Salud Mental de Sanidad, siendo atendidos por los doctores Bobadilla, Evaristo Díaz, Manuel Araújo y otros psicólogos, colaboradores y en período de formación.

Posteriormente, a medida que van avanzando las gestiones de la Comisión, se incorpora el doctor Pascual Tabares.

Por aquel entonces, la Comisión Provincial estima que, ante la evolución de la problemática y de cara a su operatividad, debe de constituirse en una asociación que, sin ánimo de lucro y con una vocación de servicio público preventivo, asistencial e investigativo, ofrezca unos resultados. Nace así la Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga, de ámbito provincial y de amplia base personal e institucional.

Aprobado —después de diversas vicisitudes que sería prolijo enumerar aquí— el Proyecto de Centro Asistencial, por parte de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas, se configura el equipo técnico y personal del C. A. D., compuesto por dos psiquiatras, dos psicólogos y la asistente social, pasando a funcionar el 6 de julio de 1981 en unos locales de la calle Ronda de Nelle, cedidos a tal fin por la Caixa de Aforros de Galicia, en los cuales continuamos en la actualidad.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL CENTRO ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE LA CORUÑA

A. Criterios básicos:

Los tres criterios básicos sobre los que se asienta la filosofía del C. A. D. son los siguientes:

- a) Anonimato y secreto profesional.
- b) Gratuidad: Las actividades y servicios del Centro son totalmente gratuitas, a excepción de los gastos hospitalarios producidos durante el período de desintoxicación (ya que como veremos más adelante, el Centro no dispone de camas propias). Aquellos pacientes cuya situación económica no les permita tal ingreso, el Centro se lo proporciona sin coste alguno por su parte.
- c) Voluntariedad del asistido: Consideramos totalmente imprescindible, como se viene demostrando tanto en nuestra experiencia como en otras, que el sujeto sometido a tratamiento en este tipo de Centro lo haga de forma voluntaria, aceptando los términos del mismo.

Otras de las características del C. A. D. es la multidisciplinariedad en el abordaje de la drogodependencia. Creemos que no puede hablarse de causa-efecto sino de multicausalidad en el desarrollo de tal conducta. Es por ello por lo que el equipo que compone el personal sanitario del Centro es multidisciplinario, trabajando de forma conjunta un psiquiatra, dos psicólogos y una asistente social, así como personal colaborador de estas disciplinas.

B. Actividades del C. A. D.

El C. A. D. centra sus actividades en las siguientes áreas:

1. **Prevención:** Esta actividad se realiza a través de conferencias, mesas redondas, seminarios y cursos a padres, educadores, asociaciones de vecinos, etc., desarrollando así una labor de información entre aquellos sectores sociales que más directamente están implicados en esta problemática. Como es bien sabido, la información directa dada por terapeutas a jóvenes adolescentes puede llegar a tener un efecto "boomerang". Es por ello por lo que en ningún momento nos dirigimos a esta población, dejando este lugar para aquellas personas que ya poseen de forma cotidiana un contacto con el joven: padres y educadores.

Asimismo, dentro de esta área había que incluir la información y difusión sobre la población en general realizada por el equipo a través de los medios de comunicación social: radio y prensa; la distribución de 12.000 folletos divulgativos del Centro, la edición de una guía informativa sobre las consecuencias derivadas del uso y abuso de las drogas —ahora en fase de preparación—, y, en fin, la coordinación con la Delegación de Educación y Ciencia, cara a una actuación conjunta.

2. **Asistencia:** La sistemática seguida en la dinámica del C. A. D. es la siguiente:

- a) Entrevista familiar con la presentación del problema, si el sujeto viene acompañado por algún miembro de la misma.
- b) Entrevista al paciente: Evaluación clínica del caso y oferta de "contrato terapéutico" —verbal—. En caso de que ningún miembro de la familia acompañe en la primera entrevista al paciente, a través de él se le cita.
- c) Exploración clínico-médica complementaria (estudio analítico, radiográfico, EEG, etc.).
- d) Cura de desintoxicación de forma ambulatoria o en internamiento. Como ya dijimos, el C. A. D. no dispone actualmente de camas, realizándose el ingreso en una institución sanatorial. Sin embargo, es importante señalar que este proceso de desintoxicación es llevado a cabo por el personal médico del C. A. D., manteniendo así al sujeto siempre en contacto con nuestro Centro.
- e) Exploración psicológica.

- f) Informe social.
- g) Una vez estos datos disponibles, se completa la historia clínica del sujeto llevándose a cabo, en sesión de todo el equipo, el planteamiento de un diagnóstico y pronóstico del caso, así como el enfoque terapéutico más adecuado al mismo.
- h) Deshabitación, a través de terapia psicofarmacológica, psicoterapias individuales, de grupo o de pareja, según las necesidades del caso.
- i) Actividades complementarias, tales como:
 - Información a familiares.
 - Emisión de informes a petición del interesado.
 - Reclutamiento periódico (teléfono, cartas, visitas, etc.).

Todo este plan terapéutico exige la asistencia del drogodependiente al Centro de forma diaria, al menos durante los 15 posteriores al último de desintoxicación, espaciándose posteriormente las citas a días alternos, en función de la evolución del caso.

Igualmente exige la asistencia de los familiares para colaborar en la terapia, o bien para responsabilizarlos en todo este proceso cuando así se requiere.

3. **Rehabilitación y reinserción social:** Una vez el sujeto desintoxicado y en proceso de deshabitación, se nos plantea la necesidad de potenciar sus aptitudes de socialización. Para ello y en esta área el C. A. D. realiza la siguiente labor:

- a) Concierto con una escuela de cerámica artística, actividad que entendemos como laborterapia, siendo seguida por un terapeuta del Centro. De esta forma conseguimos aumentar la autoestima de los pacientes, así como un reforzamiento de su voluntad y sentido de la responsabilidad en una actividad creativa y gratificante.
- b) Orientación encaminada a la reincorporación en las antiguas profesiones y/o estudios, o caso de no existir se procura el inicio de una formación profesional. Con este fin se mantiene un contacto constante con los organismos pertinentes (INEM, Casa del Mar, Escuela de Artes y Oficios...).
- c) Tramitación de la documentación de los pacientes (servicio militar, procesos judiciales y planificación de ayudas familiares en los casos necesarios).
- d) Actividades físico-deportivas en el Palacio de Deportes y Piscina Municipal de La Coruña. Pretendemos de esta

forma que el sujeto incremente su ocupación durante el día en una actividad que le gratifique, así como aumentar el control sobre sus propias conductas.

4. Formación, investigación y perfeccionamiento: El equipo del C. A. D., consciente de la necesidad e importancia de estas áreas para poder ofrecer una buena asistencia, enfrenta aquí las siguientes actividades:
 - a) Investigación bibliográfica: Archivo bibliográfico y hemerográfico, clasificado por materias que abarca la amplia temática de la drogodependencia.
 - b) Contactos permanentes y correspondientes con organismos internacionales y nacionales, entidades públicas y privadas y personalidades dedicadas a la problemática de la drogodependencia.
 - c) Asistencia a congresos, simposiums, cursos, seminarios, etcétera.
 - d) Posible actuación conjunta con el Departamento de Sociología de la Universidad de Santiago de Compostela, cara a la elaboración de un estudio epidemiológico, con el fin de determinar la incidencia y prevalencia de consumo y abuso de drogas entre la población de las áreas de cobertura de este centro asistencial.
 - e) Distribución de frecuencias por barrios en el plano de La Coruña.
 - f) Investigación dentro del área preventiva con la confección y puesta a prueba de un programa específico —desarrollado en diferentes seminarios— para educadores y profesores de la Universidad Laboral de La Coruña.
 - g) Parametización de diversos factores implicados en el uso y abuso de drogas en base al cuestionario MAG.
 - h) Validación de una Escuela de Predicción y Detección de Drogodependencias, a partir del MMPI. Verificación de las hipótesis de Eysenck sobre personalidad y drogas.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ASISTIDA

A manera de introducción sobre el tema que a continuación desarrollamos, es importante especificar que la ciudad de La Coruña, lugar donde se encuentra ubicado el C. A. D., cuenta con una población, según el censo de 1981 (*), de 231.721 habitantes, y contando la provincia con un total de 1.093.121 habitantes, que corresponde al 21'20 % del total de la población gallega.

(*) Anuario de "El País", 1982.

El presente trabajo es un esbozo de un estudio más completo, que sobre las características de la población asistida, desde julio de 1981 —momento de la apertura del Centro— hasta marzo de 1982, ambos inclusive, estamos llevando a cabo. En este sentido vamos a estudiar los parámetros que a continuación indicamos:

- A) Edad.
- B) Sexo.
- C) Edad de iniciación al consumo.
- D) Estado civil.
- E) Remisión.
- F) Profesión.
- G) Domicilio.
- H) Sustancias actuales de consumo.
- I) Sustancias iniciales.

El número de intervenciones realizadas entre los meses anteriormente citados ha sido de 227. De este total el 54 %, 123, han sido tributarios de una información y/o remisión hacia otros estamentos sanitarios. El 46 % restante, que corresponde a 104 pacientes, han sido asistidos y tratados.

PERIODO JULIO 1981 - MARZO 1982

	N.º	%
Intervenciones	227	100
Pacientes asistidos y tratados	104	46
Informaciones y/o remisiones	123	54

A. Distribución por EDADES:

Años	N.º	%
14	1	0'96
15	2	1'92
16	6	5'77
17	12	11'54
18	13	12'50
19	12	11'54
20	12	11'54
21	7	6'74
22	6	5'77
23	9	8'65
24	7	6'74
25	5	4'81
26	3	2'88
27	1	0'96
28	3	2'88
29	3	2'88
35	1	0'96
No figura	1	0'96

Como se observa en el cuadro, la edad de la población asistida oscila fundamentalmente entre los 16-25 años, siendo los sujetos de 17 a 20 años los de mayor afluencia.

B. Distribución por SEXO:

	N.º	%
Varones	76	74
Hembras	28	26

Se observa que por cada tres varones ha sido asistida una hembra.

B.1. Distribución EDAD - SEXO:

VARONES			HEMBRAS		
Edad	N.º	%	Edad	N.º	%
14	0	0'00	14	1	0'96
15	1	0'96	15	1	0'96
16	4	3'84	16	2	1'92
17	9	8'65	17	3	2'88
18	10	9'71	18	3	2'88
19	9	8'65	19	3	2'88
20	8	7'69	20	4	3'84
21	5	4'81	21	2	1'92
22	4	3'84	22	2	1'92
23	8	7'69	23	1	0'96
24	4	3'84	24	3	2'88
25	4	3'84	25	1	0'96
26	2	1'92	26	1	0'96
27	1	0'96	27	0	0'00
28	3	2'88	28	0	0'00
29	2	1'92	29	1	0'96
35	1	0'96	35	0	0'00
No figura	1	0'96	No figura	0	0'00

En relación a la distribución EDAD - SEXO, se puede observar que:

1.º En el grupo de varones la moda representa los 18 años; mientras que en el grupo de mujeres la moda está representada por la edad de 20 años.

2.º De los pacientes asistidos son los varones los de edad más avanzada: de 27 a 35 años hay siete varones frente a una mujer en el mismo intervalo.

C. Iniciación al consumo.

C.1. Distribución por EDADES:

Edad	N.º	%
11	2	1'92
12	3	2'89
13	7	6'73
14	11	10'58
15	12	11'54
16	11	10'58
17	11	10'58
18	5	4'81
19	5	4'81
20	2	1'92
21	0	0'00
22	1	0'96
23	0	0'00
24	1	0'96
25	0	0'00
26	0	0'00
27	1	0'96
No figura	32	30'76

En la distribución se observa que las edades predominantes de iniciación al consumo se sitúan en el intervalo de 13 a 17 años.

C.2. Distribución por SEXO:

VARONES			HEMBRAS		
Edad	N.º	%	Edad	N.º	%
11	2	1'92	11	0	0'00
12	1	0'96	12	2	1'92
13	3	2'88	13	4	3'84
14	8	7'69	14	3	2'88
15	10	9'61	15	2	1'92
16	11	10'57	16	0	0'00
17	8	7'69	17	3	2'88
18	3	2'88	18	2	1'92
19	5	4'80	19	0	0'00
20	2	1'92	20	0	0'00
21	0	0'00	21	0	0'00
22	1	0'96	22	0	0'00
23	0	0'00	23	0	0'00
24	1	0'96	24	0	0'00
25	0	0'00	25	0	0'00
26	0	0'00	26	0	0'00
27	1	0'96	27	0	0'00
No figura	20	19'31	No figura	12	11'53

De las gráficas adjuntas se desprende lo siguiente:

1. Que los varones inician el consumo antes que las mujeres.
2. Que los varones se han iniciado hasta la edad de 20 años, habiendo tres casos aislados (uno de 22, uno de 24 y otro de 27), mientras que en las mujeres la edad máxima de inicio al consumo se sitúa en los 18 años, no habiendo en adelante ningún caso.

D. Estado civil.

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
SOLTEROS	91	87'50
CASADOS	11	10'58
SEPARADOS	2	1'92

E. Remisión.

Entendemos por remisión el canal por el cual los sujetos han acudido al Centro.

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
INICIATIVA PROPIA	33	31'72
INICIATIVA FAMILIAR	30	28'85
ESTAMENTO SANITARIO	20	19'23
OTROS ESTAMENTOS	17	16'35
NO FIGURA	4	3'85

F. Profesión.

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
ESTUDIANTES	23	22'12
TRABAJADORES	65	62'50
ACTIVOS	31	47'69
INACTIVOS	25	38'46
PARADOS	9	13'85
NO FIGURAN	16	15'38

G. Domicilio.

	N.º	%
G.1. Provincia de La Coruña	93	89'43
G.1.1. Ciudad	73	78'50
G.1.2. Resto provincia	20	21'50
G.1.2.1. Santiago	3	
G.1.2.2. Ferrol	4	
G.1.2.3. Betanzos	1	
G.1.2.4. Cercanías (Perillo, Santa Cruz, El Burgo) . . .	6	
G.1.2.5. Areas	1	
G.1.2.6. Mugaros	2	
G.1.2.7. Camariñas	1	
G.1.2.8. Miño	1	
G.1.2.9. Fene	1	
G.2. Otras provincias gallegas	8	7'69
G.2.1. Pontevedra	6	75'00
G.2.1.1. Capital	1	
G.2.1.2. Vigo	1	
G.2.1.3. Villagarcía	1	
G.2.1.4. Deuce	1	
G.2.1.5. El Grove	1	
G.2.1.6. Villajuán	1	
G.2.2. Lugo	2	25'00
G.2.2.1. Xove	1	
G.2.2.2. Monforte	1	
G.3. Provincias fuera de Galicia	3	2'88
G.3.1. Madrid	1	
G.3.2. Andorra	1	
G.3.3. Emigrante	1	

H. Sustancias actuales.

1. PSICODISLEPTICOS

	N.º	%
NO	41	39'42
SI	43	41'35
CANNABICOS	43	41'35
L.S.D.	9	8'65

2. PSICOANALEPTICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	62	59'62
SI	22	21'15
ANFETAMINAS	20	19'23
COCAINA	3	2'88

3. PSICOLEPTICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	17	16'35
SI	67	64'42
ALCOHOL	12	11'54
HIPNOTICOS	10	9'62
ANSIOLITICOS	4	3'85
OPIACEOS	57	54'81

4. ANTIPARKINSONICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	82	78'85
SI	2	1'92

5. OTROS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	81	77'89
SI	3	2'88

6.

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO FIGURAN	14	13'46

7.

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NADA	6	5'77

Entendemos por sustancias actuales aquéllas que el sujeto está consumiendo en el momento de acudir al Centro.

De la observación de los cuadros anteriores se desprende lo siguiente:

1. Que el fenómeno más generalizado en el consumo de drogas es el de la polidrogodependencia, ya que hay sujetos que consumen al mismo tiempo diferentes tipos de sustancias.
2. Importante consumo de psicodislépticos o alucinógenos, situándose éste en el 41'35 % de las drogas consumidas.
3. El consumo de psicoanalépticos se cifra en un 21'15 %, destacando el de anfetaminas, que asciende al 19'23 (90'91 % del consumo total de psicoanalépticos). Es de notar que el consumo de estas sustancias va asociado al consumo de otras, siendo muy escasos los sujetos que ingieren este tipo de drogas como única.
4. Predominio del consumo de depresores, destacando claramente entre los opiáceos, que llegan al 54'81 %, es decir, más de la mitad de la población consultada.
5. En relación al consumo de alcohol podemos reseñar que éste lo consumen en dosis muy elevadas el 11'54 % de la población asistida, no estando incluidos en este porcentaje los consumidores experimentales, esporádicos y/o ocasionales.

I. Sustancias de comienzo.

1. PSICODISLEPTICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	10	9'62
SI	79	75'96
CANNABIS	81	77'88
L. S. D.	4	3'85

2. PSICOANALEPTICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	65	62'50
SI	24	23'08
ANFETAMINAS	20	19'23
COCAINA	3	2'88

3. PSICOLEPTICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	74	71'15
SI	15	14'42
ALCOHOL	9	8'65
HIPNOTICOS	2	1'92
OPIACEOS	6	5'76

4. ANTIPARKINSONICOS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	88	84'62
SI	1	0'96

5. OTROS

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO	88	84'62
SI	1	0'96

6.

	<u>N.º</u>	<u>%</u>
NO FIGURAN	15	14'42

Entendemos por sustancias de comienzo aquéllas con las cuales el sujeto se inicia en el uso y/o abuso de drogas.

A la vista de estos cuadros observamos que:

1. Es bastante frecuente encontrarse con sujetos que empezaron a consumir drogas utilizando en el primer contacto más de una, es decir, realizando mezclas.
2. La droga de inicio por excelencia está dentro del grupo de las psicodislépticas (sustancias que son consumidas en el 75'96 % de los casos y concretamente son los productos cannábicos, donde el porcentaje es mayor (77'88 %).
3. Destacan también los psicoanalépticos, pudiendo ser considerada su tasa de inicio como relevante, ya que el 23'08 % de los sujetos manifestaron empezar a consumir drogas a través de los estimulantes (resaltan en este grupo las anfetaminas con el 19'23 % del consumo total de sustancias de comienzo, que representa el 83'33 % del consumo de estimulantes.
4. El consumo de psicolépticos no es aquí importante, aunque sí relevante, ya que el 14'42 % de los sujetos empezaron a consumir drogas a través de ellos. Destacan en este grupo el alcohol, con el 8'65 %, seguido de los opiáceos, con el 5'76 por 100.

De la comparación entre las sustancias actuales y las de comienzo, vemos que:

1. Mientras en las sustancias actuales el consumo mayor se destaca en el grupo de psicolépticos con un 64'42 % (sobre todo opiáceos con un 54'81 %), el consumo mayor en las sustancias de comienzo lo detecta el grupo de psicodislépticos con un 75'96 % (sobresaliendo los productos cannábicos con un 77'88 %).
2. El grupo de psicoanalépticos se muestra prácticamente invariable, ya que su consumo en las sustancias actuales representa el 21'15 % y en las de comienzo el 23'08 % (las anfetaminas, subgrupo mayoritario en ambos casos, muestran el mismo porcentaje, el 19'23 %).
3. En las sustancias actuales frente a las de inicio, se da un leve incremento en el consumo de fármacos antiparkinsónicos.

Ha llamado la atención que, si bien el tabaco no se recoge en los cuadros estadísticos aquí presentados, su consumo asciende al 100 por cien de los casos.

CONCLUSIONES

1. La edad de la población asistida oscila entre los 16-25 años, siendo los sujetos de 17 a 20 años los de mayor afluencia.
2. Por cada tres varones ha asistido una hembra.
3. La media en el grupo de varones está en los 18 años, en las hembras 20. La edad más avanzada de los asistidos está también entre los varones.
4. Las edades predominantes de iniciación al consumo se sitúan en el intervalo de 13 a 17 años.
5. Los varones inician el consumo antes que las hembras.
6. Preponderancia de individuos solteros.
7. Destaca la iniciativa propia, seguida de la iniciativa familiar, en relación a la remisión de los pacientes.
8. Mayor afluencia de sujetos trabajadores sobre estudiantes, no existiendo gran diferencia entre los activos y los inactivos y parados.
9. Como era de esperar, una gran mayoría de pacientes residen en la ciudad de La Coruña.
10. El patrón de dependencia se revela como polidrogodependencia.
11. En las sustancias actuales destacan el consumo de psicodélicos y entre ellos, fundamentalmente, la heroína.
12. En las sustancias de comienzo prevalecen los psicodislépticos y entre ellos los productos cannábicos, fundamentalmente el haschisch.
13. Se revela como importante el uso de alcohol, en cantidades severas.
14. Se ha detectado un importante consumo de anfetaminas.
15. Prácticamente el 100 % de los sujetos asistidos consumen tabaco.