

Perfil del paciente consumidor de opiáceos. Revisión de una década

A. Madoz-Gúrpide y E. Ochoa

Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Opiate dependence users profile. A decade review

Resumen

Introducción. *La dependencia de sustancias, entre ellas especialmente la de heroína, se ha convertido en los últimos años en una de las patologías psiquiátricas de mayor prevalencia. A pesar del alto número de publicaciones relacionadas, no existen demasiados trabajos que ofrezcan un perfil completo y basado en un amplio tamaño muestral del paciente dependiente de opiáceos en España, limitando la posibilidad de generalizar los diferentes hallazgos publicados.*

Objetivo. *Presentar una descripción pormenorizada del paciente adicto a sustancias opiáceas, basada en una amplia población muestral, y atendiendo a un extenso y diversificado tipo de variables descriptoras.*

Metodología. *Se plantea un estudio observacional retrospectivo, con diseño de un grupo de tratamiento sin grupo control (n = 1177). Se analizan mediante técnicas descriptivas y de supervivencia las diferentes variables contempladas (sociodemográficas, de antecedentes médicos y psiquiátricos, historia adictiva a sustancias y deshabitaciones previas, situación legal, etc.).*

Resultados. *Se describe un patrón de dependiente de opiáceos que coincide en las diferentes variables con los datos recogidos en otros trabajos del entorno.*

Conclusiones. *El perfil del sujeto descrito puede considerarse representativo de la población de adictos a opiáceos atendidos en España, pudiendo servir de referencia para futuras publicaciones.*

Palabras clave: *Perfil. Opiáceos. Dependencia. Revisión. Variables. Usuario de heroína.*

Summary

Introduction. *Substance dependence, especially heroin dependence, has become one of the most prevalent psychiatric diseases during recent years. In spite of the numerous related publications, very few articles offer a heroin users profile based on an extensive sample and a broad range of variables of opiate dependent patients in Spain, thus limiting the possibility of generalizing the different findings published.*

Objective. *Present a description of an opiate dependence user profile, based on the analysis of a broad range of variables in an extensive population sample.*

Methodology. *An observational, retrospective study, with treatment group (n = 1177) and no control group was established. Descriptive and survival techniques were used to analyse different variables (sociodemographic data, medical and psychiatric history, drug consumption record, risk behavior in regards to HIV infection, previous dehabituations, legal situation, treatment carried out for addiction, etc.).*

Results. *We describe a heroine dependent user pattern that coincides in the different variables with the data offered by previous reviews in Spain.*

Conclusions. *The profile defined can be considered as representative of opiate users in Spain, and it may be used as a reference for future articles.*

Key words: *Profile. Opiate. Dependence. Review. Variables. Heroine user.*

INTRODUCCIÓN

La dependencia de sustancias, entre ellas la de heroína, se ha convertido en los últimos años en una de las patologías psiquiátricas de mayor prevalencia. Diversos estudios llevados a cabo en poblaciones occidentales esti-

man este parámetro para la dependencia de opiáceos en 0,3-1,5%^{1,6}. Parece también concluirse en las publicaciones que esta prevalencia en los últimos años tiende a comportarse de manera estable^{7,8}. En todo el mundo se calcula una prevalencia anual del 0,14%, con aproximadamente 8 millones de dependientes de opiáceos⁹. En Europa, por su parte, se cifra en cerca de 1,5 millones la población dependiente (0,27%, y un 0,4% tiene problemas con ella, aun cuando no cumplen criterios de dependencia)¹⁰. En España la expansión del consumo de opiáceos tuvo lugar durante la década de 1980, calculándose en 1999 una prevalencia para la dependencia de opiáceos de 0,1% (y 0,4% si se consideraba a quienes habían probado alguna vez la sustancia)⁸.

Correspondencia:

Agustín Madoz-Gúrpide
Servicio de Psiquiatría
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. de Colmenar, km 9,1
28034 Madrid
Correo electrónico: amagur@yahoo.com

Sin embargo, el impacto de la adicción a opiáceos, lejos de quedarse en la alta prevalencia del diagnóstico, se expande a diferentes áreas de interés: mortalidad, morbilidad, gasto sanitario, criminalidad, etc. Así, por ejemplo, sólo en Estados Unidos el coste social del consumo de opiáceos se elevó durante 1992 a 97,7 billones de dólares¹¹. Por su parte, el Observatorio Nacional sobre Drogas, en su informe del año 2001⁸, señala la alta mortalidad que en España ha causado directa o indirectamente el consumo de sustancias (epidemia de VIH entre los pacientes adictos, reacciones agudas a la administración de heroína, suicidios, accidentes de tráfico, etc.).

Estas y otras consideraciones explican el esfuerzo con que en los últimos años diversos grupos de clínicos e investigadores estudian la enfermedad adictiva a opiáceos en sus diferentes aspectos, dando lugar a un gran número de publicaciones.

El interés de estos trabajos se basa en la posibilidad de generalizar y extrapolar los resultados obtenidos al conjunto de heroinómanos. El perfil del sujeto adicto debe ser, por tanto, representativo al menos de la población estudiada. En España la mayor parte de los estudios presentados se basan en pequeñas muestras de pacientes o describen sólo parcialmente el perfil del toxicómano. En el presente estudio se ofrecen datos basados en una población muestral relativamente elevada (1.177 pacientes) y que describen diferentes aspectos del paciente adicto a opiáceos. Es objetivo de este trabajo, por tanto, ofrecer un perfil amplio del sujeto dependiente de opiáceos basado en una muestra representativa de la población española.

El objetivo del presente estudio es la descripción del perfil del sujeto adicto a opiáceos en sus diferentes áreas.

METODOLOGÍA

Recogida de datos

En el proceso de la recogida de datos se empleó el protocolo de historia clínica estructurada de Baca-García et al.¹², desarrollada en la Unidad de Toxicomanías del Hospital Ramón y Cajal. La historia clínica estructurada permite recoger información codificada, de forma objetiva, precisa y planificada, que será empleada tanto a nivel asistencial como en el investigador¹³⁻¹⁵.

El protocolo estructurado de recogida de datos clínicos se subdivide en varios apartados, que recogen datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psiquiátricos, historial de consumo de sustancias, conductas de riesgo en relación con la infección VIH, intentos previos de deshabituación, situación legal, tratamiento que realiza para la adicción e información relacionada con el inicio y final del tratamiento¹⁶. La peculiaridad de la población objeto de estudio y el proceso constante de adaptación del protocolo a las novedades que en el campo de la toxicomanía se han ido produciendo a lo largo de los años hacen que no todas las variables disponibles estén completas para el conjunto de los pacientes.

De todos los sujetos participantes en el estudio se recogió el consentimiento informado, garantizándoseles la confidencialidad de los datos.

Dicha información fue almacenada en un base de datos Access y procesados con el apoyo del programa estadístico SPSS 8.0.

Análisis estadístico

Para la consecución del objetivo se diseñó un estudio observacional retrospectivo, con diseño de un grupo de tratamiento sin grupo control (serie de casos, de direccionalidad anterógrada y temporalidad mixta según la clasificación de Kramer y Boivin¹⁷). Forman parte de la población en estudio todos aquellos sujetos con diagnóstico de trastorno por dependencia de opiáceos (F 11.2)¹⁸, que durante la década de 1991-2000 y de forma consecutiva ingresaron voluntariamente en el programa de naltrexona del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. La muestra estaba compuesta por 1.177 pacientes.

Como criterios de exclusión se han establecido la presencia de embarazo, lactancia o cualquiera de las contraindicaciones formales al fármaco enunciadas en el apartado correspondiente, en especial la sensibilidad al mismo, la presencia de hepatitis aguda (valorando su inclusión tras la resolución de ésta) y los niveles de transaminasas superiores a tres veces las aceptadas como normales (GPT o GOT > 120 U/l) en el caso de presentar el sujeto fallo hepático (sin esta clínica se pauta tratamiento con seguimientos analíticos frecuentes).

Se considera inicio del tratamiento en el estudio el de aquel paciente que no ha seguido previamente tratamiento en la Clínica de Toxicomanías del Hospital Ramón y Cajal y que toma la primera dosis completa (50 mg) de naltrexona tras desintoxicación de cualquier tipo y en cualquier lugar. Por reinicio se entiende el de aquel sujeto que teniendo recogido algún tratamiento previo en la Clínica de Toxicomanías, y habiendo pasado al menos un mes desde su anterior recaída o abandono, vuelve a empezar terapia¹⁶.

Técnicas estadísticas

Para la consecución del objetivo planteado se emplearon técnicas descriptivas de la muestra, empleando parámetros indicados a tal fin, como la media aritmética y la desviación estándar (DE) en variables cuantitativas y frecuencias relativas y absolutas en variables cualitativas. El dato correspondiente a la retención en tratamiento viene dado como probabilidad de supervivencia del sujeto en la terapia al menos hasta un determinado momento temporal^{19,21}.

RESULTADOS

Durante la década 1991-2000 han sido atendidos consecutivamente en la Unidad de Toxicomanía del Hospital

Ramón y Cajal 1.177 pacientes, que suponen entre inicios (1.177) y reinicios posteriores (549) un total de 1.726 tratamientos (tabla 1). Estos ingresos en el programa siguen, en función del año de inicio, la distribución ofrecida en la tabla 2.

La mayor parte de los usuarios ($n = 1.177$) (media de edad: 27,6 años; DE: 5,27) eran varones (83,7%) de raza caucásica (99%). Su estado civil predominante era el de la soltería (71,4%), conviviendo mayoritariamente con su familia de origen (76,6%), si bien con un alto porcentaje de conflictividad familiar provocado por el consumo (47%) (tabla 3).

En el núcleo familiar cabe destacar que el 13,9% de los sujetos tenía en la fratría algún hermano consumidor activo, y se pudo encontrar patología psiquiátrica tanto en los padres (19,1%) (alcoholismo, preferentemente) como en las madres (6,7%) (generalmente trastorno afectivo reactivo a la situación de consumo del paciente) de los sujetos estudiados.

El 33,9% de la muestra refería tener el apoyo de una pareja no consumidora. Mayoritariamente declaraban no tener la ayuda de un grupo de amigos no consumidores (58,9%), aun cuando el 41,1% se movía en una red social no consumidora.

En cuanto a la formación académica conseguida, la mayor parte referían haber cursado el graduado escolar (45,5%). El 46% de los usuarios eran obreros de profesión y el 39,8% empleados. Casi la mitad (49,7%) de los pacientes se encontraban en situación laboral de paro sin cobrar subsidio.

La mayoría de los sujetos, como era de esperar, se encontraban activos en su consumo de opiáceos en la primera visita (98,6%). El 44,5% de la muestra había usado previamente la vía intravenosa, aun cuando en los últimos 6 meses la vía fumada/inhalada era la preferida por el 62,5% de la población estudiada. La dosis media de heroína por día era de 0,65 mg (DE: 0,59). Iniciaron su consumo de heroína aproximadamente a los 20,07 años (DE: 4,58). El 63,2% de los sujetos consumía además cocaína (0,65 mg/día) en los 6 meses previos a la entrevista, casi la mitad de los encuestados por vía intravenosa conjuntamente con la heroína (49,8%). Se iniciaron en ella a los 19,72 años (DE: 4,78). El consumo de otros opiáceos, cuando ocurre, suele ser en sustitución de la heroína (37,5%). Apenas existía consumo de metadona entre la muestra estudiada. El 44,9% de los pacientes entrevistados utilizaban cannabis (24,4 porros por semana

TABLA 2. Distribución de los pacientes por año de ingreso en la clínica (primeros tratamientos)

Año	n	%
1991	244	20,7
1992	229	19,5
1993	164	13,9
1995	136	11,6
1996	107	9,1
1997	54	4,6
1998	32	2,7
1999	30	2,5
2000	9	0,8
Total	1.177	100,0

de media) y empezaron su consumo con 15,63 años; sólo el 11,2% de la muestra empleaba estimulantes; el 62% consumía alcohol (de los que lo tomaban, el 60,8% lo hacía a diario, y el 40,4% consumía bebidas de alta graduación); declaraba haber tomado en los últimos 6 meses benzodiazepinas un 56,7% de los usuarios.

Casi la mitad de los entrevistados reconocían en la primera visita incidencias legales (48,1%): robo sin violencia (43,3%), robo con violencia (21,4%), posesión o tráfico de sustancias (31,2%), accidente de tráfico bajo los efectos de una sustancia (3,1%) y asesinato (0,6%). De los que presentaban implicaciones legales, el 41,7% estaba pendiente de juicio y el 5,4% en situación de libertad condicional.

La mayor parte de los sujetos entrevistados declararon tener una situación VIH negativa (60,5%). El 28,7% se declaraban infectados por el virus (portadores o enfermos del SIDA), en tanto que el 10,8% desconocía su situación. Estudiando las conductas de riesgo para la transmisión del VIH, el 23,6% refiere en alguna ocasión haber compartido jeringuillas; el 42,6% las ha reutilizado; utilizó siempre preservativo el 40,5%, siendo la tendencia heterosexual la más frecuente entre los encuestados (93,8%).

El 11,3% de los usuarios referían en el momento del ingreso tener diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica distinta al consumo de sustancias y que hubiera requerido atención especializada. El 43,75% de éstos fueron diagnosticados de trastornos afectivos, el 11,45% de trastornos psicóticos, el 6,25% de trastornos neuróticos, el 34,37% de trastorno de personalidad y de otros trastornos psiquiátricos (anorexia, etc.) el 4,16%.

En cuanto al inicio y desarrollo del programa, la mayor parte de los sujetos acudieron a la Clínica de Naltrexona recomendados por conocidos (72,8%). En el 75,9% de los pacientes la implicación familiar en la terapia se puede considerar alta o media-alta. La madre (47,9%) es la persona que más se implicó en la misma. Sólo el 24,4% de los sujetos que iniciaron la terapia la concluyeron con alta médica, siendo el abandono de la misma (70,6%) la causa más frecuente de finalización del tratamiento. El 74,7% de la población entrevistada había hecho algún intento previo de deshabituación, con una media de 2,91 intentos previos (DE: 2,11) y 13,53 meses como media de abstinencia (DE: 17,85).

TABLA 1. Inicios y reinicios de tratamientos

Número de tratamiento	n	%
1	1.177	68,2
2	367	21,3
3	134	7,8
4	42	2,4
5	6	0,3
Total	1.726	100,0

TABLA 3. Perfil del paciente dependiente de opiáceos

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>
Sexo				Trabajo			
Varón	985	83,7	83,7	Sí, estable	189	16,1	17,1
Mujer	192	16,3	16,3	Sí, inestable	175	14,9	15,8
Raza				Paro con subsidio	121	10,3	11,0
Caucásica	1.165	99,0	99,0	Paro sin subsidio	549	46,6	49,7
Gitana	8	0,7	0,7	Incapacidad	59	5,0	5,3
Árabe	3	0,3	0,3	Otros	12	1,0	1,1
Negra	1	0,1	0,1	No recogidos	72	6,1	
Estado civil				Profesión			
Soltero	797	67,7	71,4	Sin profesión	51	4,3	6,2
Casado	199	16,9	17,8	Ama de casa	3	0,3	0,4
Separado/divorciado	97	8,2	8,7	Estudiante	12	1,0	1,5
Viudo	16	1,4	1,4	Obrero no cualificado	206	17,5	25,1
Otros	8	0,7	0,7	Obrero cualificado	171	14,5	20,9
No recogidos	60	5,1		Empleado	326	27,7	39,8
Convivencia				Funcionario	13	1,1	1,6
Familia origen	836	71,0	76,6	Liberal	38	3,2	4,6
Familia propia	174	14,8	15,9	No recogidos	357	30,3	
Fam. propia + origen	32	2,7	2,9	Nivel socioeconómico			
Solo	27	2,3	2,5	Alto	34	2,9	8,2
Instituciones	5	0,4	0,5	Medio-alto	115	9,8	27,8
Sin domicilio	3	0,3	0,3	Medio	92	7,8	22,2
Otros	15	1,3	1,4	Medio-bajo	114	9,7	27,5
No recogidos	85	7,2		Bajo	59	5,0	14,3
Hermanos consumidores				No recogidos	763	64,8	
Hijo único	21	1,8	2,2	Dependencia económica			
Hermano no consumidor	694	59,0	72,3	Autonomía	92	7,8	41,4
Hermano consumidor activo	133	11,3	13,9	Dependencia	130	11,0	58,6
Hermano consumidor inactivo	112	9,5	11,7	No recogidos	955	81,1	
No recogidos	217	18,4		Escolarización			
Antecedentes padre				Primarios	287	24,4	26,9
Sin antecedentes	648	55,1	80,9	Graduado escolar	485	41,2	45,5
Alcoholismo	140	11,9	17,5	BUP/COU	253	21,5	23,7
Toxicomanía	4	0,3	0,5	Universitarios	42	3,6	3,9
Otras enfermedades psiquiátricas	9	0,8	1,1	No recogidos	110	9,3	
No recogidos	376	31,9		Red social			
Antecedentes madre				Solo	78	6,6	14,9
Sin antecedentes	742	63,0	93,3	Amigos no consumidores	230	19,5	44,0
Alcoholismo	3	0,3	0,4	Amigos consumidores	175	14,9	33,5
Toxicomanía	1	0,1	0,1	Sólo pareja	40	3,4	7,6
Otras enfermedades psiquiátricas	49	4,2	6,2	No recogidos	654	55,6	
No recogidos	382	32,5		Consumo heroína			
Pareja estable				No	17	1,4	1,4
No	480	40,8	50,8	Sí	1.160	98,6	98,6
Sí, no consumidora	320	27,2	33,9	Vía actual heroína			
Sí, consumidora	145	12,3	15,3	IV	431	36,6	37,5
No recogidos	232	19,7		Inhalada/fumada	719	61,1	62,5
Conflictividad familiar				No recogidos	27	2,3	
No	239	20,3	53,0	Vía anterior heroína			
Segunda a consumo	179	15,2	39,7	IV	416	35,3	44,5
Violencia	19	1,6	4,2	Inhalada/fumada	518	44,0	55,5
Expulsión	14	1,2	3,1	No recogidos	243	20,6	
No recogidos	726	61,7		Consumo cocaína			
				No	385	32,7	36,8
				Sí	661	56,2	63,2
				No recogidos	131	11,1	

TABLA 3. Perfil del paciente dependiente de opiáceos (continuación)

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>	<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% válido</i>
Vía actual cocaína				SIDA	269	22,9	26,6
IV + heroína IV	316	26,8	49,8	Desconocido	109	9,3	10,8
IV + heroína fumada	41	3,5	6,5	No recogidos	167	14,2	
Inhalada/fumada	277	23,5	43,7	Derivación			
No recogidos	543	46,1		Conocidos	228	19,4	72,8
Consumo metadona				Servicios infecciosos	13	1,1	4,2
No	325	26,7	91,8	Otros servicios hospitalarios	9	0,8	2,9
Sí	29	2,5	8,2	Urgencias	8	0,7	2,6
No recogidos	823	69,9		Otros	55	4,7	17,6
Consumo opiáceos				Total	313	26,6	100,0
No	286	24,3	59,0	No recogidos	864	73,4	
Sustituto heroína	182	15,5	37,5		1.177	100,0	
Conjunto heroína	17	1,4	3,5	Persona responsable			
No recogidos	692	58,8		Ninguna	9	0,8	6,2
Consumo cannabis				Madre	70	5,9	47,9
No	516	43,8	55,1	Padre	18	1,5	12,3
Sí	421	35,8	44,9	Hermano	17	1,4	11,6
No recogidos	240	20,4		Pareja no consumidora	31	2,6	21,2
Consumo alcohol				Pareja consumidora	1	0,1	0,7
No	287	24,4	38,0	No recogidos	1.031	87,6	
Sí, previo a opiáceos	99	8,4	13,1	Compartir jeringuillas			
Sí	369	31,4	48,9	Nunca	165	14,0	76,4
No recogidos	422	35,9		Antes ocasional	39	3,3	18,1
Tipo de bebida				Antes siempre	8	0,7	3,7
Cerveza/vino	177	15,0	59,6	Segue compartiendo	4	0,3	1,9
Alta graduación	120	10,2	40,4	No recogidos	961	81,6	
No recogidos	880	74,8		Reutilizar jeringuillas			
Frecuencia				Nunca	119	10,1	57,5
Diaria	209	17,8	60,8	Ocasional	68	5,8	32,9
Tres veces por semana	21	1,8	6,1	Siempre	20	1,7	9,7
Fin de semana	114	9,7	33,1	No recogidos	970	82,4	
No recogidos	833	70,8		Tendencia sexual			
Consumo de benzodiazepinas				Homosexual	8	0,7	3,8
No	266	22,6	43,3	Heterosexual	196	16,7	93,8
Sí	349	29,7	56,7	Bisexual	5	0,4	2,4
No recogidos	562	47,7		No recogidos	968	82,2	
Incidencias legales				Uso de preservativo			
No	523	44,4	51,9	Nunca	61	5,2	29,8
Multas	34	2,9	3,4	Antes no, ahora sí	20	1,7	9,8
Arrestos	215	18,3	21,4	Ocasional	41	3,5	20,0
Condenas	235	20,0	23,3	Siempre	83	7,1	40,5
No recogidos	170	14,4		No recogidos	972	82,6	
Situación legal				Implicación familiar			
Sin causas	264	22,4	52,9	Alta (siempre acompañado)	588	50,0	55,0
Pendiente de juicio	208	17,7	41,7	Media-alta	224	19,0	20,9
Libertad condicional	27	2,3	5,4	Media	125	10,6	11,7
No recogidos	678	57,6		Media-baja	73	6,2	6,8
Enfermedades psiquiátricas				Baja (solo)	60	5,1	5,6
No	730	62,0	88,7	No recogidos	107	9,1	
Sí, sin ingreso	58	4,9	7,0	Motivo alta			
Sí, con ingreso	35	3,0	4,3	Alta médica	287	24,4	24,4
No recogidos	354	30,1		Abandono	830	70,5	70,5
Situación VIH				Embarazo	9	0,8	0,8
Negativo	611	51,9	60,5	Cárcel	9	0,8	0,8
Portador	21	1,8	2,1	Traslado tratamiento	33	2,8	2,8
				Muerte	4	0,3	0,3
				Otros	5	0,4	0,4

En cuanto a la retención en el tratamiento, medida como probabilidad de supervivencia en el mismo año de iniciar la terapia, es del 26,95 % (41,21 % a los 6 meses). Si se considera sólo la probabilidad de supervivencia para quienes inician su primer tratamiento, ésta es del 29,57 % (44,35 % a los 6 meses). Quiere esto decir que un sujeto que iniciaba su primer tratamiento en la Clínica de la Naltrexona tenía una probabilidad de seguir en el mismo pasado el año del 29,57 % (figs. 1 y 2).

DISCUSIÓN

La posibilidad de generalizar y extrapolar los resultados obtenidos de un estudio al conjunto de heroinómanos requiere que el perfil del usuario sea representativo de dicha población. Conviene considerar en este orden de cosas una serie de dificultades para la extrapolación de resultados.

El entorno cultural de la población a estudio marca de manera determinante la muestra. A modo de ejemplo, la distinción entre poblaciones provenientes del entorno anglosajón y las que proceden de un medio europeo mediterráneo en cuestiones como implicación familiar, disposición de otras terapias, vectores de transmisión del VIH, etc., es clara. Este hecho determina peculiaridades en los programas terapéuticos que deben ser tenidos en cuenta para la interpretación de los datos. Así, es relativamente frecuente en el entorno anglosajón la consideración de la naltrexona como un recurso terapéutico poco válido y necesitado de una indicación muy específica para ser exitoso^{22,24}, mientras que su utilidad en países europeos mediterráneos²⁵⁻²⁷ está demostrada con tasas de retenciones habitualmente superiores a las de grupos de influencia anglosajona²⁸⁻³¹.

Incluso dentro del mismo entorno cultural cabría hallar diferencias entre los perfiles ofrecidos por los distintos recursos terapéuticos. La mayor parte de las publica-

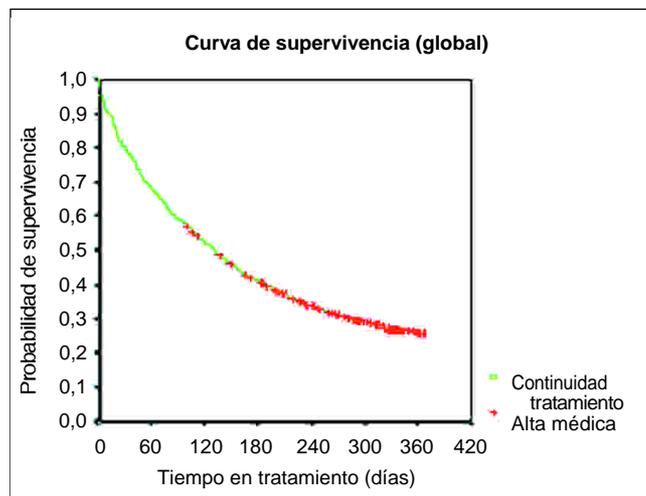


Figura 1. Curva de supervivencia. Global de tratamientos.

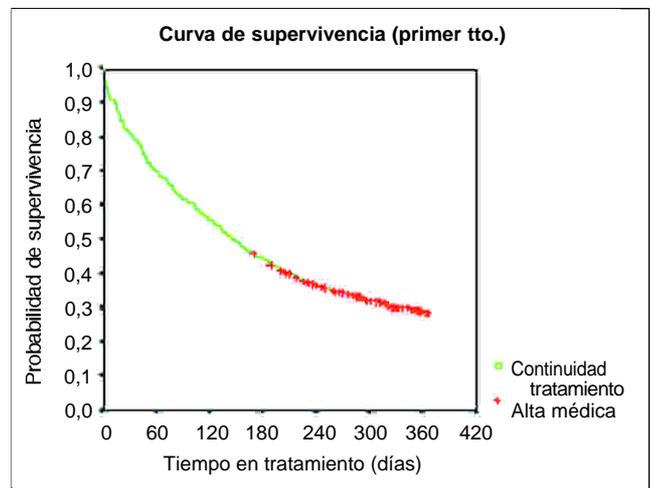


Figura 2. Curva de supervivencia. Primeros tratamientos.

ciones refieren perfiles de pacientes usuarios de un solo tipo de programas terapéuticos. Dicho perfil podría no coincidir con el encontrado en otro tipo de recursos.

El tamaño muestral (generalmente las publicaciones recogen series de casos) y la longitud temporal del estudio establecen también limitaciones a la hora de permitir comparaciones entre los diferentes estudios.

Cabe además encontrar publicaciones con las que necesariamente la comparación entre los perfiles ha de ser parcial, ya que el protocolo de recogida de datos de alguna de ellas recoge un menor número de variables o se centra en determinados aspectos de la toxicomanía.

El presente estudio, que abarca una década de tratamientos, permite englobar diferentes perfiles y costumbres de consumo, marcadas en parte por desarrollos de políticas sanitarias diversas. De esta forma se muestra una mayor heterogeneidad en la muestra, que condiciona el patrón del heroinómano medio. Los análisis ofrecidos por otras publicaciones se circunscriben generalmente a períodos más recortados de tiempo, permitiendo definir perfiles más homogéneos. Este estudio adolece de la diversidad de propuestas terapéuticas como elemento enriquecedor del perfil, pero cuenta con un amplio número de sujetos estudiados, así como con un importante conjunto de variables consideradas.

La publicación previa más amplia en número de sujetos presentada en España data de 1995. En ella, Bedate et al.³² refieren el perfil medio del paciente que inicia en naltrexona (n = 1966): sujeto varón (84%), con una edad media de 26,2 años, mayoritariamente soltero y sin pareja estable (55%), sin trabajo fijo (70%), conviviendo con sus familiares (94,3%). Su historia de adicción es la de un tiempo de consumo de heroína aproximado de 61 meses, con una dosis media de 417 mg/día, que prefieren la vía fumada o inhalada (63%) frente a la intravenosa. Cerca de la mitad de la muestra, además, abusa de cocaína, alcohol y cannabis. La primera de ellas también es más frecuentemente consumida vía fumada o inhalada (aproximadamente el 70%), con una dosis media de 3,2 g/semana.

En líneas generales el perfil del toxicómano expuesto en Bedate et al.³² coincide con el proveniente de los datos analizados en esta investigación, donde también la mayoría son sujetos varones (83,7%), jóvenes (edad media: 27,6 años), que están solteros (71,4 %) y conviven con su familia (79,5%). El nivel escolar no supera el graduado escolar en el 72,4 % de los pacientes y sólo el 17,1% tiene un trabajo estable. Tiene un tiempo medio de consumo algo superior, 90,6 meses, con una dosis media de heroína similar (0,65 g/día). La vía de consumo apenas difiere ya que la población estudiada en esta investigación utiliza la vía fumada/inhalada también de manera preferente (62,5%). Consume también cannabis, alcohol y cocaína (en un porcentaje algo mayor tanto en número como en dosis diaria). La vía preferente de consumo de cocaína difiere levemente, observándose un mayor empleo de vía intravenosa (56,3%). Se advierte de esta manera que en los aspectos y variables definidoras del perfil, sociodemográficas y de historia de consumo, ambos patrones de heroinómanos presentan características similares, variando tan sólo aquellos factores más coyunturales, como puedan ser la vía de consumo de cocaína^{22,23,33,34} y el consumo de la misma, que en los últimos años ha aumentado³⁵.

Carreño et al.³⁶, en un estudio sobre 1.368 desintoxicaciones ultrarrápidas ofrece unos datos sociodemográficos y de consumo muy similares a los presentados en este estudio. El 82% de los pacientes son varones, con una edad media de 26,2 años. La soltería también es la situación civil más frecuente, y el desempleo, la situación laboral más referida (51%). El nivel educativo se asemeja igualmente al encontrado en la presente muestra, siendo mayoritariamente básico en el 72 % de los sujetos. Si bien el tiempo de consumo era levemente inferior (4,9 años de media), la vía utilizada (fumada en el 69 % de los casos) y la dosis de heroína empleada se asemejan a los referidos en este trabajo. Se puede observar además la coincidencia en el porcentaje de sujetos (76 %) que había realizado tratamientos previos, si bien la media es mayor en el trabajo de Carreño et al. (2002)⁴. También en tratamiento de desintoxicación ultrarrápida, si bien en una muestra menor (91 pacientes), Elizagárate et al.³⁷ ofrecen datos en gran medida coincidentes con los extraídos de la muestra presentada (si bien se observan algunas particularidades explicables en parte por una mayor participación de sujetos de etnia gitana en el estudio).

En una muestra más reciente (n = 132) (iniciada en 1991-1992) y con un mayor seguimiento a lo largo del tiempo (6 años), Fernández Miranda et al.³⁸ coinciden en señalar, del análisis de usuarios de un programa de metadona, un perfil similar: varón (88,6%), de 27,9 años de media de edad, soltero (68,7%), conviviendo con la familia (cerca del 90%), con un nivel escolar inferior al graduado (69%), que está en paro (69%), sin haber ingresado en prisión (49,2%). Además refiere que una parte de la población tiene hermanos consumidores activos (15,2 %) y pareja consumidora (10,6%), está infectada por VIH (38,3 %) y tiene antecedentes psiquiátricos (12,2 %).

También en programa de metadona, Gimeno et al.³⁹ describen una muestra de 197 pacientes. La mayor parte de las variables aportadas (distribución de género, convivencia familiar, tipos y vía de consumo, situación VIH) son similares a las referidas en el presente trabajo. El porcentaje de sujetos con antecedentes legales es significativamente mayor, circunstancia explicable, como algunas otras diferencias, por la inclusión en el estudio señalado de población penitenciaria. En el análisis de datos de una población de 60 pacientes, March Cerdá et al.⁴⁰ también presentan datos similares en cuanto a media de edad, distribución de sexos, edad de inicio en el consumo (un poco mayor que la presentada en este estudio) y situación laboral. Se diferencia, no obstante, en una menor incidencia de infección por VIH (sólo 16,7 % es VIH positivo) y menor frecuencia de sujetos que emplean actualmente la vía intravenosa para administrarse la droga (21,7%).

Además de mantener la similitud en las variables ya comentadas en relación con la publicación de Bedate et al.³², los datos aportados por los nuevos trabajos expuestos contribuyen a reforzar la coincidencia del perfil de adictos a opiáceos. En la muestra estudiada (n = 1.177), el porcentaje de sujetos adictos con antecedentes psiquiátricos es del 11,3%; tienen hermanos consumidores activos un 13,9% y pareja también adicta un 15,3%. Más de la mitad de la muestra carece de implicaciones legales (51,9 %) y el 28,7 % están infectados por VIH (teniendo además en cuenta que cerca de un 10% desconocen su situación al respecto).

Estos y otros estudios⁴¹⁻⁴⁷ corroboran que los datos aquí analizados pertenecen a sujetos heroinómanos representativos al menos del perfil medio del drogodependiente de heroína español y por tanto no sólo de los heroinómanos en programas de naltrexona. Las concordancias en otras variables distintas de las ya analizadas y referidas en publicaciones puntuales no hacen sino confirmar dicha circunstancia. Así, Landabaso et al.²⁷ señalan un 63% de sujetos de su muestra que han realizado deshabituciones previas (excluidos los programas de naltrexona; en la población en estudio alcanzaba el 74,7%, si bien ese porcentaje sí incluía tratamientos previos con naltrexona), y la historia de consumo señalada en 1998 por San Narciso et al.⁴⁸ (pacientes en tratamiento con naltrexona) coincide con la de los sujetos aquí referida (aún era mayor el porcentaje de consumidores de cocaína en el presente estudio).

Estudios enfocados de manera específica a la comorbilidad psiquiátrica⁴⁸⁻⁵¹ señalan una mayor tasa de enfermedades psiquiátricas que la hallada en la población en estudio. Conviene, no obstante, recordar que el ítem a tal efecto en el protocolo empleado recoge sólo antecedentes psiquiátricos referidos, y por tanto previos al inicio, y que ningún test es empleado en la primera entrevista para confirmar rasgos de personalidad o patología psiquiátrica. Las publicaciones específicas del tema, por su parte, evalúan y diagnostican de diferentes maneras la patología de sujetos ya en tratamiento.

En cuanto a la retención en tratamiento, hay pocas publicaciones que empleen como referencia la técnica de

supervivencia y expresen, por tanto, el dato de retención como probabilidad de supervivencia. Además, habitualmente hacen referencia a periodos limitados de tiempo (6 meses). Pocos casos refieren resultados al año de tratamiento. Judson y Goldstein⁵² indican un 64% de abstinencia en ese período de tiempo y Lerner et al.⁵³ de un 40%. Resnick et al.⁵⁴, sobre 81 pacientes, señalan una retención de 33% al año; D'Ippoliti et al. refieren que el 18% de su muestra se mantiene en el programa pasado ese período de tiempo⁵⁵, tasa menor que la encontrada en este estudio (29,57% para los primeros tratamientos; 26,95% para el total).

Kleber y Kosten⁵⁶ informan de una retención a los 6 meses del 35%, Greenstein et al.³⁰ del 32%, Ling y Wesson¹⁹ del 53% y Albanese et al.⁵⁷ del 55%. Tasas mayores de retención las refieren Gold et al.⁵⁸ (80%) y Washton et al.⁵⁹ (63%). En el mismo entorno de este estudio las tasas de retención para el mismo período de tiempo varían desde un 30% informado por Pino⁶⁰ hasta un 61% referido por Avila et al.⁶¹, pasando por tasas del 37²⁶, 45^{21,62}, 50⁶³, 51⁴⁴ y 59%³⁷. Los datos aportados por el estudio de mayor tamaño muestral (Bedate et al.)³², 1.966 pacientes y 6 meses de seguimiento, indican un 42% de abstinencia en ese período³². En la muestra presentada la tasa de retención para el mismo período de tiempo es del 44,35% (para los primeros tratamientos) (41,21% para el global de tratamientos), similar a la de las publicaciones referidas para el entorno.

Algunas de las dificultades señaladas para otros estudios se repiten en el trabajo presentado. Circunscripción a una determinada oferta terapéutica y heterogeneidad de la muestra debida en parte a que se abarca una década entera de seguimiento, son quizá las más importantes limitaciones del estudio.

Sin embargo, se puede concluir que los datos que definen el paciente prototipo del presente estudio coinciden con los referidos en las diversas publicaciones que sobre el tema se han hecho en España y que, por tanto, puede ser una muestra de referencia para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US Mental and Addictive Disorders Service System. Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:85-94.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
3. Russell JM, Newman SC, Bland RC. Drug abuse and dependence. *Act Psychiatr Scand* 1994(Suppl 376):54-62.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 8.ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1999.
5. O'Connor PG, Fiellin DA. Pharmacologic treatment of heroin-dependent patients. *Ann Intern Med* 2000;133(4):54.
6. Haro G, Martínez-Raga J, Castellano M, Bolinches E, De Vicente P, Valderrama JC. Prescripción médica de heroína:

¿existe evidencia científica de su eficacia en el tratamiento de la dependencia de la misma? *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(5):343-8.

7. Ochoa Mangado E. Dependencia de sustancias. En: Ochoa Mangado E, editor. Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona. Col Psiquiatría 21. Dir. Prof. Saiz Ruiz J. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría Editores, 2001a.
8. Observatorio Nacional sobre Drogas. Informe n.º 4. Plan Nacional de Drogas. Ministerio del Interior, 2001.
9. Van der Burgh C. A review of the drug abuse situation in the world. En: *Epidemiologic trends in drug abuse*. NIDA 1999; 135-40.
10. Hartnoll R. Drug trends in the European Union. En: *Epidemiologic trends in drug abuse*. NIDA 1999;49-58.
11. NIDA. Heroin, abuse and addiction. Research Report. NIDA 2000.
12. Baca-García E, García A, Ochoa E. Historia psiquiátrica estructurada en la interconsulta hospitalaria a toxicomanías/sida. *Revista Española Drogodependencias* 1999;2481:60-70.
13. Cacabelos R. Aplicaciones generales y específicas de los ordenadores. *JANO* 1988;35:87-102.
14. Escolar F, Escolar JD, Sampérez AL, Alonso JL, Rubio MT, Martínez-Berganza MT. Informatización de la historia clínica en un servicio de medicina interna. *Med Clin* 1992;99:17-20.
15. Roca J. Cómo y para qué hacer un protocolo. *Med Clin (Barc)* 1996;106:257-62.
16. Madoz-Gúrpide A. Efectividad de la naltrexona en la dependencia de opiáceos. Factores pronósticos. Tesis doctoral. Alcalá de Henares, 2002.
17. Kramer MS, Boivin JE. Toward an «unconfounded» classification of epidemiologic research design. *J Chron Dis* 1987; 40(7):683-8.
18. Clasificación Internacional de la Enfermedades. Décima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1993.
19. Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, Klett CJ. A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(5):401-7.
20. Juez Martel P, Díez Vegas FJ. Probabilidad y estadística en medicina. Madrid: Díaz de Santos, 1996.
21. Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Herrera A, Murua F, Gutiérrez M. Tasas de retención y consumo en un programa de antagonistas opiáceos. Un análisis de supervivencia. *Adicciones* 1997;9(1):7-21.
22. Kosten TR. Current pharmacotherapies for opioid dependence. *Psychopharmacol Bull* 1990;26(1):69-74.
23. Warner EA, Kosten TR, O'Connor PG. Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse. *Med Clin North Am* 1997; 81:909-25.
24. Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence (see comments). *Lancet* 1999;353(9148):221-6.
25. Ochoa E, Arias F, Ciudad A, Martín MJ. Deshabitación con naltrexona en la dependencia de opiáceos: un estudio evolutivo. *Rev Esp Drogodep* 1993;18:233-46.
26. Gutiérrez M, Ballesteros J, González-Oliveros R, Ruiz J. Retention rates in two naltrexone programmes for heroin addicts in Vitoria, Spain. *Eur Psychiatry* 1995;10:183-8.
27. Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruiz de Apodanca J, Pérez B, Gutiérrez-Fraile M. Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. *Adicciones* 1996;8(1):67-74.
28. Schecter AJ, Friedman JG, Grossman DJ. Clinical use of naltrexone (EN-1639A). Part I: Safety and efficacy in pilot studies. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1974;1:253-69.

29. Lewis D, Hersch R, Black R, Mayer J. Use of narcotic antagonists (naltrexone) in an addiction treatment program. *Research Monograph Series. NIDA* 1976;9:99-105.
30. Greenstein RA, Arndt IC, McLellan AT, O'Brien CP, Evans B. Naltrexone: a clinical perspective. *J Clin Psychiatry* 1984; 45:25-8.
31. Capone T, Brahen L, Condren R, Kordal N, Melchionda R, Peterson M. Retention and outcome in a narcotic antagonist treatment program. *J Clin Psychol* 1986;42:825-33.
32. Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Solé J. Evaluación del tratamiento de los heroinómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. *Avances en drogodependencias. Ediciones en Neurociencias* 1995;129-60.
33. Torres Tortosa M, Ruiz López de Tejada M, Fernández Elías M, Pérez Pérez C, Fernández Conejero E, Ugarte I, et al. Cambios en la vía de administración de la heroína y frecuencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin* 1995;104(7):249-52.
34. Pérez Jiménez JP, Salvador Robert M. Transiciones en la vía de administración de heroína. Estudio en una muestra española. *Adicciones* 1997;9:23-36.
35. Cami J, Rodríguez ME. Cocaína: la epidemia que viene. *Med Clin* 1988;91:2:71-6.
36. Carreño JE, Bobes J, Brewer C, Álvarez CE, San Narciso GI, Bascarán MT, Sánchez del Río J. 24-hour opiate detoxification an antagonist induction at home- the «Asturian Method»: a report on 1,368 procedures. *Addict Biol* 2002;7(2):243-250.
37. Elizarrate E, Gutiérrez M, Fernández C, Figuerido JL, González-Pinto A, Jiménez JM. Antagonización rápida de opiáceos: eficacia en una muestra de 91 pacientes. *Psiquiatría. COM (revista electrónica)* 1998 diciembre (citado 5 mar 2003);2(4):(27 pantallas). Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_4.htm.
38. Fernández Miranda JJ, González García-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Gutiérrez Cienfuegos E, Bobes García J. Retención a los 6 años en un programa de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Rev Esp Drogodep* 2001;26(1):43-56.
39. Gimeno C, Esteban J, Pellin MC, Climent JM, Camacho I, Gimeno MJ, et al. Mejoría de la gravedad de la adicción en los tratamientos con metadona. *Adicciones*, 2002;14(2): 151-60.
40. March Cerdá JC, Aceijas Hernández C, Carrasco Limón E. Evaluación de los tratamientos con metadona en Andalucía (ETMA). Resultados del estudio piloto. *Adicciones* 2001;13(2):153-8.
41. López-Ibor AJ, Pérez de los CJ, Ochoa E, Hernández HM (Maintenance treatment for opiate dependence at a naltrexone clinic). Tratamiento de mantenimiento de la dependencia a opiáceos en una clínica de naltrexona. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1990;18(5):296-305.
42. Ochoa E, Arias F, Somoza JC, Vicente N, Jordá L. Retención en un programa de mantenimiento con naltrexona: 2 años de seguimiento. *Adicciones* 1992;4(3):207-14.
43. Soplana P, Diéguez A, Bautista L. Perfil de los drogodependientes que ingresan en una unidad de desintoxicación hospitalaria durante un período de cuatro años y medio. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1992;20:81-91.
44. Arias F, López-Ibor JJ, Ochoa E. Predictores evolutivos en un programa de mantenimiento con naltrexona. *Adicciones* 1996;8:479-500.
45. Secades Villa R, Fernández Rodríguez R, Fernández Herminida JR. Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones* 1998;10(1):53-8.
46. Agencia Antidroga. Plan Regional sobre Drogas. Comunidad de Madrid. Memoria 2000.
47. Santos Díez P, García Merita ML, Barreto Martín P. Variables psicológicas predictoras de evolución en una Unidad de Deshabitación Residencial (UDR). *Anales de Psicología* 2001;17(2):171-6.
48. San Narciso GI, Carreño JE, Pérez SE, Álvarez CE, González MP, Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroinómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones* 1998;10(1):7-21.
49. García A, Ezquiaga E. Estudio clínico-descriptivo por sexos de una muestra de 433 drogodependientes. *Adicciones* 1991;3(4):349-57.
50. Arias Horcajadas F. Trastornos psiquiátricos en dependientes de opiáceos en tratamiento de mantenimiento con naltrexona. Tesis doctoral. Alcalá de Henares, 1995.
51. Arias F, López Ibor JJ, Ochoa E. Comorbilidad psiquiátrica en dependientes de opiáceos en tratamientos con naltrexona. *Adicciones* 1997;9(2):235-53.
52. Judson BA, Goldstein A. Naltrexone treatment of heroin addiction: one-year follow-up. *Drug Alcohol Depend* 1984; 13:357-65.
53. Lerner A, Sigal M, Bacalu A, Shiff R, Burganski I, Gelkopf M. A naltrexone double blind placebo controlled study in Israel. *Israel J Psychiatry Related Sci* 1992;29:36-43.
54. Resnick R, Aronoff M, Lonborg G, et al. Clinical efficacy of naltrexone: a one year follow up. *NIDA Res Monogr* 1976; (9):114-7.
55. D'Ippoliti D, Davoli M, Perucci CA, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dosage. *Drug Alcohol Depend* 1998;52(2):167-71.
56. Kleber HD, Kosten TR. Naltrexone induction: psychologic and pharmacologic strategies. *J Clin Psychiatry* 1984;45:29-38.
57. Albanese AP, Gevirtz C, Oppenheim B, Field JM, Abels I, Eustace JC. Outcome and six month follow up of patients after Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD). *J Addict Dis* 2000;19:11-28.
58. Gold MS, Dackis CA, Washton AM. The sequential use of clonidine and naltrexone in treatment of opiate addicts. *Adv Alcohol Substance Abuse* 1984;3:19-39.
59. Washton AM, Pottash AC, Gold MS. Naltrexone in addicted business executives and physicians. *J Clin Psychiatry* 1984; 45:4-6.
60. Pino Serrano C. Desintoxicación rápida de opiáceos. Estudio descriptivo sobre 50 pacientes heroinómanos y su seguimiento a 1, 3 y 6 meses. *Psiquiatría Pública* 1996;8(5):279-91.
61. Avila JJ, Ortega L, Rodríguez F, Pérez A, Izquierdo JA, Garrido E. Tratamiento de pacientes dependientes de opiáceos con naltrexona y abordaje psicoterapéutico. XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Salamanca, 1993.
62. Ariño J, Tejero JA, Pérez I, Mendia A, Estébanez A. Evaluación de un programa de naltrexona en un servicio ambulatorio de toxicomanías. *Adicciones* 1993;5:53-66.
63. Ochoa E, Cebollada A, Ibáñez A. Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos. *Adicciones* 1994;6(1):51-60.