

Consumo de drogas ilegales y alcohol antes y a lo largo de 6 años de mantenimiento con metadona y variables relacionadas

FERNÁNDEZ MIRANDA, J.J.*; GONZÁLEZ G^a-PORTILLA, M.P.; SÁIZ MARTÍNEZ, P.A.**;
GUTIÉRREZ CIENFUEGOS, E.***; BOBES GARCÍA, J.****

* Responsable Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Servicios de Salud Mental de Asturias. Área III. ** Prof. Titular. Área de Psiquiatría. Dpto. de Medicina. Universidad de Oviedo. *** Responsable Unidad de Tratamiento de Toxicomanías. Servicios de Salud Mental de Asturias. Área V. **** Catedrático de Psiquiatría. Dpto. de Medicina. Universidad de Oviedo.

Enviar correspondencia a:

Juan José Fernández Miranda. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías (Servicios de Salud Mental de Asturias). C/ Llano Ponte, 49 bajo. 33400 - Avilés (Asturias)
Tel.: 985 51 06 20. Fax: 985 54 29 92. E-mail: miranvilla@inicia.es

RESUMEN

Objetivo: conocer el uso de drogas ilegales y alcohol de una población heroínómana antes y durante seis años de permanencia en tratamiento de mantenimiento con metadona.

Metodología: se estudiaron 132 dependientes de opiáceos que comenzaron PMM, siendo seguidos durante seis años. Se les realizaron urinoanálisis durante el tratamiento (opiáceos, cocaína, benzodiacepinas) y serología de VHB, VHC y VIH. Se les administró un cuestionario "ad hoc" al comenzar tratamiento y a los seis años, incluyendo consumo de drogas.

Resultados: al inicio del tratamiento el 100% usaba heroína, fundamentalmente i.v., el 34% cocaína, el 53'1% benzodiacepinas y el 41'4% más de 40 gr/d de alcohol. Durante el tratamiento descendió el consumo de heroína y cocaína, especialmente tras el primer año. A los seis años, 3/4 partes se mantenían abstinentes a heroína y cocaína. Apenas se usaba la vía i. v. La mitad habían consumido BZDs. Sólo el 9'5% bebía más de 40 gr/d de alcohol. El abuso pretratamiento de cocaína, los antecedentes penales, el ser VIH+ y el tener un trastorno depresivo, por ansiedad o de personalidad se relacionaron con el uso de drogas o abuso de alcohol durante el tratamiento.

Conclusiones: el PMM disminuyó claramente el consumo de heroína y las prácticas de riesgo, además de ayudar a disminuir el de cocaína y alcohol, sin incidir en el de BZDs, concretándose los resultados a partir del primer año de tratamiento. La infección por el VIH, la codependencia y la comorbilidad psiquiátrica empeoran el pronóstico.

Palabras clave: mantenimiento con metadona, uso de drogas, prácticas de riesgo, alcohol, resultados de tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La década de los 90 se ha caracterizado por la consolidación de los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, y por su rápida extensión, existiendo un consenso internacional de acepta-

ABSTRACT

Objective: to know use of illegal drugs and alcohol before and during 6 years of methadone maintenance treatment by a heroin dependent population.

Methodology: 132 opiate dependents who begun MMT were studied. They were followed for six years. Heroin, cocaine and benzodiacepinas urine analysis were made during treatment, and also HCV, HBV and HIV tests. An "ad hoc" protocol, including pretreatment and six-year follow-up drug use, was performed.

Results: at treatment beginning, 100% used heroin (mainly i. v.), 34'6% cocaine, 53'1% benzodiacepinas and 41'4% more than 40 gr/d of alcohol. Along treatment, a clear decrease in heroin and cocaine use was confirmed, specially after first year. After six years of MMT, 3/4 of them were abstinent to heroin and cocaine. Consumers didn't use i. v. route. 50% used benzodiacepinas. Only 9'5% drunk more than 40 mg/d of alcohol. Pretreatment cocaine abuse, legal problems, HIV infection and depressive, anxiety or personality disorders were related with illegal drugs and heavy alcohol use during treatment.

Conclusions: MMT showed its effectiveness not only in the heroin use and risk behavior clear reduction but also in helping to decrease cocaine and alcohol consumption, without relevant changes in BZDs use. Good results are evidents after first year of treatment. HIV infection, psychiatric comorbidity and codependence were linked to a worse prognosis.

Key words: methadone maintenance, drug use, risk behavior, alcohol, treatment outcomes.

ción de la terapia sustitutiva. A pesar del extraordinario incremento en nuestro país de los pacientes en PMM desde 1990, la evaluación de los resultados de los mismos es muy escasa y parcial, máxime cuando existe una gran heterogeneidad entre Comunidades Autónomas respecto a los objetivos y diseño de estos

programas (RGUEZ-MARTOS, 1994; CASAS, 1995). Por ello, parece necesario conocer los resultados de las intervenciones y los factores a revisar para un mejor aprovechamiento de estos recursos. Sólo de esta forma se consolidarán los mantenimientos con agonistas opiáceos como un verdadero tratamiento de la dependencia de heroína.

La disminución o abandono del uso de opiáceos ilegales en los PMM ha sido constatado por numerosos autores desde su implantación (MARSCH, 1998; FERNÁNDEZ, 1999). Respecto al consumo de otras drogas ilegales, y aunque se ha criticado a menudo el consumo de cocaína en los PMM, lo cierto es que también gran número de autores señalan la disminución de su consumo. No hay tanto consenso respecto al consumo de benzodiacepinas, siendo los estudios al respecto menos numerosos.

KREEK (1989) encuentra que los mejores resultados en cuanto a abstinencia de heroína por los pacientes de PMM oscilan entre el 85 y el 98%, con un descenso en el consumo de cocaína entre el 30 y el 40%. MAGURA ET AL (1991) señalan una disminución del consumo de cocaína del 84% en el mes previo al tratamiento al 66% al año de iniciarse el mismo. El informe realizado para el Congreso Norteamericano (USAGAO, 1990), encuentra a los seis meses de iniciado el tratamiento que el consumo de heroína oscila entre el 1% y el 47% y el de cocaína entre el 3% y el 40%.

YANCOVITZ ET AL (1991) evidencian la disminución del consumo de opiáceos ilegales al mes entre los sujetos mantenidos con metadona (29%) y los que no (60%). CHAISON ET AL (1989) hallan una disminución del 94% en el consumo de heroína y del 64% de cocaína. KOLAR ET AL (1990) refieren un consumo de cocaína en las clínicas que estudian entre el 5'9 y el 33%. GRONBLADHY GUNNE (1989) señalan un abandono del consumo de heroína en el 75% de los casos. El trabajo de BALL Y ROSS (1991) muestra a los seis meses de tratamiento un 77% de pacientes que han abandonado el uso de heroína, que se eleva al 92% a los 4'5 años del mismo; la cocaína es consumida por el 28% a los seis meses, y por el 17% en los que están 4'5 años o más; el uso de tranquilizantes varía menos (del 22% a los seis meses al 17% a los 4'5 años).

Por tanto, los PMM, y refutando las críticas recibidas al respecto (CHAISON, 1989), no estimulan el consumo de cocaína, sino que, subsidiariamente al abandono del consumo de heroína, parece producirse igualmente el de la cocaína (DUNTEMAN ET AL, 1992).

Las benzodiacepinas son utilizadas por un 18% de pacientes en PMM según BALL Y ROSS (1991). No obstante, no hay evidencias de que su consumo se incremente en éstos (DARKE ET AL, 1992; SWENSEN

ET AL, 1993). Al contrario, varios estudios apuntan hacia su reducción (GRONBLADHY Y GUNNE, 1990; BALL Y ROSS, 1991; CHUTUAPE ET AL, 1997).

Respecto al alcohol, varias investigaciones señalan un 15-40% de problemas de abuso de alcohol entre pacientes de PMM (BALL Y ROSS, 1991; EL BASSEL ET AL, 1993; FAIRNBANK ET AL, 1993). Y que se produce un incremento entre 1'5-3 veces comparado con el periodo previo al comienzo en el programa (MCGLOTHIN Y ANGLIN, 1981). Otros estudios rebaten estos datos. Uno de ellos (BALL Y ROSS, 1991), muestra que tras finalizar los tratamientos, sean comunidades terapéuticas o programas de metadona, los adictos incrementan su consumo de alcohol el año siguiente al alta. Otro (FAIRNBANK ET AL, 1993), destaca que tras varios años en PMM el consumo de alcohol decrece. Por último, el T.O.P.S. (HUBBARD ET AL, 1984) señala que el abuso de alcohol es una variable que no cambia antes y al año de tratamiento, no estando relacionada con el hecho de estar o no en PMM.

Al contrario que las variables relativas al sujeto, existe un amplio consenso entre los investigadores en señalar que las características del tratamiento tienen una importante incidencia en la efectividad del mismo, siendo la dosis la más ampliamente estudiada (USAGAO, 1990; BALL Y ROSS, 1991; D'AUNNO Y VAUGHM, 1992; CASAS, 1995; MAGURA ET AL, 1998). Los criterios actuales abogan por una individualización de la dosis, situándose en general el intervalo efectivo de mantenimiento entre 50-100 mg. ó 60-120 mg. Numerosos estudios señalan que dosis bajas se relacionan con consumo de drogas (BALL Y ROSS, 1991; D'AUNNO Y VAUGHM, 1992; STRAIN, 1993).

El estudio de BATTEN ET AL (1991) sobre más de 100.000 pacientes en PMM relaciona dosis insuficientes con escasa efectividad del tratamiento, así como el de D'AUNNO y VAUGHN (1992). También el de BALL y ROSS (1991), el de CAPLEHORN ET AL (1993) y el de STRAIN ET AL (1993) confirman este hecho. SWENSEN ET AL (1993) muestran que el uso de opiáceos fue significativamente menor en los sujetos que recibían más de 80 mg. de metadona, pero que el consumo de benzodiacepinas aumentaba con las dosis mayores. Sin embargo, MADDUX ET AL (1991) apenas encuentran diferencias en cuanto a consumo de opiáceos ilegales entre aquellos pacientes con dosis superiores a 50 mg. y los que las tienen menores, siendo la permanencia en tratamiento durante más de tres años la que se relaciona con un marcado descenso de consumos.

Como se puede apreciar, la mayoría de los estudios sobre la evolución a medio/largo plazo de los pacientes en PMMs en cuanto al uso de drogas son del ámbito anglosajón. La hipótesis de esta investigación era que también en nuestro medio el consumo de drogas entre los adictos en PMM disminuía consi-

derablemente, siempre y cuando permaneciesen en él el tiempo necesario (no menos de dos años). El objetivo de este estudio era, por un lado, conocer las características sociodemográficas, clínico-toxicológicas de la población atendida en un PMM. Y por otro, averiguar la situación de consumo de drogas del grupo durante seis años de tratamiento, y las variables que en él influían.

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS

La población estudiada está compuesta por 132 dependientes de opiáceos que comenzaron tratamiento en la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Avilés (perteneciente a los Servicios de Salud Mental de Asturias) en 1991, año de su apertura, y que fueron seguidos durante seis años de tratamiento en el PMM. El PMM evaluado puede calificarse de media exigencia, pues no existe lista de espera, ni limitación temporal de tratamiento ni de dosis de metadona, siendo los criterios de inclusión los mínimos que marcaba el R. D. de 1990 sobre tratamientos con sustitutos opiáceos. Los motivos de expulsión son la violencia verbal o física y el tráfico o consumo de drogas en el centro. Los objetivos generales del tratamiento, no descartando la abstinencia y el paso a un programa libre de drogas, se enmarcan en la reducción de daños asociados al consumo y la mejora de la calidad de vida de los adictos.

Variables analizadas.

Variables relativas al sujeto: sociodemográficas (sexo, edad, tipo de convivencia, situación laboral, nivel de instrucción y situación legal); clínicoasistenciales (antecedentes familiares de consumo de drogas y psicopatológicos, seropositividad al VIH, VHB y VHC, sobredosis, antecedentes psicopatológicos personales y tratamientos previos de la dependencia), y toxicológicas (edad de inicio en el consumo de diversas drogas, años de consumo, dosis y vía de administración de cada droga y prácticas de riesgo en el uso).

Variable relativa al tratamiento: dosificación de metadona.

Variables criterio: consumo de heroína y cocaína durante todo el tratamiento, y de BZDsE durante el trimestre previo al seguimiento (resultados de urinoanálisis); consumo de drogas ilegales o psicofármacos extraterapéuticos (mediante entrevista), de riesgo de alcohol (> 40 gr/día) y prácticas de riesgo durante los 6 meses previos; seroconversión VIH, VHB y VHC, y sobredosis durante el tratamiento.

Instrumentos utilizados para la recogida de datos.

Al comenzar el tratamiento, y a los seis años de continuar en el mismo, se completó un cuestionario "ad hoc"; incluyendo variables sociodemográficas y clínicas. Durante el seguimiento se realizó anualmente serología VIH (EIA y Western-Blot), VHB y VHC a todos los que continuaban en tratamiento (y no eran previamente positivos).

Durante todo el tratamiento, los sujetos estudiados se les realizó aleatoriamente tres controles de orina mensuales buscando opiáceos ilegales y cocaína (mediante el método de enzimoimmunoensayo EMIT-DAU, estableciéndose el punto de corte positivo en 300 ng/ml para las tres sustancias). Los resultados de los mismos se agruparon por trimestres, categorizándolos en "abstinentes" (100% negativos), "consumidores ocasionales" (<50% positivos), "consumidores frecuentes" (>= 50% positivos) y "consumidores habituales" (100% positivos). E igualmente se hizo el trimestre previo al seguimiento de benzodiazepinas.

Análisis estadístico de los datos.

La prueba estadística empleada fue la ji-cuadrado, ya que las variables cuantitativas se dicotomizaron, pasando a ser cualitativas, para evitar la baja frecuencia de algunas categorías. El nivel de significación estadística quedó establecido en el 5%. El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS+.

RESULTADOS

Perfil del grupo. Historia de consumo de drogas previa al inicio del PMM

El perfil del usuario de la Unidad, al inicio del tratamiento, correspondía a un varón de entre 25 y 30 años, que convivía con su familia de origen (en la que no era difícil que hubiese más afectados), con escasa cualificación profesional y nivel de instrucción, en paro y con antecedentes legales. El 78'6% de los sujetos habían tenido hepatitis B. El 75'4% tenía hepatitis C. Eran seropositivos al VIH el 38'3%. Habían tenido sobredosis (con atención médica de urgencia) el 32%. Habían tenido un diagnóstico psiquiátrico previo el 12'2%. En lo referente a los antecedentes familiares, los de etilismo entre los progenitores llegaron al 36'4%; y de uso de drogas ilegales entre los hermanos al 19'2% (Tabla 1). Durante el tratamiento sólo se produjeron tres seroconversiones VIH. Se detectaron un 33'3% probables casos de depresión, un 21'4% de trastornos por ansiedad y un 51'3% de trastornos de personalidad.

TABLA 1: Características sociodemográficas y clínicas al inicio del tratamiento.

EDAD (X=27,9 AÑOS)	<=25 años: 35,6%	26-30 años: 36,4%	> 30 años: 28%
SEXO	hombres: 88,6%	mujeres: 11,4%	
ESTADO CIVIL	solteros: 68,7%	casados: 22,1%	viud. divor, sep: 9,2%
CONVIVENCIA	solo: 10,6%	fam orig: 72,7%	fam propia: 16,7%
CONVIV. CON OTROS TOXIC.	hnos: 15,2%	pareja: 10,6%	no: 74,2%
NIVEL DE ESTUDIOS	< gr esc: 21,2%	grdo esc: 47,%	>grdo escolar: 31,8%
CUALIFIC. PROFESIONAL	sin prof: 18,9%	no cualif: 49,2%	semicualific: 25,8%
SITUACIÓN LABORAL	trabaja: 13,6%	paro: 69%	ilt, jubilado: 17,4%
DETENCIONES	nunca: 26%	1 vez: 23,1%	> 1 vez: 50,9%
JUICIOS PENDIENTES	sí: 34,6%	no: 65,4%	
PRISIÓN	nunca: 49,2%	< 6 meses: 21,5%	=> 6 meses: 29,3%
ANTEC. FAMILIARES	etilismo: 36,4%	drogas: 19,2%	psiquiátricos: 12,5%
A. P. PSIQUIÁTRICOS	12,2%	TTOS. PREV. DD.	96,7%
SOBREDOSIS	32%	INFECCIÓN VIH	38,3%
INFECCIÓN VHB	78,6%	INFECCIÓN VHC	75,4% %

El uso de alcohol según refirieron los pacientes comenzó a los 15 años (\bar{x} = 15'1; D.E. 3'1). El contacto con drogas ilegales se produjo con los derivados del cannabis entre los 15 y los 16 años (\bar{x} = 15'7; D.E. 4'2 años). Continuó con anfetaminas y alucinógenos entre los 16 y los 17 años, para iniciarse en la heroína hacia los 19 (\bar{x} = 18'9; D.E. 3'8 años). Posteriormente, entre los 20 y los 21 años, comenzaron a ser usados cocaína, otros opiáceos y benzodiacepinas. El número de drogas usadas por esta población (6 ó 7 en el 76'7% de los casos) la definía como de policonsumidores. En el mes previo al contacto con la unidad, el 34'6% consumía cocaína además de la heroína, el 53'1% benzodiacepinas extraterapéuticas y el 41'4% más de 40 gr/día de alcohol.

La heroína había sido consumida casi por la totalidad de los entrevistados (93'8%) principalmente por vía endovenosa y durante más de ocho años (\bar{x} = 8'8 años; D.E. = 2'1). Tan sólo el 3'1% de los sujetos no habían tenido ningún tratamiento previo de su dependencia (\bar{x} = 2'4; D.E. = 0'8).

Respecto a la variable tratamiento, la dosis media de metadona era de 68'5; D.E. = 16'4 mg.

Uso de drogas durante el tratamiento y variables relacionadas

La evolución a lo largo de los 24 trimestres del estudio de los resultados de los controles de orina queda reflejada en el Gráfico 1 (heroína) y en el 2 (cocaína). El porcentaje de "orinas sucias" (con positivos) en sus diversas categorías fue disminuyendo a medida que avanzaba el tiempo en tratamiento, estabilizándose las categorías a partir del primer año o año y medio, tanto para los opiáceos ilegales como para la cocaína (siendo más evidente en este último caso). Durante el trimestre previo al seguimiento los urinoanálisis de benzodiacepinas reflejaron que en ese tiempo un 43'9% las había utilizado extraterapéuticamente (BZDs E).

GRÁFICO 1: CONSUMO DE HEROÍNA DURANTE EL TTO.
(% urinoanálisis positivos por trimestres)

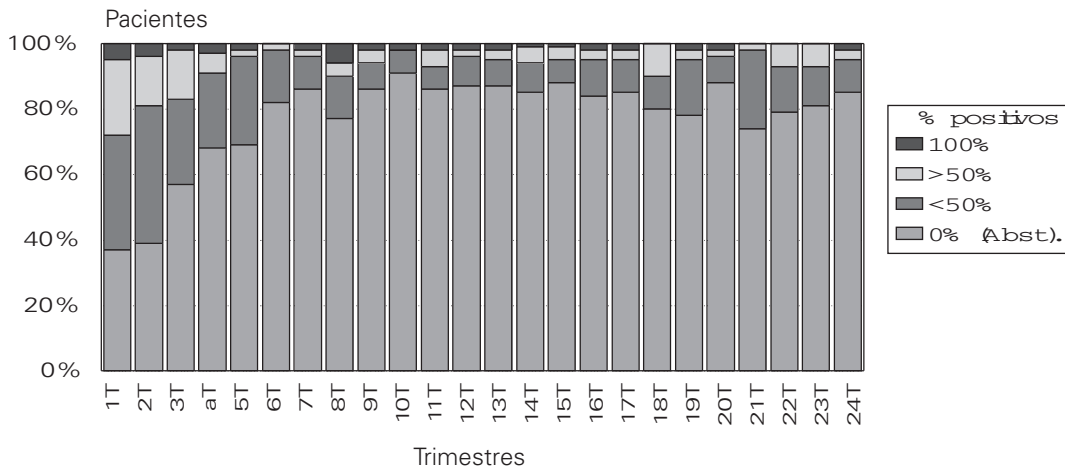
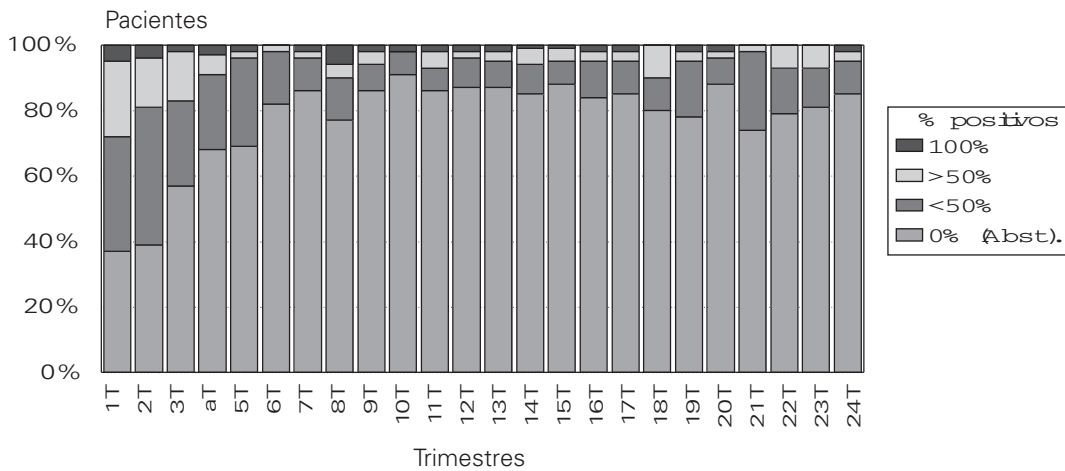


GRÁFICO 2: CONSUMO DE COCAÍNA DURANTE EL TTO.
(% urinoanálisis positivos por trimestres)

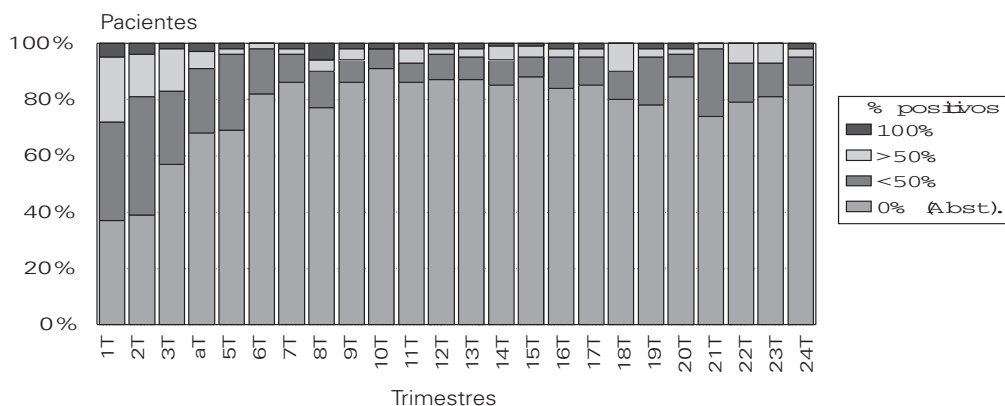


Retenciones en tto.: 4T: 81,6%; 8T: 74,7%; 12T: 71,3%; 16T: 71,2%; 20T: 70,7%; 24T: 70,1%

Por otro lado, en los seis meses previos a la entrevista de seguimiento la abstinencia referida fue del 74'4% para la heroína y del 76'6% para la cocaína, lo que coincidió en gran medida con los hallazgos analíticos. Un 81'4% de los entrevistados no utilizó nunca la vía intravenosa durante los últimos 6 meses para el consumo de drogas, y sólo un 7'1% compartió el material de inyección en algún momento durante esos 6 meses.

Respecto al consumo durante el mes previo a la entrevista de seguimiento, el 88'1% refirió abstinencia a heroína, el 85'7% a cocaína, el 71'4% a derivados cannábicos, el 95'2% a derivados anfetamínicos y el 50% a benzodiazepinas (incluidas extra y terapéuticas). En cuanto al alcohol, un 90'5% no bebía cantidades elevadas (> 40 gr./día: "bebedor de riesgo"). Los cambios en el uso de drogas pretratamiento vs. seguimiento a los seis años quedan resumidos en la Tabla 2.

TABLA 2: Cambios sociofamiliares y clínicos pretto. vs seguimiento 6 años



Retenciones en tto.: 4T: 81,6%; 8T: 74,7%; 12T: 71,3%; 16T: 71,2%; 20T: 70,7%; 24T: 70,1%

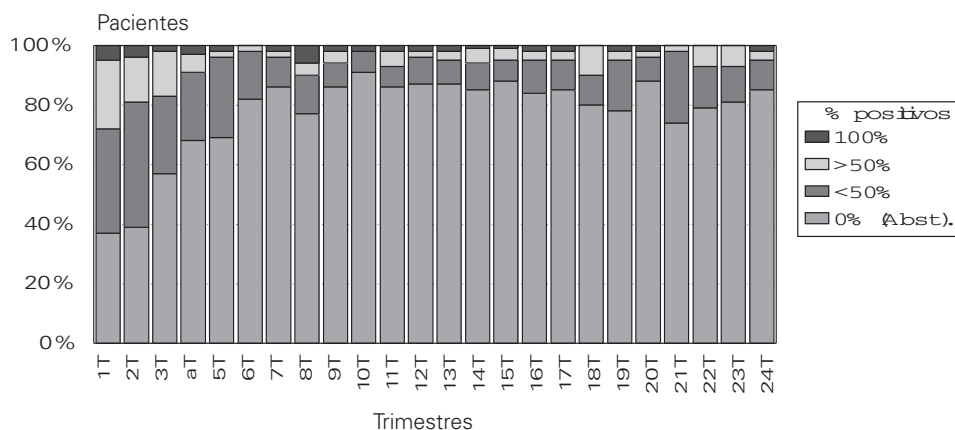
Se relacionó una edad mayor de 28 años al inicio de tratamiento con el consumo problemático de alcohol; el consumo pretratamiento de cocaína con su uso a los 6 años así como de BZDs E; el desempleo con el uso de BZDs E; el estar infectado por VIH con el consumo de heroína, cocaína y problemático de alcohol, y el estar a tratamiento por patologías somáticas con consumo de heroína, cocaína y benzodiacepinas; y el haber estado en prisión con consumo de benzodiacepinas.

Además, aquellos con trastorno de la personalidad tenían mas probabilidades de consumir heroína, co-

caína y BZDs.E., y los que sufrían depresión consumían en mayor proporción BZDs. E., al igual que los que tenían trastornos de ansiedad, que además consumían heroína. El consumo de cocaína se relacionaba con tener causas pendientes y realizar actividades ilegales. El consumo de heroína y cocaína y BZD.E estaban claramente relacionados.

Por último, los que tenían a los seis años de tratamiento dosis de metadona iguales o superiores a los 80 mg. eran los que consumían heroína y cocaína. Se especifican en la Tabla 3 estas relaciones.

TABLA 3: Variables relacionadas con el consumo de drogas a los 6 años de tratamiento



Retenciones en tto.: 4T: 81,6%; 8T: 74,7%; 12T: 71,3%; 16T: 71,2%; 20T: 70,7%; 24T: 70,1%

DISCUSIÓN

El perfil de este grupo es semejante al encontrado por la mayoría de los autores nacionales revisados (ROCA, 1989; PÉREZ ET AL, 1994; TORRENS ET AL, 1996), incluyendo el consumo de drogas. Destaca sobre otros grupos el elevado número de sustancias usadas por éste. Otra diferencia es que la droga más utilizada, tras la heroína, en el último mes sean las benzodiacepinas extraterapéuticas, por delante de la cocaína, que es la mayoritariamente recogida en otros

trabajos (PÉREZ ET AL, 1994; TORRENS ET AL, 1996). Es destacable el uso casi exclusivo de la vía endovenosa por nuestros entrevistados, si bien es habitual en los sujetos en PMM. El que la gran mayoría de los entrevistados hayan tenido tratamientos previos es lógico, pues es uno de los criterios de inclusión en los PMM.

En definitiva, las características de este grupo son en general bastante semejantes a las encontradas por la mayoría de los autores en trabajos sobre tratamientos con metadona en nuestro medio, por lo que puede considerarse representativo.

Como ya se ha comentado, la eficacia de los PMM está más en relación con las variables dependientes de las características del propio programa que con las atribuibles a la idiosincrasia de los pacientes. De todas ellas, se eligió en esta investigación la dosificación (el tiempo en tratamiento se consideró como "resultado" y no como "característica" del programa, teniendo en cuenta que éste no impone limitación temporal alguna), por la facilidad en su medida y posibilidad de revisión de esta variable tras conocer los resultados del estudio. La dosis media en nuestro estudio se adecua a las recomendadas, y como queda reflejado en el estudio multicéntrico de PÉREZ Y DOMINGO-SALVANY (1995), que halla 60 mg. de media, a las utilizadas en España en los años 90.

Como ya se comentó, son numerosos los trabajos que muestran una muy notable reducción del consumo de heroína en PMM (HUBBARD ET AL, 1984; YANCOVITZ ET AL, 1988; GRONBLADH Y GUNNE, 1989), especialmente en aquellos que llevan varios años a tratamiento (BALL Y ROSS, 1991). Mas recientemente, MADDUXY DESMOND (1997), muestran un descenso de más del 80% en el consumo de heroína. Respecto a la cocaína, también la mayoría de los autores señala una disminución en su uso (HUBBARD ET AL, 1984; U.S.G.A.O., 1990; KOLAR ET AL, 1990; BALL Y ROSS, 1991). En nuestra Comunidad Autónoma, MARINA (1993) encuentra que el 13'1% de los pacientes consumen heroína diariamente; un 50'8% ocasionalmente; y un 36'1% se mantiene abstinente.

Los resultados de este estudio confirman lo hallado por tantos autores: una disminución clara del consumo de opiáceos ilegales en la inmensa mayoría de los pacientes, e incluso una abstinencia mantenida en un nada despreciable porcentaje de los mismos. Debe destacarse la necesidad de una permanencia en tratamiento de al menos un año para que se hagan patentes estos resultados.

En lo que se refiere al consumo de cocaína, la evidencia de su abandono es aún mayor y se produce con más celeridad. Esto confirma que en los PMM subsidiariamente al abandono del consumo de heroína, parece producirse el de la cocaína. No obstante, y como veremos más adelante, el consumo de cocaína durante el tratamiento está muy relacionado con el de heroína.

Respecto a las benzodiazepinas los resultados del estudio no son concluyentes, pues son importantes tanto el porcentaje de los que abusan de benzodiazepinas al comenzar el tratamiento como el de aquellos que las han utilizado el mes previo a la entrevista de seguimiento, sin que haya cambios significativos pretratamiento-seguimiento. Se evidencia que una de las limitaciones de este trabajo es el no haber podido monitorizar también durante todo el tratamiento los consumos de BZD.E., sino sólo el último trimestre.

Como ya se señaló sobre el alcohol, algunos estudios señalan problemas de abuso entre pacientes de PMM (MCGLOTHIN Y ANGLIN, 1981), rebatiendo otros estos datos (BALL Y ROSS, 1991; FAIRNBANK ET AL, 1993). En la presente investigación, un porcentaje bajo de pacientes tienen un consumo de riesgo de alcohol tras seis años de tratamiento, mucho menor que el que tenían al empezar.

Las variables sociodemográficas pretratamiento que influyen en el consumo son el estar desempleado y haber estado en la cárcel, que aumentan la probabilidad de consumo de benzodiazepinas, y el abuso previo de cocaína, que como ya señalaron YANKOVITZ ET AL (1988), MAGURA ET AL (1991) y GRELLA ET AL (1997), se relaciona con un mayor consumo de esta sustancia y de benzodiazepinas. Sin embargo, los años de uso de heroína previos al tratamiento no se relacionan con el uso de drogas durante el mismo, al contrario de lo que encuentran IRAURGI Y CASAS (1999). También existe una clara relación entre la infección por VIH y el consumo de drogas ilegales (heroína y cocaína) y alcohol, como ya mostraron TSCHAN Y TUELLER (1992).

Tanto el estudio de BATTEN ET AL (1991), como el de D'AUNNO Y VAUGHN (1992) y los de BALL Y ROSS (1991), CAPLEHORN ET AL (1993), STRAIN ET AL (1993) y SWENSEN ET AL (1993) confirman la relación entre dosis insuficientes de metadona y consumo de heroína. No obstante, debe recordarse que el consumo de heroína no sólo se relaciona con el factor dosis, sino con la calidad en general de los servicios ofertados por el PMM, como señalan CONDELLI Y DUNTEMAN (1993) y MCLELLAN ET AL (1993).

En nuestro estudio, al igual que señalan IRAURGI Y CASAS (1999), lo que se constata es que las dosis mayores se relacionan con el consumo de heroína y cocaína. La explicación a este fenómeno no parece ser que las dosis elevadas de metadona favorezcan el consumo, sino que a los pacientes que continuaban consumiendo se les aumentó la dosis para intentar contrarrestar los consumos, reflejo de que los sujetos con peor evolución deben la misma no a dosificación insuficiente, pues tienen las mayores dosis en un intento de mejorarla, sino a otros factores, entre los que se encontrarían la comorbilidad psiquiátrica y la infección por VIH.

Es necesario destacar la fuerte relación encontrada entre el consumo de cocaína y el de heroína, al igual que muestran KOLAR ET AL, 1990; BALL Y ROSS, 1991; y YANKOVITZ ET AL, 1991. Los resultados de este trabajo indican que el abandono del uso de heroína facilita a su vez el abandono del de cocaína, pero que los consumidores importantes de cocaína dejan con mucha más dificultad de consumir, no solamente esta sustancia, sino la propia heroína.

El uso de benzodiazepinas parece más relacionado con la propia politoxicomanía que con trastornos ansiosos o depresivos, según CHUTUAPE ET AL (1997). No obstante, en este estudio sí se encuentra una relación entre el abuso de benzodiazepinas y trastornos psicopatológicos, sin poder extrapolar una conclusión respecto a causa-efecto.

Este consumo de diversas drogas, teniendo en cuenta que se da en sujetos con dosis de metadona más elevadas, podría relacionarse con un intento de automedicación de disconfort psicológico, señalado por diversos autores (ROUNSAVILLE Y WEISSMAN, 1982; CASAS, 1995). Los trastornos psicológicos y psiquiátricos en adictos a drogas tienen una prevalencia notable, y varios autores han señalado su incidencia en la evolución del tratamiento, en general entorpeciendo la evolución al producirse más consumos (KOSTEN ET AL, 1987; FEIGELMAN, 1987; MAGURA ET AL, 1991; MCLELLAN ET AL, 1993; ALTEMAN ET AL, 1996; GRELLA ET AL, 1997), aunque parece que mejoran notablemente al estabilizarse en el PMM (KHANTZIAN Y TREECE, 1985; MAGURA ET AL, 1991).

Debe resaltarse cómo los trastornos de ansiedad, depresión y de personalidad son en el grupo estudiado variables que con claridad se relacionan con consumos de distintas drogas, por lo que su detección y tratamiento se hacen primordiales. También es evidente la negativa influencia que tiene el ser VIH+ en el pronóstico del tratamiento, ya que se liga claramente al consumo de drogas y a sintomatología depresiva, con lo que se crea un triángulo VIH-depresión-consumo en determinados pacientes que necesitarán un soporte psicosocial exhaustivo.

CONCLUSIONES

Como conclusiones de esta investigación, destacaríamos las siguientes:

1. El perfil del paciente atendido en el PMM es el de un heroinómano policonsumidor de larga evolución, con complicaciones médicas y escasa adaptación sociolaboral, y que ha realizado intentos previos de tratamiento.
2. Existe una disminución evidente en el consumo de heroína en la inmensa mayoría de los pacientes, e incluso una abstinencia mantenida en un nada despreciable porcentaje de los mismos. La disminución del consumo de cocaína también es clara. Sin embargo, en el abuso de benzodiazepinas no se aprecian cambios significativos.
3. Es necesaria la permanencia en tratamiento de al menos año y medio o dos años para que se consoliden estos resultados.

4. Los trastornos psíquicos asociados (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad), y el ser VIH+ condicionan consumos de drogas.
5. Los previos abusadores de cocaína tienen más dificultades para abandonar el consumo de ésta y de la propia heroína.
6. La mejora en la eficacia del programa pasaría, por tanto, por una mayor atención a los problemas de salud mental, además del abordaje de otras dependencias aparte de la de heroína. Ambos hechos se relacionan en muchos casos con la infección por el VIH, creándose un triángulo VIH-depresión-consumo en determinados pacientes, que necesitarían una intervención psicosocial específica.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTERMAN AI, RUTHWERFORD MJ, CACCIOLA JS ET AL, (1996), Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. **J NERVOUS AND MENTAL DISEASE**, 184(1), pp. 695-702.
- ARIF A, WESTERMEYER J, (1989), The role of methadone maintenance in the management of opioid dependence and the prevention of aids. An international review. **ED PRAEGER**, Nueva York.
- BALL JC, ROSS A, (1991), The effectiveness of methadone maintenance treatment. **ED. SPRINGER-VERLAG**. New York.
- BATTEN HL, (1991), Drug Services Research Survey: Phase I Final Report: Non correctional Facilities. **NIDA**. Rockville.
- CASAS M, (1995), Presente y futuro de los programas con agonistas opiáceos. **ADICCIONES**, 7(4), pp. 411-422.
- CAPLEHORN JRM, MC NEIL DR, KLEINBAUM DG, (1993), Clinic policy and retention in methadone maintenance. **INT. J. ADDICTIONS**, 28, pp. 73-90.
- CHATMAN LR, ROWAN GA, JOE JW ET AL, (1995), Heavy drinking in a population of methadone maintained clients. **J STUDIES ALCOHOL**, 7, pp 417-421.
- CHUTUAPE MA, BROONER NK, STITZER M, (1997), Sedative use disorders in opiate-dependent patients: association with psychiatric and other substance use disorders. **J NERVOUS MENTAL DISEASE**, 185(5), pp. 289-297.
- CONDELLIWS, DUNTEMAN D, (1993), Strategies for encreasing retention in methadone programs. **J PSYCHOACTIVE DRUGS**, 25, pp. 143-147.
- CHAISON R, (1989), Cocaine use and HIV infection in IDUs in San Francisco. **JAMA**, 261, pp. 561-565.
- DARKE S, HALLW, ROSSM, WODAK A, (1992), Benzodiazepine use and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users. **DRUG ALCOHOL DEPEND**, 31, pp. 31-36.
- D'AUNNO T, VAUGHM C, (1992), Variations in methadone maintenance treatment practices. **JAMA**, 267, pp. 253-258.

- EL BASSEL N, SCHILLING RF, TURNBUL JE, SU KH, (1993), Correlates of alcohol use among methadone patients. **CLIN EXP RES**, 17, pp. 681-683.
- DUNTEMAN GH, CONDELLI WS, FAIRBANK JA, (1992), Predicting Cocaine Use among Methadone Patients: Analysis of Findings from a National Study. **HOSPITAL COMMUNITY PSYCHIATRY**, 43(6), pp. 608-611.
- FEIGELMAN W, (1987), Day-care treatment for multiple drug abusing adolescents: social factors linked with completing treatment. **J. PYSOCHOACTIVE DRUGS**, 19, pp. 335-344.
- FAIRBANK JA, DUNTEMAN GH, CONDELLI WS, (1993), Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow-up. **AM J DRUG ALCOHOL ABUSE**, pp. 465-474.
- GRELLA CE, WUGALTER SE, ANGLIN MD, (1997), Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. **J DRUG ISSUES**, 27(2), pp. 203-224.
- GRONDBLADH L, GUNNE L., (1989), Methadone assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts. **DRUG ALCOHOL DEPENDENCE**, 24(1), pp. 31-37.
- HUBBARD R, RACHAL J, CRADDOCK SG ET AL, (1984), Treatment outcome prospective study (TOPS): client characteristics and behaviors before, during and after treatment. En: Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects. Tims, F.; Ludford, J. ed. **RESEARCH MONOGRAPH SERIES**, 51, pp. 42-68. **NIDA**. Maryland.
- IRAURGI I, CASAS A, (1999), factores asociados al uso de opiáceos durante un programa de mantenimiento con metadona. **REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS**, 24(4), pp. 389-400.
- KHANTZIAN EJ, TREECE C, (1985), DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. **ARCH GEN PSYCH**, 42, pp. 1067-1071.
- KOLAR AF, BROWN BS, WEDDINGTON W, BALL JC, (1990), A Treatment Crisis: Cocaine Use by Clients in Methadone Maintenance Programs. **J. SUBST. ABUSE TREAT.**, 7, pp. 101-107.
- KOSTEN TR, ROUNSAVILLE BJ, KLEBER HD, (1987), Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2,5-year follow-up. **COMPREHENSIVE PSYCHIATRY**, 28, pp. 3-13.
- KREEK MJ, (1989), Using methadone effectively: achieving goals by application of laboratory, clinical and evaluation research and by development of innovative programs. **N.I.D.A**. Rockville.
- MADDUX JF, PRIHODA TJ, DESMOND DP ET AL, (1991), Methadone dose and urine morphine. **J SUBSTANCE ABUSE TREATMENT**, 8(4), pp. 195-201.
- MADDUX JF, DESMOND DP, (1997), Outcomes of methadone maintenance 1 year after admission. **J DRUG ISSUES**, 27(2), pp. 225-238.
- MAGURA S, SIDDIQUI Q, FREEMAN RC, LIPTON DS, (1991), Changes in cocaine use after entry in methadone treatment. **INT J ADDICTIONS**, 10(4), pp. 31-45.
- MAGURA S, NWAKEZE PC, DEMSKY S, (1998), Pre-and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. **ADDICTION**, 93(1), pp. 51-60.
- MARINA P, (1993), Adictos a opiáceos en Asturias: un estudio de seguimiento. **SERVICIO DE PUBLICACIONES DEL Pº DE ASTURIAS**. Oviedo 1993.
- MARSCH LA, (1998), The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. **ADDICTION**, 93(4), pp. 515-532.
- MCGLOTHIN WH, ANGLIN MD, (1981), Long term follow-up of clients of high and low-dose methadone programs. **ARCH GEN PSYCHIATRY**, 38, pp. 1055-1063.
- MCLELLAN AT, ARNDT IO, METZGER DS, WOODY GE, O'BRIEN CP, (1993), The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. **JAMA**, 269, pp. 1953-195962.
- ORGAN TÈCNIC DE DROGODEPENDÈNCIES, (1998), Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya. Informe anual, 1997. **GENERALITAT DE CATALUNYA**. Barcelona.
- PÉREZ K, DOMINGO-SALVANY A, (1995), Características de los centros que realizan tratamientos de mantenimiento con metadona en España. **INSTITUT MUNICIPAL D'INVESTIGACIÓ MÈDICA**. Barcelona.
- PÉREZ TJ, GARCÍA J, CARRASCO F, (1994), Estudio sobre una muestra de pacientes en tratamiento con metadona que presentan incidencias legales. **XXI JORNADAS SOCIDROGALCOHOL**. Bilbao.
- ROCA F, GOMEZ BENEYTO M, PAÑOS M, (1989), Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia desde 1983 hasta 1987. **COMUNIDAD Y DROGAS**, 13/14, pp. 45-52.
- ROUNSAVILLE BJ, WEISSMAN MM, (1982), Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts y Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. **ARCH GEN PSYCHIATRY**, 39, pp. 151-166.
- STRAIN EC, STITZER ML, LIEBSON IA, BIGELOW GE, (1993), Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. **ANN INTERN MED**, 119, pp. 23-27.
- SWENSEN G, (1993), Patterns of drug use by participants in the Western Australia Methadone Program. **MÉDICAL J AUSTRALIA**, 159(6), pp. 373-376.
- TORRENS M, CASTILLO C, PÉREZ-SOLÁ V, (1996), Retention in a low threshold methadone maintenance program. **DRUG ALCOHOL DEPENDENCE**, 41, pp. 55-59.
- TSCHAN F, TUELLER N, (1992), Health Status of Methadone Recipients Before Entering a Methadone Program. **SCHWEIZ MED WOCHENSCHR**, 122(46), pp. 1758-1769.
- U.S.A.G.A.O. (UNITED STATES CONGRESS. GENERAL ACCOUNTING OFFICE), (1990), Methadone maintenance, some treatment programs are not effective. **GAO/HRD-90-104**. Washington D.C.
- YANCOVITZ SR, DES JARLAIS DC, ET AL, (1991), A Randomized Trial of an Interim Methadone Maintenance Clinic. **AM. J. PUBLIC HEALTH**, 81, 9, pp. 1185-1191.