

Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España

LUIS SAN MOLINA

Unidad integrada de psiquiatría. H.S. Rafael - H. Univ. Vall d'Hebrón.

Enviar correspondencia a: Dr. Luis San Molina. C/Valencia 127 2º 1º. 08011 Barcelona. Correo -e: 126360@comb.es

RESUMEN

En España la asistencia al fenómeno de la dependencia de heroína ha ido evolucionando desde su inicio en los años ochenta hasta la actualidad. Al inicio de la epidemia la oferta asistencial era escasa y limitada, de difícil acceso y en general poco atractiva para los usuarios potenciales que o entraban en programas libres de drogas o eran rechazados por parte de la mayoría de los programas asistenciales existentes. A medida que los consumidores de heroína sufrían situaciones de riesgo elevado para su salud y para el resto de la población, y sobre todo en relación con la aparición de la epidemia de la infección por el VIH, se fue aceptando la necesidad de un nuevo marco conceptual que considerase el consumo de drogas como un problema multifactorial, con aspectos sanitarios, sociales y de comportamiento fundamentales para conseguir su comprensión. Así, conseguir la abstinencia de drogas (cambio de pautas de conducta) y la reinserción (cambio de pautas sociales) ya no podían ser los únicos objetivos planteables a la hora de establecer una estrategia de intervención en población toxicómana, y se reconocieron objetivos de reducir la morbi-mortalidad o mejorar la calidad de vida del toxicómano sin modificar el hecho de la dependencia. Estos cambios llevaron al desarrollo de los programas de mantenimiento con metadona de alto y bajo umbral, los programas de intercambio de jeringuillas y dispensación de preservativos, y a la adaptación de los diferentes recursos asistenciales (unidades de desintoxicación, comunidades terapéuticas), a las nuevas estrategias terapéuticas.

Palabras clave: *Dependencia de heroína, asistencia sanitaria, evolución, epidemiología, problemas de salud, España.*

ABSTRACT

Since the earliest 80's, the health care supply of heroin dependent subjects has suffered many changes in Spain. At the start of the heroin epidemic in Spain, the health care supply to the drug addicts was rare, limited and difficult, and in general not attractive for the users who were submitted to an all or nothing treatment strategy: either they entered a drug free program or they were condemned to the rejection by most of the existing treatment programs. As drug users represented a high risk condition not only for their own health but also for the general population, a change in the drug addiction treatment policies had to be made. Drug abuse had to be considered a multifactorial disease with health, social and behavioural aspects. Achieving abstinence (changes in behavioural patterns) and social reintegration (more adaptative social patterns) could not be the only objectives. Intermediate objectives, like reducing morbidity (e.g. decreasing the spread of HIV infection) and mortality (e.g. decreasing overdoses) and improving the quality of life of the drug addicts were adequate strategies. Methadone maintenance programs (both abstinence and harm reduction oriented), syringe exchanges and condoms dispensing programs were developed. Also, detoxification inpatient units and residential resources had to be adapted to the new therapeutic strategies.

Key words: *Heroin dependence, health care, evolution, epidemiology, health problems, Spain.*

INTRODUCCION

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó por primera vez la dependencia de alcohol en la Clasificación Internacional de Enfermedades, y la Asociación Médica Americana (AMA) no aceptó el término Toxicomanía como una categoría diagnóstica hasta 1956. Desde el inicio del fenómeno hasta nuestros días, el patrón de consumo de drogas ha evolucionado como lo demuestran algunos de los estudios epidemiológicos ya clásicos llevados a cabo en nuestro país^{1,2}. Inicialmente, el problema se reducía al consumo de alcohol y derivados del cáñamo en las zonas suburbanas de las grandes ciudades y en algunos grupos marginales o elitistas. Durante la década de los sesenta aumentó de forma considerable el número de consumidores de otras drogas, extendiéndose el fenómeno a las clases medias de la sociedad e incorporándose al consumo sustancias como la heroína, la cocaína, los alucinógenos y otros fármacos psicoactivos. Sin embargo, este fenómeno sólo tenía repercusiones en el ámbito inmediato de los afectados, que se traducían en trastornos de conducta y en consecuencias sociales, pero sin causar alarma en el conjunto de la sociedad que seguía viendo el fenómeno del consumo de drogas como algo ajeno y lejano.

Posteriormente, y bajo la influencia de los medios de comunicación social, el consumo de drogas se asoció a una nueva forma de peligrosidad social y fue entonces cuando se produjo una gran preocupación en el conjunto de la sociedad y por tanto de sus representantes políticos, de los medios de comunicación y de los profesionales sanitarios³. Con este crecimiento del fenómeno se empiezan a detectar nuevos problemas asociados a la toxicomanía en relación con las nuevas sustancias o la vía de administración, que cambian el panorama de la morbi-mortalidad en estos pacientes. Así eran más frecuentes las muertes en drogadictos⁴, los accidentes⁵, los ingresos hospitalarios por patología orgánica asociada⁶, la asistencia en los servicios de urgencias⁷, las complicaciones del embarazo y de los neonatos⁸, en definitiva todas las

posibles complicaciones de esta nueva patología⁹. Esta primera asociación entre seguridad ciudadana y drogadicción y en la que la toxicomanía fue considerada como el problema de una serie de individuos, fue seguida por otra configurada por la aparición del SIDA, manifestada de forma dramática por la epidemia de infección por el VIH entre los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP)¹⁰, y otras enfermedades transmisibles como las hepatitis o la tuberculosis¹¹ con lo que se creó un nuevo problema de salud pública en relación con el trastorno por uso de sustancias (TUS) que aún en actualidad sigue representando una elevada carga asistencial¹².

Al evolucionar el patrón de consumo, también evolucionó el marco conceptual de la atención a los pacientes con un TUS. Inicialmente, la toxicomanía se consideró como una desviación de orden social, y posteriormente, como un trastorno del comportamiento. A partir de esta conceptualización se crearon servicios específicos en el área de la salud mental y de los servicios sociales que asumían el tratamiento del problema, frente a la indiferencia, y en muchos casos, el rechazo del resto de la red asistencial general. La oferta asistencial a los drogadictos era escasa y limitada, puesto que los recursos eran escasos y poco variados, de difícil acceso y en general poco atractivos para los usuarios potenciales que se encontraban sometidos a una lógica del todo o nada: o entraban en programas libres de drogas o estaban condenados al rechazo por parte de la mayoría de los programas asistenciales existentes. El único objetivo de esta oferta pasaba por la abstinencia inmediata y absoluta de cualquier droga, en la esperanza de que la corrección del trastorno conductual facilitaría la reconstrucción de un entorno social, familiar y laboral adecuado a las peculiaridades del adicto. La eliminación de la dependencia y la consecución de la abstinencia debería ser definitiva de un nuevo estilo de vida. Sería el objetivo más ambicioso y que implicaría cambios mayores en el toxicómano, y por lo mismo, uno de los más difíciles de obtener en primera instancia.

En la medida en que los consumidores de drogas sufrían situaciones de riesgo elevado para su salud y para el resto de la población, se fue aceptando la evidencia de que no era posible erradicar el fenómeno, por lo que se generó un nuevo marco conceptual que consideraba el consumo de drogas como un problema sometido a múltiples factores y con aspectos sanitarios, sociales y de comportamiento fundamentales para conseguir su comprensión. Puesto que los problemas eran diversos se imponía la determinación de las variables que intervenían y las correlaciones variable/estrategia de actuación que permitieran establecer unos criterios de intervención con una metodología fiable y contrastada. En definitiva, una indicación terapéutica diferencial en el campo de la asistencia en drogodependencias¹³. Conseguir la abstinencia de drogas (cambio de pautas de conducta) y la reinserción (cambio de pautas sociales) ya no podían ser los únicos objetivos planteables a la hora de establecer una estrategia de intervención en población toxicómana, puesto que otras podían tener más consistencia y pragmatismo, como por ejemplo, reducir la morbi-mortalidad o mejorar la calidad de vida del toxicómano sin modificar el hecho de la dependencia, o evitar la difusión de enfermedades a partir de este grupo de riesgo. Por tanto, conseguir mejorar y aumentar la frecuencia de contactos con el sistema sanitario el mayor tiempo posible, disminuir el intervalo de tiempo transcurrido entre el inicio del consumo y la primera demanda asistencial (detección e intervención precoz), evitar embarazos no deseados, prevenir enfermedades transmisibles, etc..., se han convertido en importantes objetivos parciales que se proponen alcanzar los equipos y profesionales que trabajan en estructuras asistenciales para sujetos drogodependientes.

EPIDEMIOLOGIA. INDICADORES DE TRATAMIENTO

A tenor de los datos recogidos por el Observatorio Español sobre Drogas¹³ se

puede extrapolar cual ha sido la evolución del fenómeno en nuestro país. Así en el indicador "admisiones a tratamiento" en los últimos años se ha observado un descenso importante de las admisiones a tratamiento debidas a la heroína como droga principal, mientras que la edad media de los sujetos ha aumentado considerablemente entre 1991 y 2001. Además en la última década se ha producido un cambio radical en la vía predominante de administración con una disminución marcada de la proporción de inyectores actuales entre los tratados por heroína, que ha pasado de un 49,6% en 1996 a un 31,1% en 2001. Otro dato de interés es que la proporción de admitidos a tratamiento para los que se desconoce el estado serológico frente al VIH es aún muy importante (39,2%), siendo más alta entre los tratados por primera vez (57,1%) que entre los previamente tratados (28,1%).

También en el indicador "urgencias hospitalarias por reacción aguda a sustancias psicoactivas" se observa una disminución importante de las menciones de heroína (61,4% en 1996, 40,5% en 2000 y 33,5% en 2001) y un aumento de las menciones de cocaína. En cualquier caso, a partir de 1999 la heroína ha dejado paso a la cocaína como la droga más frecuentemente mencionada en los casos que acuden a los servicios de urgencias generales.

La infección por el VIH y el desarrollo posterior del sida ha sido desde su aparición uno de los principales problemas asociados con el uso de drogas en España. Desde 1981, año en el que comenzó la epidemia, hasta el 31 de diciembre de 2002 se habían diagnosticado en España un total de 65.025 casos de sida, de los que el 64,4% estaban relacionados con la inyección de drogas. Se estima que en 2002 se diagnosticaron en España 2.437 nuevos casos de sida, de los que un 52,1% se atribuyeron a la inyección de drogas. El número anual de nuevos diagnósticos de sida asociados a la inyección (incidencia anual) ha descendido de forma importante entre 1994 y 2001. El descenso 1994-2001 puede atribuirse al conjunto de los avances de la lucha contra el sida y al abandono

no de la inyección como forma mayoritaria de administración de la heroína. Por otra parte, la estabilización actual de la incidencia de sida en niveles todavía elevados parece indicar que el impacto de los nuevos tratamientos antiretrovirales ha tocado techo y se necesita mantener las intervenciones preventivas para evitar nuevas infecciones.

En relación con la mortalidad directamente relacionada con el consumo de drogas en 2001 se recogieron 496 muertes por reacción aguda tras el consumo sustancias psicoactivas. La proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran opioides o sus metabolitos (atribuibles en su gran mayoría al consumo de heroína) ha descendido de forma lenta desde 1983. Igualmente, ha disminuido, aunque de forma más acentuada, la proporción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides, pasando de 21,6% en el período 1983-1989 a 9,1% en 1998-2001.

LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LOS TOXICÓMANOS

A finales de los años ochenta los programas asistenciales se orientaban a la abstinencia del consumo de drogas y a la reinserción social, con un claro predominio de los programas libres de droga. La progresiva degradación de la población toxicómana con graves complicaciones orgánicas, psiquiátricas y sociales y muy especialmente con la irrupción de la epidemia del VIH/sida obligó a modificar esta filosofía asistencial planteándose nuevos objetivos terapéuticos en los que predominaba el conseguir el acercamiento de los recursos asistenciales a aquellos que no lo solicitaban abriéndose paso una nueva concepción de la asistencia hacia una política de reducción del daño, con lo que se modificaron los objetivos terapéuticos y se establecieron nuevas prioridades.

1. Incrementar el número de pacientes toxicómanos en contacto con los recursos asistenciales.

Lograr que más personas acudan a tratamiento y en una fase temprana son estrategias necesarias a desarrollar. Aunque los conceptos de "más toxicómanos a tratamiento" y "cuanto antes a tratamiento" son, hasta cierto punto, conceptos distintos, es útil plantearlos conjuntamente. El primer concepto se refiere a la posibilidad de aumentar el porcentaje de la población total de sujetos drogodependientes que se inscribe en un tiempo determinado para recibir tratamiento (ya sea en fase temprana de su toxicomanía o de reincidencias). La finalidad en este caso consiste en lograr que en vez, por ejemplo, de que uno de cada diez toxicómanos se ponga en contacto durante un período tiempo determinado con un organismo de ayuda, los servicios de tratamiento lleguen a conseguir que cinco de cada diez individuos busquen tales contactos en el mismo periodo de tiempo. El segundo concepto, afín al primero, se centra de manera más estricta en los esfuerzos por estimular a los consumidores de drogas a que busquen ayuda en una fase más temprana de su toxicomanía. El elemento común de esos dos conceptos es la intención de llevar a tratamiento a toxicómanos que, de lo contrario, no recibirían ayuda en un momento determinado. Tales medidas pueden tener consecuencias potencialmente beneficiosas: se podría reducir el conjunto total de consumidores de drogas; se podría deshabituarse antes a la gente habituada a inyectarse; y la labor de orientación personal podría reducir prácticas peligrosas de inyectarse drogas o el comportamiento sexual peligroso entre los toxicómanos. Aunque no es de por sí evidente que si se logra incluir a un nuevo sector de pacientes éstos vayan a aceptar siempre de hecho la ayuda que se les ofrece. No se trata de formular una observación negativa sino de recordar la complejidad que puede tener el problema y dar prioridad a una serie de medidas experimentales para encarar estas cuestiones¹⁵. Deberán seguir realizándose esfuerzos para mejorar el contacto de los

sujetos toxicómanos, intentando atraer a tratamiento aquellos pacientes reacios a acudir a los centros.

2. Programas de tratamiento con objetivos parciales o de carácter paliativo.

Los programas de reducción de daños ya se han utilizado en otros campos de la salud frente a problemas de difícil solución o erradicación, como pueden ser los accidentes de tráfico, el tabaquismo o el uso de alcohol. Medidas como limitaciones de la velocidad, la inspección técnica de vehículos, el uso obligatorio del casco en motoristas son medidas que pretenden reducir los daños producidos por los accidentes de tráfico; los cigarrillos bajos en nicotina, la acotación de zonas para fumadores, etc..., reducen algunos de los daños producidos por el tabaquismo; limitaciones en la edad, el uso entre automovilistas o en el trabajo limitan los perjuicios que puede ocasionar el uso de alcohol.

En el campo de la adicción la OMS¹⁶ ha propuesto una serie de estrategias alternativas dirigidas a reducir el riesgo de infección por el VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral, de forma que además de facilitar información sobre el contagio y la enfermedad, se insiste en facilitar instrucciones sobre la descontaminación del material para inyectarse y también en la facilitación del acceso a jeringuillas y agujas estériles, con ello se facilita el contacto con un buen número de adictos, se obtienen buenos índices de retención, no se incrementa el uso de drogas ni se produce una disminución de la demanda de tratamiento y constituye un buen canal para la información y el asesoramiento sobre el SIDA, la planificación familiar y otros problemas de tipo social o familiar¹⁷.

En España estos programas se iniciaron de forma cautelosa pero actualmente tienen el total soporte de la Administración y de los profesionales.

3. Facilitar los instrumentos profilácticos para prevenir las infecciones más prevalentes entre toxicómanos: programas de intercambio de jeringuillas y dispensación de preservativos.

En nuestro país, en el que se obtienen jeringuillas con facilidad en cualquier oficina de farmacia a un precio asequible, reproducir la polémica que existe en otros lugares^{18,19} sobre la entrega gratuita de este material, podría tener efectos contraproducentes. De todos modos, hay que seguir suministrando material inyectable de un solo uso y folletos explicativos a los adictos a drogas, ya sea directamente, ya sea a través de recursos comunitarios que estén en contacto con ellos (grupos de autoayuda, cooperativas de jóvenes, asociaciones marginales, etc.). En las zonas donde no existen estos recursos, habría que impulsar su creación, debido a que pueden ser un vehículo de información y modificación de algunos hábitos. A pesar de las importantes diferencias culturales y sociales que caracterizan el consumo de drogas entre distintos países, desde hace ya muchos años se han comunicado buenos resultados en este sentido²⁰ que desmienten el supuesto de que los ADVP no son capaces de cambiar su comportamiento adictivo y sexual en relación con problemas de salud, ajenos a la sustancia propiamente dicha. La inclusión en los envases de jeringas y agujas con una leyenda advirtiendo de los peligros de compartir material inyectable, puede ser de utilidad si va acompañada de otros esfuerzos en el mismo sentido.

4. El tratamiento como forma de prevención.

Es difícil establecer una división estricta entre prevención y tratamiento puesto que en muchos aspectos el tratamiento equivale a prevención. Si se consigue convencer a un colectivo de población usuaria de que se someta a tratamiento, comportará el aumento de dicho colectivo y evitará la aparición de

complicaciones. Para todas las enfermedades se reconoce que el tratamiento debe contribuir a mitigar el mal y a mejorar el resultado final, este principio también es aplicable al tratamiento de las drogodependencias. Sin embargo, en este caso hay que puntualizar el término "precoz", puesto que es frecuente que los toxicómanos no pidan ayuda para resolver su problema ni acudan a los servicios hasta que se sienten obligados a hacerlo. En dichas condiciones el tratamiento precoz consiste a menudo en ofrecer ayuda cuando se detecta la existencia del problema y no cuando se solicita. Hay formas de intervención que sirven como mecanismos de detección y rápida remisión de casos, aunque ése no sea precisamente su objetivo, y que se pueden considerar como programas de prevención secundaria. Como modelo de prevención médica el control de las enfermedades infecciosas es un buen ejemplo de acción preventiva en el campo sanitario, sin embargo esas enfermedades no sólo se deben a una infección sino que existen otros factores relacionados con el sujeto y el medio en el cual se desarrolla la enfermedad. Por ejemplo se sabe que la propagación de una enfermedad se puede contener no sólo eliminando el agente infeccioso sino también haciendo al sujeto menos vulnerable o modificando las condiciones ambientales que facilitan la transmisión. Evidentemente esta estrategia exige un profundo conocimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad, por ello este modelo médico resulta poco útil para prevenir trastornos psicosociales como el uso de drogas, cuyas causas en general no están bien delimitadas²¹.

Para abordar el problema de las drogas (tanto desde el punto de vista clínico como preventivo), es necesario reconocer la importancia de los factores psicosociales. Los estudios realizados en el campo del alcohol son un buen ejemplo de la estrecha relación entre la disponibilidad y el uso, con lo cual es probable que ocurra lo mismo con la mayoría de las drogas. Además para una buena planificación y diseño de programas de prevención es preciso determinar claramente la población

destinataria de forma que se dirija hacia personas muy expuestas por razones genéticas, biológicas, sociales, culturales, laborales o de otro tipo.

5. Adecuar los actuales recursos asistenciales a las demandas asistenciales del futuro: incremento del control y tratamiento de la patología orgánica asociada al consumo, funciones de los Programas de Mantenimiento con Metadona, las Unidades de Desintoxicación, Asistencia Primaria, etc.

La necesidad de atender las patologías orgánicas sólo se podrá cubrir con la incorporación de equipos sanitarios a los centros de tratamiento, las dificultades que ello representa vienen determinadas por las limitaciones de carácter presupuestario y adicionalmente por la ampliación de los objetivos asistenciales a tenor de la nueva tipología de los pacientes que acuden en demanda de asistencia. Los profesionales de este campo estaban habituados a trabajar en un marco donde los objetivos terapéuticos iban encaminados a la abstinencia mientras que ahora deben intervenir en situaciones más límite y en muchas ocasiones con pacientes terminales. Desde 1985 las muertes por SIDA entre toxicómanos por vía parenteral han ido creciendo de forma ininterrumpida y teniendo presente la actual cifra de portadores entre toxicómanos es previsible que en los próximos años seguirán produciéndose estas muertes. Todo ello requerirá que los centros de tratamiento estén capacitados para atender estos pacientes en una situación orgánica grave y a los cuales se les debe ofrecer una mejora en su calidad de vida por el tiempo de vida que les reste.

5.1. Los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM)

Los programas sustitutivos con agonistas opiáceos han demostrado su elevada eficacia y efectividad, siendo en la actualidad el tratamiento más utilizado en pacientes con depen-

dencia de opiáceos en aquellos países donde se encuentran disponibles. El tratamiento de mantenimiento con metadona además se ha consolidado como un instrumento de potencial valor para reducir la prevalencia del VIH a través de varios mecanismos, como son:

- 1) Eliminando o reduciendo la vía intravenosa en la administración de drogas;
- 2) Reduciendo o eliminando los periodos de intoxicación y abstinencia, que pueden conducir a prácticas sexuales poco seguras;
- 3) Fomentando la recuperación psicosocial por lo que se reducen los riesgos de la prostitución y de las prácticas sexuales poco seguras.

Las limitaciones del tratamiento y las dificultades para elaborar una vacuna, hacen que la mayoría de los esfuerzos deban encaminarse a interrumpir la vía de transmisión del virus, desde una persona infectada -no necesariamente enferma- a otra susceptible²². En consecuencia, sobre los tres factores de riesgo - contacto sexual con VIH positivos, utilización (voluntaria o fortuita) de material inyectable contaminado y transfusión de hemoderivados contaminados - se han desarrollado distintas propuestas preventivas: utilización de preservativos en las relaciones sexuales; utilización de material inyectable estéril y de un solo uso y su destrucción una vez utilizado; control de donantes de sangre; etc. Concretamente, en el caso de los ADVP, la recomendación de modificar sus hábitos sexuales y adictivos es especialmente importante^{20,23}. Los profesionales que tienen contacto con ADVP, tanto en centros específicos de tratamiento y reinserción, como en la red asistencial general -servicios sociales de base, servicios de enfermedades infecciosas, centros de salud ...-, deben esforzarse en transmitir que el peligro de contagio por VIH es una amenaza para la salud tan grave como la propia heroína. En aquellas ocasiones en que no se consigue la abstinencia a drogas, hay que insistir en que el adicto utilice material inyectable de un solo uso y lo destruya después de utilizarlo. Si bien la práctica de los denominados "contratos terapéuticos" ha mejorado los indicadores de

eficacia y eficiencia de muchos centros, tiene el inconveniente de dificultar la atención a otros problemas de salud de los drogodependientes y alejar de los servicios asistenciales a personas que lo necesitan.

Debido a que el uso de varias drogas es muy frecuente²⁴ y a que el número de personas que han utilizado heroína en alguna ocasión supera en mucho el número de los que la utilizan periódicamente²⁵, la información sobre la prevención del SIDA no debe reducirse a los ADVP, sino que tiene que llegar a adictos a otras drogas y grupos de riesgo. Como se ha indicado anteriormente, merecen especial atención por su repercusión sobre el conjunto de la población, los/as adictos/as que ejercen la prostitución.

En lo concerniente a nuestro país el uso de metadona ha perdido la carga de conflictividad que aún le quedaba y se contempla como un instrumento terapéutico más. En ese sentido, el desarrollo y aplicación de las directrices que emanan del Plan Nacional sobre Drogas, así como las que se han establecido en las diversas Comunidades Autónomas, permiten considerar la asistencia a los toxicómanos en claro proceso de normalización y, en consecuencia, podemos dar por finalizada una etapa en la que la polémica suscitada en torno al uso de la metadona había primado por encima de otras consideraciones sanitarias.

5.2. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

La aparición de este nuevo fenómeno socio-sanitario en nuestro país obligó a la adecuación de los recursos existentes en aquellos momentos y la creación de nuevos que pudieran hacer frente a la nueva demanda asistencial. En este contexto se puede situar la creación de las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias que desde su concepción original hasta la actualidad han intentado dar una respuesta adecuada a la situación que ha ido generándose a lo largo de estos años.

Desde la creación de las primeras UDH a finales de los setenta y principios de los ochenta ha ido aumentando el número de camas destinadas a este fin. Este crecimiento ha sido uniforme en la mayor parte del Estado. Inicialmente estas Unidades fueron destinadas a pacientes dependientes de la heroína puesto que esta fue la sustancia que generó una mayor demanda de tratamiento en régimen hospitalario. Las UDH son recursos de tipo específico ubicados en hospitales generales enmarcadas tanto en Servicios Independientes, como en Servicios de Psiquiatría o de Medicina Interna. Son Unidades que por término medio disponen de 3 a 8 camas y que se rigen por sistemas de funcionamiento similares, a pesar de que cada cual tiene peculiaridades específicas en función del tipo de profesionales que trabajan y de su dependencia dentro del hospital²⁶.

Es evidente que la creación de las UDH en los hospitales generales han tenido una serie de repercusiones en el abordaje de pacientes toxicómanos en el seno del hospital. Esto conlleva que cuando se produce el ingreso de un paciente drogodependiente se pueda ofertar un tratamiento de desintoxicación conjuntamente con el tratamiento de la patología orgánica que ha motivado el ingreso, con el fin de que se pueda garantizar que el paciente podrá ser desintoxicado y a la vez no realizará ningún consumo durante su estancia que pueda interferir en el correcto tratamiento de su patología orgánica. También la existencia de las UDH ha permitido que gran parte del personal de enfermería hospitalaria haya estado trabajando en las UDH y posteriormente se hayan incorporado a otras Unidades de Hospitalización aportando una buena formación profesional para atender a estos enfermos que con frecuencia pueden resultar más problemáticos si no se conoce en profundidad su tipología. A menudo la vía de acceso al hospital por parte de los pacientes toxicómanos con patología orgánica es a través del Servicio de Urgencias y también a este nivel se han mejorado los criterios de tratamiento y derivación de pacientes a centros de tratamiento o la resolución de situaciones

vitales como la sobredosis o el tratamiento de la patología orgánica asociada.

En cuanto a las perspectivas de futuro de las UDH deben tener en cuenta la dinámica cambiante del fenómeno de la adicción a drogas. Así la situación vivida en los últimos años no es la misma que en la actualidad y también es necesario prever cambios en el futuro inmediato. Por un lado se ha producido una modificación en el perfil de pacientes atendidos, evidenciándose un empeoramiento en el estado orgánico y que se trata en general de una población de larga evolución que ha realizado múltiples intentos de tratamiento sin conseguir la abstinencia y que con frecuencia presenta una alta prevalencia de psicopatología. Desde el punto de vista orgánico también se ha observado un incremento en la seropositividad de la infección por el VIH. También es cada vez más frecuente observar que los pacientes que ingresan en las UDH son policonsumidores de varias drogas, y en general de altas dosis, lo cual es un factor de complejidad adicional a la hora de diseñar el tratamiento farmacológico. Finalmente, la fuerte introducción de cocaína en el mercado nos debe hacer reflexionar sobre una inminente epidemia a nivel asistencial con nuevas complicaciones desde el punto de vista psiquiátrico y de conciencia de enfermedad de la que habitualmente estos pacientes carecen. Además se debe recordar que muchos de los recursos actualmente existentes para el tratamiento de heroinómanos no tienen utilidad en los cocainómanos, como los programas de mantenimiento con agonistas (metadona) o antagonistas (naltrexona) por lo que las UDH deben adaptarse para enfrentarse a esta nueva adicción.

5.3. Promover la participación activa de los recursos sanitarios y sociales de Atención Primaria.

Durante estos años la implicación de la red sanitaria y social puede considerarse como escasa, en muchos casos el diagnóstico de toxicomanía era equivalente a derivación del paciente a un centro específico de tratamien-

to. En general eran pacientes molestos, poco disciplinados y perturbadores de la dinámica asistencial ya de por sí saturada. Sin embargo cada vez está más aceptado que la planificación del tratamiento debe orientarse en general hacia la Atención Primaria. Ello no implica que deban descartarse los servicios especializados ni el estudio de métodos de tratamiento más eficaces. Ahora bien, el acento debe ponerse en un tipo de atención que no caiga en la tradicional dependencia de servicios especializados puesto que la Atención Primaria y la participación de la comunidad constituye un sistema más económico y eficaz. Este nuevo marco conceptual ha favorecido la creación de una gama más amplia y diversificada de recursos asistenciales, tanto ambulatorios como hospitalarios o residenciales, operando en dos sentidos: por un lado posibilitando la integración de los recursos específicos en la red sanitaria y social general, y por otro, estimulando a estas redes inespecíficas, que antes intentaban evitar la atención a los drogadictos, con el fin de que asuman su responsabilidad en la detección e intervención precoz para tratar los problemas asociados al consumo de drogas.

El sistema de atención sanitaria a nivel primario debe actuar en términos generales como un dispositivo que mejore la calidad de vida del paciente o que obtenga mejoras parciales en el consumo, como pueden ser conseguir periodos de abstinencia cada vez más prolongados, la reducción en la dosis total diaria, o mejoras en las condiciones de la autoadministración. En definitiva, debe reducirse la morbilidad y la mortalidad asociada al consumo de drogas²⁷. Este es un objetivo operativo y que puede estar sometido a una correcta evaluación, a pesar de que el objetivo último de la atención a los drogadictos es su reinserción social. Para que ésta pueda llevarse a cabo, será necesario un estado de salud adecuado para poder seguir todo este camino que se pretende recorrer.

Teniendo en cuenta las experiencias llevadas a cabo en otros países respecto a la implicación de la Atención Primaria en la asistencia en los problemas del alcohol²⁸ se

puede extrapolar que esto también es posible en el campo de las toxicomanías, y no sólo a nivel asistencial, puesto que este tipo de intervención comporta también una tarea de carácter preventivo.

CONCLUSIONES

En España la epidemia de la dependencia de heroína ha tenido y tiene graves consecuencias para la salud individual y pública. La elevada prevalencia de infección por el VIH en esta población ha generado un problema de salud pública de primera magnitud que ha obligado a cambios radicales en el diseño de las estrategias de intervención. El avance en el conocimiento de las bases neurobiológicas de la dependencia de sustancias probablemente pueda cambiar en el futuro el abordaje terapéutico que hoy estamos ofreciendo a nuestros pacientes²⁹ y desde los programas orientados a la abstinencia³⁰ puedan aparecer nuevas opciones de tratamiento que pueden ir desde al administración de otros fármacos agonistas opiáceos como la buprenorfina³¹ y la morfina de liberación retardada³² o la prescripción médica de heroína³³ hasta la utilización de vacunas³⁴ en los que se contemple el abordaje más integral posible³⁵.

REFERENCIAS

- 1 Caritas Española: La población española ante las drogas. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada. Madrid, 1981; 42: número extraordinario.
- 2 Navarro J. Perfil básico del problema de las toxicomanías en España. Comunidad y Drogas 1986; 1: 9-35.
- 3 Camprubí J. Un nuevo marco conceptual en el tratamiento de la drogadicción. Gaceta Sanitaria 1987; 3 (1): 95-96.
- 4 Memoria 1986. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1987.

- 5 Jones J, Conde V, Altozano JM, Mayoral JL, Santo-Domingo J, Biga A, Arroyo G, Abad E, Camprubí J, Lorenzo P. Alcohol, Drogas y Accidentes de Tráfico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- 6 Grupo de Trabajo para el estudio de infecciones en drogadictos. Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España. Análisis de 11.645 casos (1977-1988). *Enf Infec Microbiol Clin* 1990; 8: 514-519.
- 7 Camí J, de Torres S, San L. Pautas y criterios ante el ingreso de heroínómanos en el hospital general. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 327-331.
- 8 Drogaddicció i Embaraç. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.
- 9 McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness. *JAMA* 2000; 284: 1689-1695.
- 10 Camprubí J. SIDA: Prevalencia de la infección por VIH en ADVP. Situación actual y posibilidades de actuación. *Comunidad y Drogas* 1986; 2: 9-22.
- 11 Aguilar E, Alverola V, García-Conde J, Guix J. Problemas médicos en adictos a drogas por vía parenteral. Valencia: Generalitat Valenciana, 1987.
- 12 Muga R. La larga sombra del VIH/sida en los hospitales. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 21-23.
- 13 Megías E. Indicación terapéutica en drogodependencias. *Comunidad y Drogas* 1987; 4: 9-27.
- 14 Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe nº 6, Madrid, 2004.
- 15 Drummond C, Edwards G, Glanz A, Glass I, Jackson P, Oppenheimer E, Sheehan M, Taylor C, Thom B. Replanteamiento de las políticas en materia de drogas en el contexto del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Boletín de Estupefacientes* 1987; 39: 29-36.
- 16 WHO. Report of the Meeting on HIV Infection and Drug Injecting Intervention Strategies. Geneva, WHO, 1988.
- 17 Sous-Commission "Drogue" de la Commission Fédérale des Stupéfiants. Remise de seringues et d'aiguilles aux personnes dépendantes de la drogue. *Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique (Berna)* 1986; 4: 16-17.
- 18 Des Jarlais DC, Hopkins W. «Free» needles for intravenous drug users at risk for AIDS: current developments in New York city. *N Engl J Med*. 1985;313:1476.
- 19 Des Jarlais DC, Friedman SR, Hopkins W. Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. *Ann Intern Med*. 1985;103: 755-759.
- 20 Grant M, Gossop M. Prevención del abuso de drogas. Ginebra, OMS, 1991.
- 21 Francis DP, Chin J. The prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States. *J Am Med Assoc* 1987; 257: 1357-1360.
- 22 Anónimo. AIDS: act now, don't play later. *Br Med J* 1986; 239: 348.
- 23 Adler MW. AIDS and Intravenous Drug Abusers. *Br J Addic* 1986; 81: 307-310.
- 24 Navarro J. Perfil básico del problema de las toxicomanías en España. *Comunidad y Drogas* 1986; 1: 9-36.
- 25 Medrano MJ et al. Mathematical prediction of future trends of AIDS in Spain. Poster 668 presentado en la Conferencia Internacional sobre SIDA. París 1986.
- 26 Bravo MJ, Sánchez J. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): Características asistenciales y estructurales. Libro de Ponencias. XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Barcelona 1990; 175-181.
- 27 División de Estupefacientes. Libro básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas. Nueva York, Naciones Unidas, 1982; 1-11.
- 28 Babor F, Bruce E, Hodgson RS. Alcohol-Related problems in the Primary Health Care Setting: A review of early intervention strategies. *Br J Addiction* 1986; 81: 23-46.
- 29 Camí J, Farré M. Drug addiction. *N Engl J Med* 2003; 349: 975-986.
- 30 Waal H, Kornor H. Abstinence-oriented therapies for opiate addicts. *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17: 169-174.
- 31 Uchtenhagen A. Substitution management in opioid dependence. *J Neural Transm Suppl*. 2003; 66:33-60.
- 32 Mitchell TB, White JM, Somogyi AA, Bochner F. Slow-release oral morphine versus methadone: a crossover comparison of patient outcomes and acceptability as maintenance pharmacotherapies for opioid dependence. *Addiction* 2004; 99: 940-945.

- 33 Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MWJ, van Zwieten BJ, van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *Br Med J* 2003; 327: 310.
- 34 Katak KM. Vaccines against drugs of abuse. *Drugs* 2003; 63: 341-352.
- 35 Muga R, Guardiola H, Rey-Joly C. Evaluación de drogadictos con enfermedades asociadas. Aspectos clínicos y terapéuticos de la atención integral. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 624-635.

