

Memoria Final del Proyecto de Investigación

**Necesidad de tratamiento y gravedad de la adicción
en pacientes con más de 25 años de evolución**

**Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental,
CIBERSAM**

**Proyecto subvencionado por el Plan Nacional Sobre Drogas
(MSC-08-2008/I/006)**

Número Expediente: 2008/I/006

Investigador principal: Pilar Alejandra Sáiz Martínez (Profesor Titular - Area de Psiquiatría, Dpto. Medicina, Universidad de Oviedo – CIBERSAM)

Otros investigadores:

Nombre (orden alfabético)	Titulación	Cargo
Al Halabí Díaz, Susana	Psicólogo	Investigador Doctor, CIBERSAM, Area de Psiquiatría, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo
Antuña Díaz, M ^a Jesús	Médico	Servicios de Salud Mental (Area V), SESPA
Basarán Fernández, M ^a Teresa	Médico	Investigador, CIBERSAM, Area de Psiquiatría, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo
Bobes García, Julio	Catedrático de Psiquiatría	Area de Psiquiatría, Dpto. Medicina, Universidad de Oviedo - CIBERSAM
Casares López, M ^a José	Psicólogo	Becario Contratado. Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT). Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo
Díaz González, Tomás	Psiquiatra	Servicios de Salud Mental (Area IV), SESPA
Díaz Mesa, Eva	Psicólogo	Becario Contratado. Plan Nacional sobre Drogas. Area de Psiquiatría, Dpto. Medicina, Universidad de Oviedo
García-Portilla González, M ^a Paz	Prof. Titular de Psiquiatría	Area de Psiquiatría, Dpto. Medicina, Universidad de Oviedo - CIBERSAM
González, Ana	Prof. Titular de Psicología	Area de Personalidad, Evaluación y Tratamiento (PETRA), Dpto. Psicología, Universidad de Oviedo
Gutiérrez Cienfuegos, Eduardo	Psiquiatra	Técnico del Servicio de la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas. Servicios de Salud Mental, SESPA
Jiménez Treviño, Luis	Psiquiatra	Servicios de Salud Mental (Area IV), SESPA
Marina González, Pedro	Psiquiatra	Servicios de Salud Mental (Area IV), SESPA
Montes Pérez, Marino	Psiquiatra	Servicios de Salud Mental (Area IV), SESPA
Pelaez Tremols, María	Médico	Servicios de Salud Mental (Area V), SESPA
Rodríguez López, Covadonga	Psiquiatra	Servicios de Salud Mental (Area V), SESPA
San Narciso Izquierdo, Gema	Médico	Servicios de Salud Mental (Area III), SESPA
Sanz Sanz, Antonia	Psiquiatra	Servicios de Salud Mental (Area V), SESPA

Título del proyecto: Necesidad de tratamiento y gravedad de la adicción en pacientes con más de 25 años de evolución

Organismo: Universidad de Oviedo – Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

Centro: Facultad de Medicina

Departamento: Medicina (Area de Psiquiatría)

Comunidad autónoma: Asturias

Duración: 1 año

Fecha de inicio: 1 de Enero de 2009

Fecha de finalización: 31 de Diciembre de 2009

Año convocatoria: 2008

Area temática: Investigaciones sobre aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos diferenciales entre hombres y mujeres en relación con las adicciones (BOE núm. 164, 08-07-2008).

Palabras clave: Dependencia de heroína, gravedad de la adicción, necesidades terapéuticas

Resumen del proyecto

Objetivo: Describir las necesidades terapéuticas, el estado de salud actual (consumo de alcohol y drogas, salud física y mental, calidad de vida y discapacidad), integración socio-familiar, problemática legal y tasa de mortalidad de una cohorte de pacientes con dependencia a opiáceos que iniciaron tratamiento de mantenimiento con metadona entre los años 1980-1984.

Material y métodos: Estudio de evaluación a largo plazo (más de 25 años) de una cohorte de pacientes con dependencia a opiáceos. *Pacientes:* La muestra inicial del estudio está constituida por un total de 214 pacientes con dependencia a opiáceos que fueron incluidos en un programa de tratamiento con metadona entre los años 1980-1984 en el Principado de Asturias. *Instrumentos de evaluación:* Índice de Gravedad de la Adicción (versión 6.0) –ASI-6– (Alterman, 2004), Cuestionario de Salud EuroQol-5D –EQ-5D– (EuroQol Group, 1990), Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II –WHO/DAS II– (Epping-Jordan, 2000), Protocolo “ad hoc” sobre necesidades terapéuticas. *Análisis estadístico:* Se considera variable dependiente principal del estudio la gravedad de la adicción. Para examinar la relación entre las puntuaciones de gravedad del ASI-6 y las distintas variables independientes se utilizarán los siguientes tests: prueba t de Student o ANOVA one-way (variables de tipo categórico), regresión lineal simple (variables de tipo cuantitativo).

Situación actual del tema objeto del proyecto

En los inicios del siglo XXI los tratamientos de sustitución con metadona constituyen la modalidad terapéutica para adictos a la heroína que se aplica a un mayor número de pacientes. La difusión del sida entre los toxicómanos, las altas tasas de recaídas en cualquier clase de tratamiento y la elevada frecuencia de enfermedades médicas y psiquiátricas asociadas a la dependencia han obligado a replantearse las reticencias que producían este tipo de tratamientos.

En efecto, la rápida extensión del sida entre los usuarios de drogas por vía parenteral, que llevó a España a ser el país de su entorno con mayor número de personas infectadas por el VIH, determinó la puesta en marcha de las estrategias de reducción de daños y con ellas el crecimiento exponencial del número de sujetos a tratamiento con metadona que se multiplicó por cinco en el periodo entre 1992 y 1997, pasando de menos de diez mil a más de cincuenta mil.

La metadona es el tratamiento farmacológico más extendido internacionalmente para el tratamiento de la dependencia a opiáceos. Fue en los años 60 del pasado siglo cuando los investigadores Dole y Nyswander (1965 y 1967) encontraron que la metadona era el opiáceo que ofrecía mejores resultados para el manejo de la dependencia a la heroína.

Los tratamientos de sustitución con metadona se fundamentan en bases científicas tales como la posibilidad de sustituir la analgesia opioide por otra (Jaffe, 1990), la capacidad de la metadona suministrada a la dosis adecuada (de 20 a más de 100 mg/día) para prevenir o revertir el síndrome de abstinencia producido por la privación de opiáceos (Ward y cols., 1992) y reducir la necesidad del uso de heroína (Jaffe, 1990), la efectividad de la metadona durante 24 horas requiriendo una única administración por día (Jaffe, 1990), así como el bloqueo de los efectos eufóricos de la heroína y disminución del deseo de búsqueda de ésta (Dole y cols., 1969), lo que facilita el acceso a actividades normalizadas o a procesos de rehabilitación cuando son necesarios.

La metadona es el único tratamiento para la dependencia a opiáceos que ha demostrado claramente en ensayos clínicos que reduce el uso de opiáceos ilegales más que el placebo (Newman y cols., 1979; Strain y cols., 1993), los tratamientos de desintoxicación (Vanichseni y cols., 1991) y los tratamientos libres de drogas (Gunne y Grönbladh, 1981). Además, una reciente revisión Cochrane concluye que la metadona es un tratamiento cuya eficacia en reducir el uso de heroína se acompaña de una elevada efectividad en retener a los pacientes en tratamiento (Mattick y cols., 2002).

Aunque en España la aplicación de los tratamientos con metadona se ha llevado a cabo con distintos criterios a lo largo del tiempo (de los periodos iniciales en que se

consideraba una estrategia de tratamiento encaminada a la abstinencia del uso de drogas a corto o medio plazo, a los tiempos en que comenzó a utilizarse con objetivos de reducción de daños), lo cierto es que el perfil de los pacientes para los que se ha indicado esta modalidad de tratamiento ha estado dominado siempre por la gravedad de la adicción: pacientes que no alcanzan la abstinencia mediante desintoxicación o tratamientos libre de drogas, toxicomanías crónicas de varios años de evolución y adictos con enfermedades somáticas y/o psiquiátricas graves.

De los diferentes estudios para conocer la eficacia de los tratamientos con metadona, tanto internacionales como los realizados en nuestro medio (Torrens y cols., 1993 y 1996; Fernández y cols., 1999; Fernández, 2002), se deduce que los pacientes se benefician de la reducción del uso de heroína y el resto de mejoras mientras están sometidos al tratamiento. Pero, ¿cuál es la evolución de los pacientes con el paso del tiempo?

Hace más de veinte años que se realizan tratamientos con metadona en España, circunstancia que brinda la oportunidad de conocer cuál es el devenir a largo plazo de los pacientes que accedieron a esta modalidad de tratamiento. Someter a una muestra de pacientes que iniciaron un tratamiento con metadona hace tanto tiempo a un estudio de seguimiento permitiría desvelar aspectos relacionados con el impacto de la adicción con el paso de los años.

Los estudios de seguimiento fueron definidos por Johnston (1977) como "cualquier investigación en la que una muestra es identificada en un punto en el tiempo y posteriormente localizada en persona o por registros para saber qué ha ocurrido en el intervalo". Los numerosos estudios de seguimiento de adictos a drogas realizados tanto a escala nacional como internacional (Girón, 2007) han arrojado luz sobre la conducta adictiva, las relaciones entre el consumo de drogas y la salud física y mental, la prevalencia de comportamientos delictivos entre los adictos, la influencia de la drogodependencia en la integración social y laboral, la eficacia de los tratamientos, los factores asociados con una mejor respuesta a los mismos y, por supuesto, acerca de la historia natural de la adicción. Sin embargo, es este último aspecto el menos conocido. La mayoría de los estudios de seguimiento están metodológicamente diseñados para conocer la evolución de la muestra en un periodo que oscila entre unos meses hasta como mucho los diez años (Girón, 2007). Escasean la perspectiva de estudios ya clásicos, como el de Vaillant (1973) que investigó el estado de una muestra de adictos tratados en una unidad hospitalaria de desintoxicación veinte años después del primer ingreso. Sólo estudios de esta naturaleza permiten acercarse al impacto de la adicción en la vida de quienes la padecen, tanto en cuanto a esperanza de vida, discapacidad, actividades delictivas, estado de salud y mantenimiento o abandono del consumo de alcohol y drogas, ofreciendo una información imprescindible para evaluar los costes

personales, sociales y económicos de este tipo de problemas y planificar adecuadamente, con una apropiada perspectiva temporal, los diferentes recursos asistenciales.

En conclusión, existe una clara falta de conocimiento a muy largo plazo, acerca del impacto y necesidades terapéuticas que generan la adicción a opiáceos en quienes la padecen. En nuestro medio se ha valorado la situación a los 15 años de la población, cuyo seguimiento a 25 años se propone en este estudio (Jiménez y cols., 2000). No obstante, consideramos que seguimientos periódicos de esta misma muestra contribuirían a ofrecer la información necesaria para una adecuada planificación de recursos sanitarios en este colectivo de pacientes.

Hipótesis y objetivos

Hipótesis

Hipótesis general

La adicción a opiáceos se asocia, a largo plazo, con un elevado consumo de recursos sanitarios, así como, con un mal pronóstico clínico.

Hipótesis específicas

Las personas con dependencia a opiáceos presentan, a largo plazo, elevados niveles de morbi-mortalidad física y psíquica y de discapacidad, bajos niveles de calidad de vida, así como, una peor integración socio-familiar y una mayor problemática legal.

Los pacientes con dependencia a opiáceos presentan, a largo plazo, un elevado uso de todo tipo de recursos sanitarios, si bien su adherencia a los programas terapéuticos específicos para la dependencia es baja.

Objetivos

Objetivo general

Describir las necesidades terapéuticas, el estado de salud actual, integración socio-familiar, problemática legal y tasa de mortalidad de una cohorte de pacientes con dependencia a opiáceos (n = 214) que iniciaron tratamiento de mantenimiento con metadona, en los Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), entre los años 1980-1984

Objetivos específicos

1. Describir el estado de salud actual (consumo de alcohol y drogas, salud física y mental y discapacidad) de la muestra
2. Determinar el perfil de deterioro psicosocial (nivel de integración socio-familiar, problemática legal, calidad de vida y discapacidad) asociado, a largo plazo, con la dependencia a opiáceos
3. Determinar las tasas de mortalidad, a los 25 años, de los pacientes con dependencia a opiáceos
4. Determinar, el nivel uso de recursos sanitarios, tras 25 años de evolución de la adicción a opiáceos

5. Evaluar la adherencia terapéutica a largo plazo (25 años) y los factores sociodemográficos y clínicos implicados en la misma

Material y método

1. Diseño

Estudio multicéntrico, observacional prospectivo de evaluación a 25 años, de una cohorte de pacientes con dependencia a opiáceos que demandaron asistencia, por dicho motivo, en los Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), y fueron incluidos en un programa de mantenimiento con metadona (PMM) durante los años 1980-1984.

2. Sujetos de estudio

La población a estudiar se trata de todo el grupo de pacientes con dependencia a opiáceos que se encontraban a tratamiento con metadona durante los años 1980-1984, en el Principado de Asturias. El número de personas que integran el grupo muestral es de 214, y comprenden a los pacientes que obtuvieron el carnet extradosis para PMM.

Para la identificación y localización de los pacientes que integran la muestra se dispone de las listas de pacientes a los cuales se administró metadona durante los años 1980-1984 en diferentes zonas sanitarias del Principado de Asturias. Los mencionados listados han sido proporcionados por la Consejería Regional de Sanidad, que en dicho período contaba con un farmacéutico específicamente dedicado al control y autorización de los carnets extradosis para PMM.

Fases previas (ya realizadas)

Fase 1: Durante los años 1980-1984, se recogió información sociodemográfica y clínica de los integrantes de la muestra (n= 214), contando con la colaboración del SESPA.

Fase 2: Durante los años 1998-1999, se trató de contactar con los pacientes que componían la muestra inicial para realizar una entrevista directa, utilizando un protocolo creado con tal fin que incluía variables sociodemográficas, toxicológicas, clínicas y legales. De igual modo, se recurrió al Registro Civil, para constatar los casos de mortalidad (n= 26) (ver Jiménez y cols., 2000).

Fase actual (estudio de investigación propuesto)

Fase 3: Esta fase constituye el estudio que se propone en la actualidad. Durante la misma, se tratará de contactar con los 188 pacientes que según los datos previos (seguimiento a 15 años realizado durante los años 1998-1999), no habían fallecido, con el fin de realizar una entrevista directa utilizando el protocolo que se detalla a continuación. En los casos en los que no sea posible contactar con los pacientes se recurrirá al historial clínico y/o proxys, para comprobar la existencia de un posible

fallecimiento de los mismos y recabar la información necesaria para cumplimentar el correspondiente protocolo.

Criterios de inclusión

1. Haber sido incluido en un PMM en el Principado de Asturias durante los años 1980-1984
2. Aceptación de participación en el estudio y firma de consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Negativa a participar en el estudio

3. Protocolo de evaluación

Para la realización de este estudio se administrarán los siguientes instrumentos de evaluación:

Pacientes que continúan en el estudio

- Índice de Gravedad de la Adicción (versión 6.0) –ASI-6– (Alterman, 2004; versión española: Bobes et al, 2006)
- Cuestionario de Salud EuroQol-5D –EQ-5D– (EuroQol Group, 1990; versión española: Badía et al, 1999)
- Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II –WHO/DAS-II– (Epping-Jordan, 2000)
- Protocolo “ad hoc” para la recogida detallada de los recursos sanitarios utilizados

Pacientes fallecidos

- Protocolo “ad hoc” de recogida de información de datos relacionados con las circunstancias de la muerte

3.1. Índice de Gravedad de la Adicción (versión 6.0) (ASI-6)

La 6ª versión del Índice de Gravedad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI6), al igual que sus predecesores, entiende la gravedad de la adicción como la necesidad de implementar algún tipo de tratamiento, exista éste o no, para mejorar la situación actual del paciente.

Se trata de un instrumento multidimensional que evalúa siete áreas de la vida que pueden estar alteradas en los pacientes con trastornos por uso de sustancias. Estas son:

- Salud física,
- Empleo,
- Alcohol,
- Drogas,
- Situación legal,
- Familia y relaciones sociales, y
- Salud mental.

Por su aproximación multidimensional a la gravedad de la adicción, el ASI6 tiene tanto importancia conceptual como práctica. Además los datos procedentes de las investigaciones preliminares apoyan la capacidad del instrumento para predecir y medir la efectividad del tratamiento. Nos encontramos entonces, con una herramienta que proporciona información básica sobre las necesidades de los pacientes en distintas áreas de su vida con el fin de ajustar las estrategias terapéuticas a las necesidades individuales de cada paciente, y evaluar los cambios clínicos producidos como resultado de las intervenciones terapéuticas.

La estructura de las áreas problema es común para todas las áreas: comienzan por ítems de cribado con reglas de escape, después recogen información objetiva que facilita la valoración de la gravedad, y finalmente, información subjetiva referida a cuánto molestan al paciente sus problemas y la importancia que tiene para él recibir tratamiento.

La información subjetiva es proporcionada por el propio paciente sobre las molestias derivadas de cada problema y la importancia de tratamiento para ellas. Para ello utiliza una escala de autoevaluación tipo Likert con un rango entre 0 y 4:

0 = en absoluto, 1 = ligeramente, 2 = moderadamente, 3 = considerablemente, 4 = extremadamente

El tiempo medio de administración estimado por los autores es de 45 minutos (\pm 15 minutos), dependiendo de la gravedad del paciente y de la experiencia del entrevistador.

A partir de la información objetiva obtenida en la entrevista y aplicando una serie de algoritmos matemáticos se obtienen 15 puntuaciones objetivas estandarizadas (POE); 9 pertenecientes a las denominadas escalas primarias y 6 a las escalas secundarias. En la Tabla 1 se enumeran las escalas primarias y secundarias, así como el rango de puntuación factible para cada una de ellas.

Tabla 1. Escalas primarias y secundarias del ASI6 y sus rangos de puntuación factibles.

Escalas primarias	Rango de puntuación	Escalas secundarias	Rango de puntuación
Salud Física	29-78	Pareja- Apoyo	32-57
Empleo	21-53	Pareja- Problemas	45-67
Alcohol	38-77	Amistades- Apoyo	37-59
Drogas	31-77	Amistades- Problemas	46-70
Legal	46-79	Familiares adultos- Apoyo	41-68
Familia- Hijos	48-79	Familiares adultos- Problemas	44-67
Familia/Red Social- Apoyo	27-73		
Familia/Red Social- Problemas	36-78		
Salud Mental	31-79		

A mayor puntuación objetiva estandarizada mayor la gravedad que presenta el paciente en esa área, entendida como necesidad de tratamiento independientemente de que éste exista o no.

3.2. Cuestionario de Salud EuroQol-5D (EQ-5D)

El cuestionario de Salud EuroQol-5D fue diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud que permita el intercambio de datos entre diferentes países.

Consta de dos partes:

1. Primero se evalúan 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Para cada dimensión se describen tres estados entre los que el paciente ha de elegir el que mejor refleje su situación. Esos tres estados describen la ausencia de problemas en esa dimensión (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y problemas graves (3 puntos). Proporciona una información de tipo descriptivo, de tal modo que todas las combinaciones posibles generan un total de 243 estados de salud posibles, que derivan en una puntuación que oscila entre 0 (sin problemas) y 1 (problemas graves).
2. En la segunda parte se presenta visualmente una escala analógica, representada mediante una línea vertical de 20cm de longitud y graduada del 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). El paciente ha de marcar en dicha escala el punto que mejor represente su estado de salud global en

el día de la entrevista. Por lo tanto, proporciona información cuantitativa sobre la percepción del paciente sobre su estado global de salud.

3.3. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud II (WHO/DAS-II)

Es un instrumento de medida del funcionamiento y la discapacidad conceptualmente compatible con la revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(2001).

Se trata de una revisión completa de la WHODAS, que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento y la discapacidad.

Evalúa el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia con la vida:

- Comprensión y comunicación
- Capacidad para moverse en su alrededor/entorno
- Cuidado personal
- Capacidad para relacionarse con otras personas
- Actividades de la vida diaria
- Participación social

Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de intensidad de dificultad de 5 grados (1, nada; 5, extremadamente/no puedo hacerlo). El marco de referencia temporal se sitúa en los últimos 30 días.

La versión heteroaplicada, que administra el clínico, es una entrevista semiestructurada con 6 ítems nucleares, que proporcionan un perfil de funcionamiento y una puntuación general.

3.4. Protocolos "ad hoc"

Se incluyó un protocolo que recogió información sobre los distintos tipos de tratamientos a los que había asistido el paciente, contemplando los diferentes dispositivos a los que acudió. Así mismo, se recogía información sobre el tiempo en que estuvo en cada tratamiento y si actualmente asistía al dispositivo correspondiente y el tiempo que llevaba a tratamiento en el momento de la entrevista.

En el caso de los pacientes fallecidos se recogió la fecha de nacimiento, y la fecha y causa de fallecimiento a partir de la información proporcionada por los familiares y/o la historia clínica.

4. Procesamiento estadístico de los datos

Se considera variable dependiente principal del estudio la gravedad de la adicción medida a través de las puntuaciones de gravedad del ASI-6. Para examinar la relación entre las puntuaciones de gravedad del ASI-6 y las distintas variables independientes, se realizó un análisis bivariado, utilizando la prueba no paramétrica de correlación *rho de Spearman*. Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 15.0).

5. Aspectos éticos

Los investigadores se comprometen a respetar todos los aspectos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación clínica según el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal, Ley 41/2002 de noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente.

El estudio ha sido sometido para su aprobación al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Se obtendrá consentimiento informado (CI) para la participación en el estudio de todos los pacientes y / o de sus representantes legales.

Resultados

En esta evaluación se han podido localizar a un total de 115 pacientes de los 214 que comenzaron el estudio, lo que supone el 53,7% de la muestra inicial. De los 115 pacientes localizados, el 58,3% (n = 67) había fallecido en el momento de realizar la recogida de datos, el 19,1% (n = 22) no quiso colaborar, y el 22,6% (n = 26) completó la totalidad del protocolo. De los pacientes localizados, el 85,2% son varones y el 14,8% mujeres (la muestra inicial estaba formada por 77,1% de hombres y 22,3% de mujeres).

La edad media (DE), de los pacientes localizados vivos que completaron el protocolo, fue de 48,4 (4,5) años. La distribución por sexos fue 76,7% hombres y 23,3% mujeres.

De los fallecidos, la edad media de la muestra fue de 40,0 años (DE = 12,1), siendo la mayoría hombres (70,3%). La principal causa de muerte fue el SIDA (31,3%) seguida de la sobredosis de heroína (10,4%) (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de la mortalidad a los 25 años de seguimiento

Fallecidos [% (n)]	58,3 (67)
Edad media (DE) fallecimiento	40,0 (12,1)
Fallecidos según sexo [% (n)]	
Hombres	89,6 (60)
Mujeres	10,4 (7)
Causa fallecimiento [% (n)]	
Sobredosis	10,4 (7)
Accidente de tráfico	1,5 (1)
SIDA	31,3 (21)
Cáncer	4,5 (3)
Cirrosis	4,5 (3)
Tuberculosis	1,5(1)
Accidente cerebro vascular	3,0 (2)
Homicidio	3,0 (2)
Desconocida	40,3 (27)

1. Estadística descriptiva

1.1. Variables sociodemográficas

La Tabla 3 resume las principales características sociodemográficas de la muestra estudiada. La muestra estaba mayoritariamente compuesta por varones (76,7%), el 28% estaba casado o vivía en pareja, el nivel de estudios del 44% de los encuestados fue la educación básica y el 52% se encontraba fuera del mercado laboral.

Tabla 3. Variables sociodemográficas de los pacientes vivos

Edad media (DE)	48,4 (4,5)
Sexo [% (n)]	
Hombres	76,7 (23)
Mujeres	23,3 (7)
Estado civil [% (n)]	
Casados o conviviendo en pareja	28 (7)
Viudos	4 (1)
Separados o divorciados	20 (5)
Solteros	20 (5)
Nivel de estudios alcanzado [% (n)]	
Básica	44 (11)
Bachillerato	5 (20)
Diplomatura	0 (0)
Licenciatura	4 (1)
Sin estudios	4 (1)
Desconocido	28 (7)
Situación laboral [% (n)]	
Trabajando a tiempo completo	16 (4)
Trabajando a tiempo parcial	4 (1)
Paro o buscando trabajo	0 (0)
Fuera del mercado laboral	52 (13)
Desconocido	28 (7)

1.2. Situación laboral y recursos

En la Tabla 3, se observa cuál es la situación laboral actual de la muestra. De aquellos que están en el mercado laboral, el 42,8% trabaja en el grupo profesional de trabajadores manuales, equipos de limpieza, ayudantes y peones, el 28,5% en el de profesiones especializadas y técnicas, el 14,2% en el de transportistas y mudanzas y el 14,2% en el de servicios. El tiempo medio en el que permanecieron en el mismo empleo durante más tiempo fue de 100,2 meses (DE = 102,1).

La fuente de ingresos económicos de la mayor parte de los pacientes consiste en algún tipo de subsidio (jubilación 20%, incapacidad 30%, subsidio de desempleo 5% y otra prestación social 5%), mientras que sólo un 35% de los pacientes tiene un trabajo remunerado como fuente principal de ingresos.

La media de personas a cargo del paciente era de 0,3 (DE = 0,8). Sólo habían sido morosos en la devolución de un préstamo del estado el 3,9%, y sólo el 5,2% llevaba

más de un mes de retraso en alguno de los pagos habituales (vivienda, pensión alimenticia, facturas, etc.).

1.3. Antecedentes legales

En cuanto a los antecedentes legales o judiciales, el 68% (n = 17) de los pacientes entrevistados había sido detenido alguna vez en su vida, el 4% (n = 1) estaba actualmente en libertad condicional y un 8% (n = 2) estaba esperando sentencia en el momento de la entrevista. La edad media del primer arresto fue a los 18,2 años (DE = 4,2) y al 20% les habían detenido siendo menores de edad una media de una vez (DE = 0,0) con una media de estancia de 12 meses (DE = 0,0) en un centro de menores y, siendo mayores de edad, les condenaron una media de 5,14 veces (DE = 6,9) por un tiempo medio de 24,4 meses (DE = 31,8) en centros penitenciarios. La última vez que fueron arrestados de fue hace 127,2 meses (DE = 127,6). En la Tabla 4, se puede observar el número de veces que habían sido detenidos por diferentes delitos.

Tabla 4. Número de arrestos por diferentes motivos [Media (DE)]

Posesión de drogas	4,5 (5,4)
Venta o fabricación de drogas	4 (1,0)
Atraco	4,3 (4,9)
Otros delitos contra la propiedad	9,5 (11,4)
Delitos violentos	1,3 (0,5)
Conducir bajo los efectos del alcohol	1 (0,0)
Otro delito penal	2 (1,4)

1.4. Variables clínicas

1.4.1. Salud física

La puntuación objetiva estandarizada de la escala primaria de salud física del ASI-6 fue de 4,0 (DE = 2,0), lo que podríamos traducir como una gravedad moderada en esta área de la vida.

En la Tabla 5 se muestran los diferentes problemas que presentaban los pacientes siendo los más comunes la hepatitis (64%) y el VIH/SIDA (36%).

Por otro lado el 12% (n = 3) tenían una incapacidad que afectaba gravemente a su audición, visión o movilidad y el 36% (n = 9) recibía una pensión o paga por incapacidad física.

Tabla 5. Pacientes con problemas de salud física [% (n)]

Hipertensión	12 (3)
--------------	--------

Diabetes	4 (1)
Enfermedades cardíacas	8 (2)
Accidente cerebrovascular	8 (2)
Cáncer	16 (4)
VIH/SIDA	36 (9)
Tuberculosis o test positivo de tuberculina	20 (5)
Hepatitis	64 (16)
Cirrosis u otras enfermedades hepáticas	12 (3)
Nefropatía crónica	12 (3)
Problemas respiratorios o neumológicos crónicos	20 (5)
Otros problemas médicos	24 (6)

1.4.2. Variables relacionadas con el uso de sustancias

En la Tabla 6 se observa la edad de inicio del consumo de las diferentes sustancias de consumo estudiadas así como los años que se consumió cada sustancia de manera regular. Como se puede comprobar, la sustancia con la que se inició el consumo fue el alcohol (13,8 años), siendo la cocaína la droga que más tarde empezaron a consumir (24,2 años). La sustancia que más se consumió regularmente fue la heroína (17,9 años) y la que menos tiempo se consumió los alucinógenos (0,7 años).

Respecto al alcohol, en el momento del seguimiento ninguno tenía el diagnóstico de trastorno por uso de alcohol, aunque el 8% (n = 2) manifestaba síntomas de abstinencia y ansia o impulsos de consumir y el 4% (n = 1) dificultades para controlar el consumo, reducirlo o abandonarlo y problemas físicos, psicológicos o laborales debido al consumo.

De aquellos cuyo consumo actual principal es la cocaína, el 100% la han consumido de forma inhalada. De los que el problema principal es la heroína el 90,9% la han consumido de forma tanto inhalada como inyectada. El tiempo medio que ha transcurrido desde la última vez que compartieron jeringuillas o material para inyectarse fue de 211,5 meses (DE = 116,2).

De los que actualmente tienen problemas con el consumo de sustancias, el 52,9% sólo tiene problemas con una sustancia, el 17,6% con dos sustancias y el 29,4% con tres drogas.

Tabla 6. Politoxicomanía: edad de inicio y años de consumo [media (DE)]

	Edad de inicio	Años de consumo regular
Alcohol	13,8 (3,2)	7,3 (10,0)
Cannabis	16,9 (4,0)	17,1 (14,4)

Sedantes	22,2 (10,3)	9,4 (12,4)
Cocaína	24,2 (18,0)	8,2 (8,1)
Estimulantes	18,5 (5,4)	2,3 (5,3)
Alucinógenos	17,7 (4,1)	0,7 (2,5)
Heroína	17,7 (3,4)	17,9 (7,5)
Metadona	21,9 (5,0)	16,1 (10,4)
Otros opiáceos	18,7 (4,9)	3,8 (7,8)

Los pacientes han estado a tratamiento una media de 7,1 veces (DE = 6,5) y tenían una edad media cuando se pusieron a tratamiento la primera vez de 21,6 años (DE = 4,9). La droga principal de consumo en el momento de la entrevista era la heroína (10,7%), seguida del cannabis (2,9%). Sólo había un 5,2% de abstinentes.

La puntuación objetiva estandarizada de la escala alcohol fue de 41,6 (DE = 6,5), y en la escala drogas de 41,9 (DE = 9,6).

En la actualidad, el 19,5% de los pacientes localizados vivos continuaban realizando un tratamiento específico de su adicción (15,6% en PMM y 3,9% en otro dispositivo ambulatorio). En la Tabla 7, se muestran los datos correspondientes al uso de los diferentes dispositivos a lo largo de estos 25 años. La media de recursos empleados por cada paciente a lo largo de la evolución del trastorno por uso de sustancias de estos pacientes en el momento del seguimiento fue de 3,8 veces (DE = 1,5).

Tabla 7. Uso de recursos sanitarios

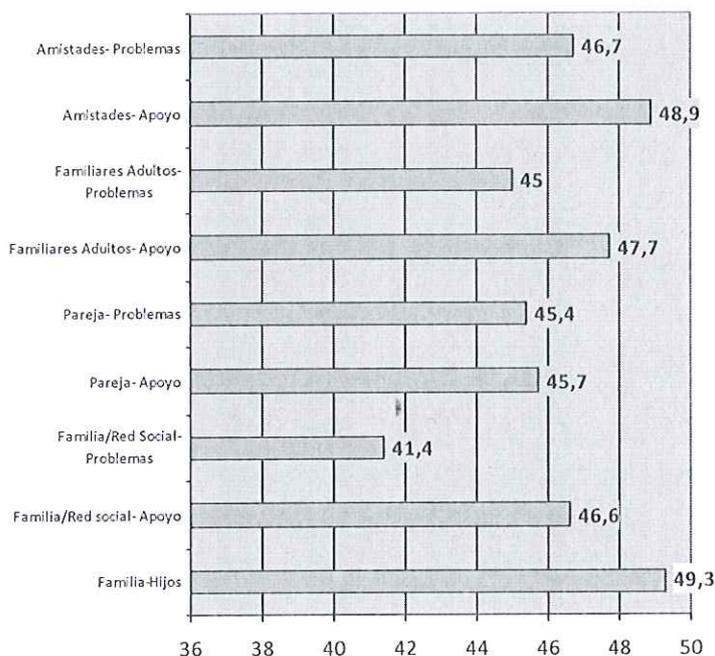
Recurso	Veces a tratamiento [media (DT)]	Tiempo medio a tratamiento en meses (DT)
Metadona	3 (2,7)	190,8 (121,7)
Comunidad terapéutica	2,2 (1,5)	15,7 (17,7)
Unidad hospitalaria	2,6 (2,3)	7,2 (6,6)
Servicio ambulatorio	1,5 (1)	145,2 (161,5)
Centro de día	1,1 (0,4)	16,3 (18,1)
Naltrexona	1,5 (1,1)	9 (8,7)
Otros	1,2 (0,5)	1,7 (0,9)

1.4.3. Relaciones familiares y sociales

El 32% (n = 8) de los pacientes entrevistados estaba moderadamente satisfecho con sus relaciones sociales con otros adultos, según lo contestado en el ítem específico del ASI-6. Ninguno de los pacientes manifestó tener ninguna orden de alejamiento, ni haber tenido peleas, golpes o empujones con la pareja, la familia o los amigos durante el mes previo a la entrevista.

En la figura 1, podemos observar las puntuaciones objetivas estandarizadas del ASI-6 correspondientes a las distintas escalas, tanto primarias como secundarias, del área familiar y social.

Figura 1. Puntuaciones objetivas estandarizadas de las escalas primarias y secundarias del área familiar y social del ASI-6



1.4.4. Salud Mental

Como es sabido, el trastorno por uso de sustancias suele presentar una comorbilidad con otros trastornos mentales. Los pacientes entrevistados manifiestan que en un 14,3% de los casos ($n = 11$) tienen una prescripción médica para problemas emocionales o psicológicos, y el 6,5% ($n = 5$) recibe una pensión por problemas psiquiátricos. La media de ingresos psiquiátricos por problemas diferentes al uso de sustancias fue de 0,3 ($DE = 0,8$), siendo la edad media del primer tratamiento psicológico los 17,4 años ($DE = 15,5$). Todo esto se traduce en el ASI-6 en una gravedad media en la escala de salud mental de 40 ($DE = 9,7$). En la Tabla 8, se observan otros problemas relacionados con la salud mental.

Tabla 8. Pacientes con problemas de salud mental [% (n)]

Problemas de sueño	32 (8)
Deprimido o bajo de ánimo	40 (10)
Ansioso, nervioso o preocupado	36 (9)
Alucinaciones	44 (11) sólo bajo consumo
Dificultad para pensar, comprender, concentrarse, etc.	20 (5)

Dificultad para controlar los impulsos o el carácter	28 (7)
Empujones, golpes, tirar objetos	24 (6)
Pensamientos de suicidio	24 (6)
Intentos de suicidio	16 (4) sólo bajo consumo

1.5. Calidad de vida

En la Tabla 9, se resumen los resultados obtenidos tras la aplicación de la escala EQ-5D sobre calidad de vida. En general, cuando se pregunta por el grado de salud en el mismo momento de la entrevista, en una escala de 0 a 100, los pacientes han manifestado un estado medio de 46,8 (DE = 19,9).

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, la más afectada son dolor/malestar y ansiedad/depresión, aunque la mayoría de los pacientes refieren no tener problemas en ninguna de las dimensiones analizadas.

Tabla 9. Calidad de vida [% (n)]

	Sin problemas	Algún problema	Incapacidad
Movilidad	90 (18)	5 (1)	5 (1)
Cuidado personal	95 (19)	5 (1)	0 (0)
Actividades cotidianas	80 (16)	15 (3)	5 (1)
Dolor/malestar	52,6 (10)	36,8 (7)	10,5 (2)
Ansiedad/depresión	75 (15)	20 (4)	5 (1)
Comparado con hace 12 meses	(mejor) 9,1 (7)	(igual) 9,1 (7)	(peor) 6,5 (5)

1.6. Discapacidad

Las puntuaciones obtenidas en las áreas específicas de funcionamiento de la WHO-DAS, reflejan la casi total ausencia de discapacidad como medias inferiores a 1 en todas las áreas (ver Tabla 10).

Tabla 10. Discapacidad [Media (DE)]

Cuidado personal	0,2 (0,7)
Funcionamiento ocupacional	0,5 (0,8)
Funcionamiento familiar	0,4 (0,9)
Funcionamiento en el contexto social amplio	0,5 (0,8)

Analizando en porcentaje las distintas áreas de discapacidad, la gran mayoría de los pacientes califica su situación funcional como de ninguna discapacidad en todas las áreas (80%-95%) y en ninguno de los casos se ha calificado la situación funcional como de discapacidad máxima en ninguna de las áreas de discapacidad.

Tabla 11. Discapacidad [% (nT)]

	Ninguna discapacidad	Funcionamiento con ayuda	Discapacidad máxima
Cuidado personal	95 (19)	5 (1)	0 (0)
Funcionamiento ocupacional	85 (17)	15 (3)	0 (0)
Funcionamiento familiar	90 (18)	10 (2)	0 (0)
Funcionamiento en el contexto social amplio	80 (16)	20 (4)	0 (0)

2. Análisis bivariado

A la hora de realizar un análisis de la correlación entre el nivel de gravedad global del paciente medido por las distintas escalas del ASI-6 y el número de veces que el paciente estuvo a tratamiento con mantenimiento en metadona no se relacionan. El tiempo que estuvo en dicho programa sólo se relaciona con la escala de salud física (ρ de Spearman = 0,667; $p < 0,05$), observándose una relación directa, de manera que cuanto mayor gravedad presenta el paciente de su salud médica, más tiempo a estado a tratamiento.

Por otro lado, se observó una relación directa entre el número de recursos utilizados por cada paciente y las áreas de Apoyo de la escala primaria Familia/Red Social (ρ de Spearman = 0,644; $p < 0,05$) y la secundaria Amistades (ρ de Spearman = 0,679; $p < 0,05$).

Conclusiones

Al igual que ha ocurrido en estudios similares publicados con anterioridad, la realización de trabajos de seguimiento con población drogodependiente, presenta grandes complicaciones de adherencia, cumplimiento y colaboración debido a las características propias de este tipo de pacientes (dificultades sociales, cambios de residencia, problemas legales, etc.). A pesar de estas dificultades, se ha conseguido localizar a más del 50% de la muestra, cifra alejada del 75% requerido habitualmente en los estudios de seguimiento, pero similar a las tasas de retención obtenidas en trabajos con población drogodependiente.

Las conclusiones que se extraen de los resultados obtenidos se exponen a continuación:

1. A pesar de que los PMM están orientados, entre otros, a la reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas por vía endovenosa, el estado de salud actual de la muestra refleja a una población con altos porcentajes de infección de hepatitis B y C y VIH. De todas maneras, este dato no puede relacionarse con un fracaso del PMM en sí, dado que la muestra se compone en su totalidad de pacientes que estaban utilizando heroína por vía parenteral antes de comenzar en el programa. También cabe destacar el alto porcentaje de pacientes con tuberculosis o test positivo de tuberculina y problemas respiratorios o neumológicos. En cuanto a la salud mental, aparece casi en la mitad de los pacientes algún problema emocional o psicológico asociado al trastorno por uso de sustancias para el que están recibiendo tratamiento, de manera que una quinta parte de los pacientes recibe una pensión por discapacidad psicológica.
2. Tras un seguimiento de 25 años de los pacientes que solicitaron la tarjeta extradosis en los años 80, nos encontramos con que el perfil sociodemográfico define a un varón de mediana edad, casado o conviviendo en pareja y con un nivel de estudios básicos que actualmente se encuentra fuera del mercado laboral. Desde el punto de vista judicial, los pacientes tienen antecedentes de actividades delictivas y sanciones judiciales, sobre todo por delitos contra la propiedad, aunque sólo una minoría tiene actualmente problemas legales. Llama la atención que es desde sólo hace una década, cuando han dejado de tener problemas judiciales
3. La realidad que presentan los datos de mortalidad indican un dramático incremento de la mortalidad y una reducción de la esperanza de vida de los fallecidos en 37 años respecto a la esperanza de vida para su mismo grupo de edad calculada en el año 1980. En cambio, sí se ha observado una drástica reducción del porcentaje de muertes debido a sobredosis comparado con los estudios publicados durante la década de los 80, lo cual indica un éxito de los PMM en la prevención de este aspecto relacionado con la morbimortalidad del consumo ilegal de opiáceos.

4. El nivel de utilización de los diferentes recursos sanitarios destinados al tratamiento de las drogodependencias ha sido elevado, en especial los PMM. Si bien todos los recursos disponibles han sido utilizados al menos en una ocasión por la totalidad de los pacientes, los dispositivos más utilizados, tanto en nº de veces como por el tiempo en tratamiento han sido los PMM, con un tiempo medio de tratamiento mayor de 15 años.

5. En el momento actual la quinta parte de los pacientes localizados continúa enrolado en algún tipo de tratamiento para su adicción, cifra que contrasta con el porcentaje de pacientes que todavía consumen algún tipo de droga (94,8%). Del análisis bivariado se desprende que la adherencia a los programas de tratamiento no está relacionada con la gravedad de la adicción sino con la presencia de patología médica asociada, derivada del consumo de drogas.

Artículos publicados como consecuencia de la acción

Dado que la duración total del trabajo de investigación propuesto ha sido de un 1 año, ese tiempo se ha utilizado en la recolección muestral y procesamiento de los datos obtenidos, no habiendo existido tiempo aún para el envío de ningún artículo. Si bien, cabe señalar que en el momento actual se está procediendo a su elaboración.

Modificaciones de la metodología y plan de trabajo sobre los proyectados y su justificación

Ninguno.

Objetivos planteados

Objetivo general

Describir las necesidades terapéuticas, el estado de salud actual, integración socio-familiar, problemática legal y tasa de mortalidad de una cohorte de pacientes con dependencia a opiáceos (n = 214) que iniciaron tratamiento de mantenimiento con metadona, en los Servicios de Salud del Principado de Asturias (SESPA), entre los años 1980-1984

Objetivos específicos

1. Describir el estado de salud actual (consumo de alcohol y drogas, salud física y mental y discapacidad) de la muestra
2. Determinar el perfil de deterioro psicosocial (nivel de integración socio-familiar, problemática legal, calidad de vida y discapacidad) asociado, a largo plazo, con la dependencia a opiáceos
3. Determinar las tasas de mortalidad, a los 25 años, de los pacientes con dependencia a opiáceos
4. Determinar, el nivel uso de recursos sanitarios, tras 25 años de evolución de la adicción a opiáceos
5. Evaluar la adherencia terapéutica a largo plazo (25 años) y los factores sociodemográficos y clínicos implicados en la misma

Objetivos concretos alcanzados

Se consideran alcanzados los objetivos planteados al inicio del estudio.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados en el área de las drogodependencias

Los datos obtenidos en el presente estudio permiten un mejor conocimiento de las necesidades terapéuticas, estado de salud, problemática legal y mortalidad, a muy largo plazo (25 años), de los pacientes en programas de mantenimiento con metadona. Es necesario reseñar que, a pesar de la elevada tasa de prevalencia de este problema y de sus repercusiones socio-sanitarias, hasta la fecha son prácticamente inexistentes los estudios de este tipo tanto a nivel nacional como internacional.

Por otra parte, consideramos que los resultados derivados del presente trabajo tienen una aplicabilidad clínica inmediata, ya que ponen de manifiesto cuáles son los indicadores de salud y las necesidades de atención sanitaria y social de los pacientes drogodependientes, pudiendo contribuir a una mejora de la asistencia y de los resultados terapéuticos obtenidos en este colectivo de pacientes.

Patentes u otros resultados explotables comercialmente que sean consecuencia del proyecto

No aplicable.

Otras consideraciones que se desee hacer constar

Ninguna

En Oviedo, a 22 de Enero de 2010

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Fdo. Pilar Alejandra Sáiz Martínez