

R-19745

Te 613.83.055/

JIM

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Salud Pública e Historia de la Medicina

**ESTUDIO DEL ENTORNO SOCIAL Y
BIOLOGICO
EN JOVENES VARONES ADICTOS A
DROGAS
POR VIA PARENTERAL**



José Luis Jiménez Filloy

Madrid, 1992
Biblioteca
de Medicina

Colección Tesis Doctorales. N.º 136/92

© José Luis Jiménez Filloy

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía.
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria.
Madrid, 1992.

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-12221-1992

X-53-002265-5



La Tesis doctoral de D. JOSE LUIS JIMENEZ FILLOY

titulada ESTUDIO DEL ENFERMO SOCIAL Y BIOTIPO EN JOVENES
VARONES ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL

Director Dr. D. MANUEL DOMINGUEZ PARRONA

fue leída en la Facultad de MEDICINA de la
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

el día 29 de MAYO de 1991 ante el tribunal constituido
por los siguientes Profesores:

Presidente D. FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ

Vocal Dña. M^{ta} PARMEN SAENZ GONZALEZ

Vocal D. JUAN GESTAL OTERO

Vocal D. MANUEL GOMIS GAVILAN

Secretario Dña. MARGARITA ROMERO MARTIN

habiendo recibido la calificación de Noto muy buena
(por unanimidad)

Madrid, a 29 de MAYO de 1991

El Secretario del Tribunal,

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEP. DE SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA MEDICINA

**ESTUDIO DEL ENTORNO SOCIAL Y BIOLÓGICO
EN JOVENES VARONES ADICTOS A DROGAS
POR VIA PARENTERAL**

AUTOR: D. JOSE LUIS JIMENEZ FILLOY

DIRECTOR: PROF. DR. D. MANUEL DOMINGUEZ CARMONA

Tesis realizada para optar al grado de DOCTOR en MEDICINA

MADRID 1981

11

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

D. Manuel Domínguez Carmona, Catedrático Emérito de Medicina Preventiva y Social del Departamento de Salud Pública e H^{is} de la Ciencia, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid,

CERTIFICO: Que el Licenciado D. José Luis Jimenez Filloy, ha realizado bajo mi dirección un trabajo de investigación titulado "ESTUDIO DEL ENTORNO SOCIAL Y BIOLÓGICO EN JOVENES VARONES ADICTOS A DROGAS POR VÍA PARENTERAL" el cual presenta para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente con
eficacia V.B.
TUTOR(2)

El Director de la Tesis


Dr. DOMÍNGUEZ CARMONA

(fecha y firma)

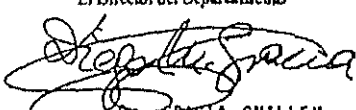
INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

Reunido la Comisión de Doctorado del Departamento de SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, decidió por unanimidad, una vez analizado el contenido y metodología del trabajo de investigación realizado por D. LUIS JIMENEZ FILLOY, admitir a trámite dicha tesis doctoral.

Fecha reunión
Consejo Departament.

11-septiembre-1990

El Director del Departamento


Dra. GRACIA GUILLEN

(fecha y firma)

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. D. Manuel Domínguez Carmona, por la Dirección de este trabajo, su crítica y eficaz ayuda.

A los miembros del Departamento de Salud Pública e Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, y en especial a la Dra. Margarita Romero Martín por su eficaz crítica y colaboración.

A la Comisión de Investigación y Docencia del Hospital Militar Central "Gómez Ulla", en especial al Dr. Juan Montero Vázquez por su constante apoyo y cooperación en sacar adelante este estudio.

Al Dr. D. Rafael Larrea Lacalle Jefe del Servicio de Psiquiatría del H.M.C. "Gómez Ulla" por haberme acogido en su Servicio y hacerme partícipe de su saber.

A los Dres J. Pavón, R. De Llano, J.L. Piqueras, R. Muro y A. Silvestre, Jefes de los Servicios de Laboratorio, Hematología, Medicina Nuclear, Inmunología y Medicina Preventiva respectivamente, por su colaboración en las distintas determinaciones analíticas.

A los integrantes del Grupo CIBEST de Investigación Estadística y en especial al Dr. Angel Pueyo por su ayuda en el análisis estadístico y en la interpretación de los resultados.

Y finalmente a los compañeros de los Servicios de Psiquiatría del H.M.C. "Gómez Ulla", Hospital Clínico "San Carlos" y Hospital de "La Princesa", por tantas horas de discusión, crítica y comentarios compartidos.

A Inés.

A MA Inés, Elia y José Luis.

INDICE

INDICE

INDICE

JUSTIFICACION	1
REVISION GENERAL Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	5
Definiciones	6
LAS DROGAS.	
Recuerdo Histórico	10
A.- Opiáceos	12
B.- Cocaína	21
C.- Cándabis	27
D.- Alucinógenos	32
E.- Tabaco	34
F.- Alcohol	36
G.- Inhalantes	38
H.- Psicofármacos	41
Droga y contracultura	45
Aspectos Epidemiológicos	47
Estudios en el extranjero	49
Estudios en España	51
Factores Etiológicos	56
Historia Natural de la Enfermedad	69
Técnicas de Prevención	72
Prevención específica	
Tabaco	79
Alcohol	79
Cocaína - Heroína	80

INDICE

OBJETIVOS	81
DISEÑO	84
MATERIAL Y METODO	87
Población en estudio	88
Población control	89
Recogida de datos	90
Material	91
Análisis de datos	99
Fiabilidad de los datos aportados	101
Cuestionario	102
RESULTADOS	
Perfil general del consumidor.	
Grupo	111
Edad	112
Estado civil	112
Residencia	114
Núcleo familiar	115
Nivel educativo	116
Integración grupal	118
Sexualidad	120
Trabajo	124
Entorno y estructura familiar	128
Consumo de drogas	136
Antecedentes psiquiátricos	138
Relación interfamiliar	139
Datos relativos al consumo de drogas	
Droga de comienzo	141
Motivos para el inicio	143
Tabaco	145
Alcohol	147
Inhalantes	150
Hachís	151
Cocaína	154

INDICE

Psicofármacos	156
LSD	159
Otras drogas	160
Heroína	162
Útiles de administración	167
Fármacos de sustitución	169
Hábitos de higiene	172
Antecedentes legales	174
Creencia Religiosa	175
Aficiones	177
Antecedentes médicos	179
Exploración física	185
Parámetros hematológicos	190
Parámetros bioquímicos	194
Parámetros inmunológicos	199
Marcadores de hepatitis	201
Anticuerpos anti - VIH	203
Estudio de coagulación	204
Tóxicos en orina	205
Consumo simultáneo de drogas	206
DISCUSION	213
Edad	214
Estado civil	215
Lugar de residencia	218
Escolarización	219
Trabajo	222
Sexualidad	227
Familia	234
Consumo de drogas	243
Tabaco	248
Alcohol	252
Inhalantes	258
Hachís	260
Anfetaminas	263
Benzodiazepinas	264
Opiáceos sintéticos	265
LSD	266
Cocaína	269
Heroína	272

INDICE

Tratamientos previos	280
Edad al iniciar el consumo de drogas.	
Resumen	284
Consumo de drogas. Resumen	286
Actividades delictivas	288
Antecedentes médicos	295
Parámetros hematológicos	301
Parámetros bioquímicos	308
Parámetros inmunológicos	317
Estudio de coagulación	325
Patología orgánica	329
Hepatitis	330
Anticuerpos anti - VIH	341
Drogas de abuso en orina	349
Politoxicomanía	350
Análisis multivariante	353
CONCLUSIONES	383
BIBLIOGRAFIA	389

JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

El consumo y abuso de sustancias psicoactivas por amplios sectores de la población constituye un problema que no se circunscribe únicamente al campo médico. Las consecuencias de su empleo afectan a sectores tan diversos como el social, el económico o el político, (1).

Por otro lado, la adicción a narcóticos y los delitos cometidos por los adictos representan actualmente el mayor problema social en gran número de países.

De dicha importancia nos puede dar una idea los siguientes datos referidos a EE.UU:

- Se estima que existen aproximadamente 500.000 adictos.
- El número de delitos cometidos por los adictos a narcóticos en un año es aproximadamente de 50 millones.
- El coste económico de todos los adictos se estimó para 1980 en 46.9 billones de dólares, (2), mientras que en 1984 el coste total de la dependencia química se elevaba ya a 205 billones de dólares y la derivada del abuso de drogas a 65 billones, (1).

En Canadá la situación presenta características similares. En 1972 los derivados cannábicos, (posesión o tráfico), fueron el causante de 11.713 juicios. En 1982 la cifra se había multiplicado por tres: 31.884 juicios, (3).

Los informes a nivel mundial son también elocuentes. Los datos comentados en la Conferencia de Ministros de Salud para Narcóticos y Abuso de Drogas Psicotropas, celebrada en Londres en 1986, son los siguientes:

- El número total de dependientes del opio se estima en 1.76 millones; el de heroínómanos en 750.000 y el de dependientes de la cocaína en 4.8 millones. Abusan de

JUSTIFICACION

barbituricos y sedantes 3.4 millones y de las anfetaminas 2.3 millones. El abuso de cocaína ha sido informado en 120 países, estimándose que están involucradas unos 29 millones de personas. (4).

Por otra parte hay que considerar que las características del consumo de drogas han variado con el paso del tiempo. Actualmente son un objeto de consumo más, tras perder el carácter "contestatario" que hace unas décadas pudieron tener. Otra circunstancia a considerar es que el número de adictos que demanda tratamiento, a pesar de haber aumentado, sigue estando aún en niveles relativamente bajos. Aunque las cifras son sólo aproximativas, se estima que en nuestro país únicamente el 2 % del total de consumidores de todas las drogas se encontraba en tratamiento en 1983, (5). Para 1985 la cifra de heroínómanos estimada por el Ministerio de Cultura era del 2.5 %, y sólo del 1.2 % la calculada para el mismo año por el Ministerio de Sanidad.

En otro orden de cosas, la investigación de las circunstancias psicosociales correlacionadas con el uso de las drogas permite la identificación de los factores de riesgo. Conocidas estos, o el conjunto de éstos, que tienen mayores posibilidades de desembocar en el consumo de drogas, es posible orientar los programas de prevención hacia dichos factores, (6).

La mayoría de los trabajos relativos al consumo de drogas están realizados o en la población general, (5, 7), o en dos grandes grupos de adictos: los que acuden a recibir tratamiento específico y los que están ingresados en prisión, (8). Es decir, gran parte de los estudios publicados sobre las características socio-demográficas, núcleo familiar, hábitos de consumo o alteraciones somáticas, se han realizado en adictos que demandaron asistencia médica por alguna causa relacionada directa o indirectamente con el consumo de drogas.

Este tipo de estudios presenta dos posibles fuentes de error. El primero debido a que una parte de los adictos admitidos a tratamiento médico o rehabilitador no son nuevos casos, sino readmisiones de adictos previamente tratados. El segundo deriva de que el número de admitidos en los programas

JUSTIFICACION

de rehabilitación no está solo determinado por la demanda de éstos, sino por la capacidad de proveer dicho tratamiento.
(9)

Es decir, un porcentaje importante de adictos resulta poco accesible a la investigación; el formado por los que no demandan asistencia médica y no presentan problemas legales en la actualidad.

Por otro lado, los estudios comparativos de las características sociales y biológicas entre jóvenes adictos a drogas por vía parenteral, (ADVP) y jóvenes no adictos, son escasos. En base a estas circunstancias el presente trabajo se plantea, por una parte, estudiar las posibles diferencias familiares, sociales y económicas entre ambas poblaciones. Por otra, intenta aportar nuevos datos sobre un sector amplio y poco estudiado: el formado por los adictos que no solicitan ningún tipo de ayuda médica.

Definimos así una población en estudio formada por jóvenes varones ADVP en edad de realizar el Servicio Militar y que en ningún caso demandaba tratamiento médico.

Esta población sería comparada con otra de jóvenes varones no ADVP, homogénea a la primera en las principales variables: edad, sexo y extracción socio - económica.

REVISION GENERAL Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

DEFINICIONES

Para poder resolver los problemas que plantea el uso de las drogas, una condición indispensable es el acuerdo general de que se entiende por "droga".

Las definiciones de droga y fármaco, generalmente aceptadas, han sido redactadas por la OMS sin considerar las diferencias semánticas existentes entre Europa y América; se nos presentan así como sinónimos sin que en realidad lo sean. En este contexto entendemos por "fármaco" toda sustancia que introducida en un organismo puede producirle cambios, favorables o no. Si estos fármacos tienen tan gran actividad que incluso a pequeñas dosis producen efectos nocivos son conocidos como "tóxicos".

El término "droga" ha experimentado diversas acepciones con el paso del tiempo. En principio designa al principio activo presente en vegetales, animales o minerales, útil para su empleo en la industria o en medicina. En los países anglosajones se ha convertido en sinónimo de medicamento. Sin embargo la acepción más extendida de la palabra "droga", en nuestro país, se refiere a las sustancias que se utilizan, normalmente en forma de autoadministración, para producirse ya sea placer, bienestar o sedación, ya sea estimulación o incremento del humor, de la actividad intelectual o del rendimiento físico o sexual, (10).

En su acepción más amplia entendemos pues por "droga", toda sustancia química que introducida en un organismo vivo puede modificar alguna de sus funciones y es susceptible de crear dependencia, y que puede provocar a la vez tolerancia.

Para Kramer, (11), "droga" es toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones corporales. Para la OMS, (12), "droga" es toda sustancia terapéutica o no que introducida en el cuerpo por cualquier mecanismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación del estado psíquico. Esta

REVISION GENERAL

modificación condicionada por los efectos inmediatos o persistentes predispone a una reiteración continuada en el uso del producto.

Desde un punto de vista operativo entendemos por "droga" al conjunto de sustancias que poseen propiedades psicoactivas pudiendo provocar tolerancia y dependencia.

Podemos considerar las toxicomanías en general, como el consumo no terapéutico de una sustancia, cuando este consumo aporta inconvenientes de mayor o menor entidad al propio individuo, a las demás personas o a ambos.

Por "dependencia" entendemos siguiendo a la OMS, (13), el estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y de otras reacciones que comprenden siempre una pulsión, (impulso irresistible), a tomar el producto de forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación del tóxico. Este estado se puede acompañar o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser, al mismo tiempo, dependiente de varias drogas.

Cualquier concepto relacionado con la drogadicción está sujeto a revisiones e interpretaciones según el autor considerado. Así Rounsaville, (14), propone eliminar la distinción entre abuso y dependencia.

Si seguimos los criterios de la American Psychiatric Association, (A.P.A.), (15), distinguimos los siguientes apartados:

- Desórdenes provocados por el uso de sustancias.

Entendiendo como tales el término genérico que se refiere a alteraciones psiquiátricas relacionadas con el uso regular de sustancias que afectan al sistema nervioso central. Los cambios de comportamiento derivados de estas alteraciones son generalmente vistos como socialmente indeseables.

- El uso patológico de sustancias con acción central se divide en las categorías de "Abuso" y "Dependencia".

REVISION GENERAL

1.- Por "Abuso" se entiende la mala utilización de sustancias durante un periodo suficientemente prolongado para establecer un patrón patológico.

Los criterios para el diagnóstico incluyen los siguientes:

A.- Duración de la alteración de un mes como mínimo.

B.- Patrón patológico de uso, manifestado por:

- Intoxicación a lo largo de todo el día.
- Incapacidad para reducir o abandonar su uso.
- Esfuerzos repetidos de restringir su uso.
- Uso continuado de la misma.
- Imposibilidad de realizar actividades habituales sin la ingesta de la droga.
- Presencia de complicaciones por el uso de la sustancia.

C.- Deterioro en la actividad laboral o social, manifestado por:

- Problemas legales.
- Absentismo laboral.
- Incapacidad en el cumplimiento de sus obligaciones.
- Degradación de su entorno.

2.- El término "Dependencia" denota la existencia de dependencia física, caracterizada por la presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia.

- Tolerancia. Es un estado de adaptación biológica caracterizado por unas respuestas disminuidas a la administración de la misma cantidad de droga.

- Síndrome de abstinencia. Es un conjunto de signos y síntomas físicos que son característicos para cada grupo de drogas y que aparecen como consecuencia de la ausencia de administración de la droga en los sujetos que presentan dependencia.

REVISION GENERAL

Para la A.P.A.(15), los criterios diagnósticos del

3.- Abuso de opiáceos son:

A.- Patrón patológico de uso: incapacidad para reducir o abandonar su uso; intoxicación a lo largo de todo el día; uso casi diario de opiáceos como mínimo durante un mes; episodios de sobredosificación por opiáceos (intoxicación de tal gravedad que tanto la conciencia como la respiración se encuentran deterioradas).

B.- Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de opiáceos; peleas, pérdidas de amigos, faltas en el trabajo, problemas legales (no sólo debidos a la detención por tenencia, adquisición o venta de sustancias tóxicas).

C.- Duración de la alteración de un mes como mínimo.

4.- Dependencia de Opiáceos.

Son criterios para el diagnóstico la presencia de tolerancia o de abstinencia.

A.- Tolerancia: necesidad de aumentar de forma notable la cantidad de opiáceos para conseguir los efectos deseados, o notable disminución de los efectos al utilizar de forma regular las mismas dosis.

B.- Abstinencia: caracterizada por la aparición de lagrimeo, rinorrea, midriasis, piloerección, sudoración, diarrea, bostezos, hipertensión, taquicardia, fiebre e insomnio después del abandono o reducción de la sustancia tóxica usada.

LAS DROGAS, RECUERDO HISTORICO

La palabra droga parece tener su origen en el léxico comercial. El término procede de las palabras nórdicas "trock" (alemán) y "drogue", (holandés), adjetivos que acompañaban con el significado de seco al sustantivo "vate", (barril), para designar los barriles que contenían mercancías secas.

El tráfico comercial de estos productos, cuyo aspecto y olor resultaban poco agradables, debió provocar la confusión entre "trock" y "drogue" con los términos célticos "drog" (bretón), "drwg" (galés) y droch (irlandés), utilizados para calificar algo como malo. A partir de aquí la palabra droga empieza a utilizarse en la Inglaterra del siglo XIV para designar las especias y plantas medicinales en general. En el siglo XVI esta acepción del término droga se generaliza también en España, (16).

A lo largo de la historia el uso de las drogas ha respondido a una triple finalidad: como remedio curativo empírico - racional, como recurso para obtener sensaciones placenteras y como agente mágico utilizado en rituales místicos y religiosos, (17).

Independientemente de las hipótesis del posible uso de las drogas vegetales en la época prehistórica como acompañamiento de ceremonias, rituales y danzas mágicas, encontramos alusiones claramente definidas del uso de drogas en todas las culturas.

En este sentido contamos con referencias procedentes de Oriente Medio y el Antiguo Egipto como las encontradas en la medicina asirio - babilónica de Gilgamesh, o las descripciones de los efectos analgésicos de la denominada "Piedra de Menfia" contenidos en el "Papiro de Ebers". Las pinturas murales de la XVIII dinastía egipcia nos dan también testimonio del uso de la mandrágora. Los egipcios emplearon igualmente la adormidera, el vino y siete tipos distintos de cerveza. En los textos védicos aparecen numerosas referencias al "soma", identificado por algunos autores como un licor extraído de la "asclepia ácida".

Por otra parte, el historiador Plinio, nos informa del conocimiento y uso de la adormidera por los iberos, (18).

REVISION GENERAL

Sin embargo, la racionalización de las drogas no aparece hasta la cultura griega. En los hospitales helenos se practica ya la cura de sueño mediante extracto de adormidera.

Las principales plantas con propiedades psicoactivas empleadas en esta época son: "papaver somniferum", adormidera; "atropa mandrágora", "hioscyamus niger", beleño negro; "datura stramonium", estramonio y la "cánnabis sativa", cáñamo, (16).

Posteriormente la cultura romana amplió el repertorio de psicofármacos y plantas tóxicas, sin descuidar el uso del alcohol.

En la Edad Media la extensión de filtros, panaceas ungüentos, etc, es el común denominador en la vida de nutridos sectores de población. Entre estos ungüentos uno de los más célebres es el "ungüento de brujas" del que existieron infinidad de variantes aunque entre los ingredientes constantes figurasen el beleño y la mandrágora, (18).

El consumo de hachís en el mundo árabe es muy antiguo. Las primeras referencias de su empleo datan del siglo XI, en relación al "Viejo de la Montaña" y sus "ashas", (19).

Las principales aportaciones de esta época independientemente de las derivadas del descubrimiento del Nuevo Mundo, llegan de la mano de Paracelso al introducir en la terapéutica nuevos remedios, en especial de origen mineral. (20).

La alusión a la cocaína es obligada dada la gran importancia actual. Sin embargo, su empleo original, a diferencia de la mayoría de las drogas, presentaba un carácter más social que mágico. Al menos así ha pretendido explicarse el consumo en la cordillera andina por los indios, en base a la indiferencia e insensibilidad que procura ante privaciones y condiciones de vida adversas. Sin embargo por la indolencia que origina, anula también la única posibilidad de solución, es decir, la actividad para la mejora de estas condiciones adversas.

Tal vez haya sido el opio, junto a la cocaína, las dos drogas de las que la medicina ha sacado un mayor provecho. Las aplicaciones médicas son muy variadas si consideramos, en relación con algunos de sus componentes, el efecto analgésico de la morfina, el antitusígeno de la codeína o el antiespasmódico de la papaverina, (18).

DPIACEOS

ASPECTOS HISTORICOS

Ya en la antigüedad se conocían las virtudes de ciertas plantas, atribuyéndoles a menudo un efecto "divinizador". Entre ellas destaca la adormidera que es ya cultivada por los sumerios. Al emigrar este pueblo el cultivo se traslada a los valles del Tigris y Eufrates. Allí, en los restos arqueológicos de Mesopotamia, se descubren unas tablillas de arcilla donde con caracteres cuneiformes aparecen las palabras "gil" y "hull" que significan "adormidera" y "que altera".

De Mesopotamia el cultivo pasa a Egipto, apareciendo en el papiro de Ebers (1500 años a de JC), donde se emplea como analgésico y somnífero. De Egipto el consumo se extiende a los asirios y posiblemente a través de las islas de Chipre y Creta llega a los griegos. Con ella fabricaron filtros y brebajes de efectos sedantes como el mencionado por Homero en su libro IV de la Odisea.

En el mundo griego es empleada como medicamento por Hipócrates, aunque es Erasístrates el primero en hablar de los peligros de la planta. De Grecia el conocimiento pasa a Roma, apareciendo los primeros compuestos: jarabe de "diacodión" de Dioscórides, "triacca" de Galeno, etc.

La cultura árabe también prescribe el opio; Avicena lo usa en el tratamiento de numerosas enfermedades y es el pueblo árabe el que introduce el uso médico de la adormidera en India, China y con la invasión de la península ibérica y Sicilia también en Europa, (21).

En el siglo XVIII la gran extensión del empleo del opio en China hace que en 1729 se promulgue el primer edicto imperial prohibiendo la importación que anteriormente habían introducido los portugueses. Desde 1773 la Compañía Británica de las Indias Orientales suplantó a los portugueses e introdujo nuevamente el opio en China lo que indujo al segundo edicto de prohibición en 1796. A pesar del intento del

REVISION GENERAL

emperador ante la reina Victoria para evitarlo, la Cámara de los Comunes estimó inoportuno abandonar esta importante fuente de ingresos. Posteriormente, en Junio de 1839, el gobernador y los aduaneros de Cantón subieron a los barcos ingleses anclados en el puerto y arrojaron al mar las cajas de opio que transportaban. Este incidente dio origen a la Guerra del Opio, perdida por los chinos y que finalizó con el Tratado de Nankín.

En 1856, los ingleses incumplen una de las cláusulas del Tratado sobre la compra de té, lo que origina la negativa china a admitir determinadas mercancías. Un año después fuerzas franco - británicas toman militarmente Cantón, desencadenándose nuevas acciones bélicas a raíz de las cuales se impone a China un Tratado en el cual el opio es mercancía de libre admisión.

De esta forma China pasó de 2 millones de opiomanos en 1850 a más de 120 en 1878. Esta enorme expansión condicionó un aumento en las áreas de cultivo de Turquía, (país cultivador tradicional), Egipto y Persia, así como en la propia China y en Vietnam, Laos, Tailandia y Camboya, países que en la actualidad figuran entre los mayores productores mundiales.

El mantenimiento del cultivo del opio en algunos de estas naciones, p. ej. Turquía, es aún hoy día un problema de supervivencia para un gran número de familias cuya única fuente de ingresos es este cultivo. Esta circunstancia se ve agravada por la derivación de la venta legal al Gobierno a la ilegal a los traficantes con una sustancial mejora en el precio conseguido.

En Occidente el uso desaparece durante la Edad Media para resurgir en el Renacimiento. Su extensión se debe en gran parte a Paracelso al introducir el láudano. Posteriormente se generaliza el empleo del láudano de Sydenham, (preparado a base de tintura de opio y alcohol), en uso desde el siglo XV. No es sin embargo hasta principios del XIX cuando el opio hace su aparición en Occidente adquiriendo gran difusión por medio de escritores y poetas como Baudelaire, (Paraísos Artificiales). (22, 23).

En 1768 William Heberden en su famosa conferencia sobre la angina de pecho en el Real Colegio de Médicos de Londres, comenta la naturaleza espasmódica de la dolencia, dado que

REVISION GENERAL

"nada es tan eficaz como el opio", observación confirmada posteriormente por otros médicos de la Society of Physicians, (24). Sin embargo la utilización terapéutica exclusiva pronto se vio modificada por la aparición de adictos yatrógenos. Quizá uno de los casos más famosos y representativos de esta forma de adicción fuera el de Thomas Quincey, eminente helenista y escritor británico autor de "Confesiones de un fumador de opio inglés" (1821), obra en la que narra los motivos médicos que le indujeron a consumirlo.

En 1803, Charles Derosne aisló del opio un principio activo al que se conoció con el nombre de "sal de Derosne" y posteriormente con el de "narcotina". Dos años más tarde, Friedrich Wilhelm Sertürner conseguía aislar un producto que se denominó "morphium" y que era equivalente a nuestra actual morfina, (20). Prácticamente al mismo tiempo, Séguin, en Francia, llegaba a los mismos resultados. Hubo que esperar, sin embargo, hasta 1816, para que Sertürner estableciera de manera definitiva los principales componentes del opio en su obra: "Sobre la morphium, la nueva base capaz de formar sales, y el ácido mecónico como principales componentes del opio".

Hacia 1830, un modesto practicante de Saint Emilion llamado Laffarque ideó un método de inyecciones subcutáneas de morfina que denominó "inoculaciones de opio" y que, dada la sencillez de la técnica, muy pronto se empezó a aplicar con fines médicos. En 1850 - 1853, Charles - Gabull Pravaz y Alexander Wood inventan y ponen en práctica la jeringuilla y la inyección subcutánea.

Fueron, sin embargo, los médicos militares franceses y prusianos los que, debido al uso masivo que hicieron de dicha droga durante las guerras de 1866 y 1870, difundieron de manera espectacular esta nueva drogadicción que en 1875, Levinstein designó con el nombre de morfinomanía, (25).

Hay que esperar, no obstante, hasta 1952, para realizar la síntesis total de la morfina, comprobándose la estructura propuesta en 1925 por Gulland y Robinson.

Desde finales del siglo XIX el morfinismo se extiende y llega también a Norteamérica, convirtiéndose en una muestra de elegancia y riqueza. Ya en 1914 se calcula en 600.000 la cifra de morfinómanos en los EE.UU.

Otras fechas significativas son las siguientes:

REVISION GENERAL

- 1951 Eckenhoff describe el uso de la nalorfina como antídoto de la morfina.
- 1973 Se describen los "receptores opídeos" Pert, Snyder, Simon, etc.
- 1975 Hughes y Kosterlitz aíslan dos "encefalinas" del cerebro del cerdo.
- 1975 Goldstein aísla la beta-endorfina.
- 1970 - 74 Aparece la problemática de la drogodependencia en España.
- 1977 - 78 Gold, Redmon, etc, ponen de manifiesto el papel del L. Coeruleus y la descarga NA en el SAO. (26).

ORIGEN

El opio es el jugo, recogido por incisión, de la corteza todavía verde de la adormidera, *Papaver Somniferum Album*, planta perteneciente a la familia de las papaveráceas de las que existen diferentes variedades de cultivo; *alba-setigerum*, *setigerum*, etc.

Es una planta anual que nace en otoño y perdura hasta el verano siguiente recolectándose en Junio. Crece hasta los 0.5 - 1.5 mts de altura, con troncos huecos, fistulosos y hojas grandes y lobuladas con flores de gran tamaño, (27).

La composición del opio es variada habiéndose extraído hasta 25 alcaloides. Los más importantes son los siguientes:

1.- De núcleo fenántrico:

- Morfina	10.0 %
- Codeína	0.5 %
- Tebaína	0.2 %

2.- De núcleo bencilisoquinoleínico:

- Papaverina	1.0 %
- Noscamina	
- Narcotina	6.0 %
- Narceína	0.3 %
- Laudanina	

REVISION GENERAL

La morfina puede llegar a estar presente en una proporción de hasta el 10 %, (21).

FORMAS DE CONSUMO

1.- Comedores de opio.

La ingestión del opio por vía oral precedió en los países orientales al empleo de la pipa. Aunque escasos, aún pueden encontrarse en la actualidad en algunas regiones de Asia Menor, donde reciben el nombre de "theriakis". Generalmente este consumo se asocia con el de otras sustancias o infusiones euforizantes.

2.- Fumadores de opio.

En los países orientales es típico el fumar bolitas de opio. Se estima que antes de la II Guerra Mundial de un 30 % a un 60 % de la población masculina de China era fumadora de opio. Tanto el opio en bruto como el oficial son infumables. Es necesario refinarlo especialmente, así 700 g de opio en bruto producen 500 g de opio refinado llamado "chandú". A partir de 1922 se desarrolló en China la costumbre de fumar píldoras de heroína alcanzando en muy poco tiempo una elevada extensión sobre todo en las clases sociales más desfavorecidas. Estas píldoras llamadas habitualmente píldoras rojas, son una mezcla de heroína o morfina, junto a cafeína, estrocnina, quinina, lactosa, harina o almidón, generalmente aromatizadas o perfumadas, (22).

3.- Morfinómanos.

Según parece fue Lafargue de Saint Emilión el primero que en 1839 aplicó el método de inoculación de la morfina, aunque se debe a Wood en 1855 el preconizar su empleo sistemático en el tratamiento de las neuralgias.

Parece que los primeros casos de dependencia fueron observados en Alemania hacia 1875, aunque es sobre todo a finales del siglo XIX cuando estas manifestaciones son más

REVISION GENERAL

evidentes. En esta época los profesionales médicos y farmacéuticos figuraban con frecuencia en las estadísticas de morfinómanos.

El comienzo del nuevo siglo coincide con la extensión social de la morfinomanía, lo que propició la aparición de salones y clubs privados así como de utensilios para facilitar el consumo.

La posterior aparición de la legislación sobre su uso así como la introducción de la cocaína y posteriormente de la heroína determinaron su desaparición. (22).

4.- Heroínómanos.

La heroína o diacetil - morfina descubierta por H. Dreser en 1874 se introdujo en la farmacopea en 1898. Dada la potencia de acción, desde su aparición, reemplazó rápidamente a cocaína y morfina. A ello contribuyó, además de la novedad, la posibilidad de poder ser "prensada" para la distribución y disuelta por el consumidor, lo que representaba una mayor facilidad de manejo y consumo. La propiedad más característica de la heroína, por la que es tan apreciada por el adicto, es la facilidad para atravesar la barrera hemato - encefálica, lo que origina una gran rapidez de acción, (28).

VIAS Y FORMAS DE CONSUMO ACTUALES

La heroína se administra de muy diversas maneras. Los principales métodos de consumo son:

- Fumada: bien mezclada con tabaco o sobre papel metálico, (chino).
- "Esnifada": ("snorting").
- Inyección subcutánea: ("joy popping"), inexistente en España.
- Inyección intravenosa: ("mainlining"), comúnmente conocida como "pico".

Los dos últimos métodos requieren la liquidificación de la heroína previa a la administración, (29).

REVISIÓN GENERAL

Una forma particular de consumo la constituye el "chipping" o uso controlado de opiáceos, cada vez más infrecuente. Se designa pues con este nombre un uso controlado de opiáceos en contraposición al compulsivo, mucho más extendido. Dado que con el tiempo este tipo de consumidor desarrolla patrones sociales que permiten y limitan el consumo, la identificación y localización puede ser muy difícil, (30).

FARMACOLOGÍA

La heroína: 3,6 diacetil - morfina, es un derivado morfínico semisintético obtenido por acetilación de la morfina y que se comporta en el organismo como una "pre-droga", o precursor de la morfina. En solución acuosa la diacetilmorfina se degrada a monoacetilmorfina y morfina. Esta degradación depende del pH y de la temperatura, siendo máxima para un pH superior a 4. Es una sustancia muy soluble lo que la diferencia claramente de la morfina.

Se absorbe bien por todas las vías: nasal, pulmonar, y por vía intramuscular, subcutánea e intravenosa. Sin embargo la absorción por el tracto gastrointestinal es muy variable. Cuando la administración tiene lugar por esta vía parte de la heroína se metaboliza directamente en el hígado a glucurónido de morfina, antes de alcanzar la circulación sanguínea, lo que reduce la biodisponibilidad de la droga.

Una vez que alcanza el sistema circulatorio, simultánea e inmediatamente tienen lugar los procesos de distribución y metabolización.

Por acción de las esterazas la heroína se desacetila transformándose en 6 - acetil - morfina. Esta a su vez se desacetila dando lugar a morfina que posteriormente se metabolizará como glucurónido de morfina. Estos compuestos constituyen los metabolitos más importantes de la heroína.

La vida media de la heroína al igual que la que presenta la monoacetilmorfina es de tres minutos. En el caso de la morfina asciende a 2.5 a 3 horas.

REVISION GENERAL

Tanto la heroína como la monoacetilmorfina y morfina se distribuyen rápida y ampliamente por todo el organismo. Debido al carácter lipofílico de las dos primeras el paso a través de la barrera hematoencefálica es mucho más rápido.

Alrededor del 90 % de la heroína se elimina por orina, en su mayor parte como glucurónido de morfina (60 - 80 %) y en un pequeño porcentaje como morfina libre (7 - 15 %) y otros metabolitos minoritarios (monoacetilmorfina, codeína), (31).

La eliminación por las heces supone entre el 5 % y el 14 % del glucurónido de morfina procedente del hígado. En parte sufre una recirculación entero - hepática, proceso que justifica la posibilidad de detectar glucurónido de morfina en sangre hasta 12 - 24 horas después de la administración de heroína, (32).

TIPOS DE HEROINA

En la década de los años sesenta la heroína predominante era la heroína blanca, procedente de Turquía, de una gran calidad y pureza, y la tailandesa con la que tomaron contacto los soldados norteamericanos en la guerra del Vietnam. En la década de los setenta aparecen dificultades de comercialización de esta heroína, difundiéndose entonces la heroína marrón, "brown sugar", de peor calidad, con posible efecto alucinógeno y mayor frecuencia de efectos secundarios, (33).

ACCION

Actúa mediante unión estereoespecífica a los receptores celulares, tanto periféricos como en el SNC, cuya localización coincide en líneas generales con las zonas relacionadas con la transmisión de impulsos nociceptivos y con los circuitos que intervienen en las reacciones emocionales.

Los efectos de la heroína son múltiples. Destaca la analgesia, la capacidad euforizante y la depresión del estado de vigilia y del centro respiratorio. Deprime igualmente la

REVISIÓN GENERAL

transmisión nociceptiva de la médula, apareciendo importante miosis.

Otros efectos incluyen broncoconstricción, hipotensión, acción antidiurética, aumento de la presión intrabiliar, acciones gastrointestinales diversas, elevación de la glucemia, etc. (29). En las primeras administraciones no son raros los episodios de disforia acompañados de náuseas y vómitos.

El consumo crónico se ha relacionado con el daño cromosómico, evidenciado en una proporción 5 veces superior a la del grupo control según refiere Falek (34).

RECEPTORES OPIÁCEOS

Se han descrito al menos 6 clases de receptores opiáceos, (ROp):

- μ , receptor clásico del que se distinguen dos tipos (1, 2). Las drogas prototípicas del primero son los opiáceos y la mayoría de los péptidos opiáceos mientras que la morfina es la prototípica del segundo.
- κ , usado por drogas como la pentazocina.
- δ , principal lugar de unión de la metencefalina y de numerosos péptidos sintéticos y
- σ , cuya estimulación induce excitación y efectos alucinatorios pero ninguna o muy escasa analgesia.

Otros receptores responsables de algunos efectos no analgésicos de los opiáceos son los receptores ϵ y λ , (35, 36).

COCAINA

ASPECTOS HISTORICOS

En la América precolombina la coca estaba dotada de atribuciones mágicas. Al principio del imperio incaico esta droga se consideró de tal categoría que el consumo estaba reservado al inca y a los altos dignatarios. Con el tiempo éste se amplió, llegando a ser de uso habitual entre los indios.

Con la llegada de los españoles surgieron dos posiciones antagónicas: a favor y en contra de su mantenimiento. Hubo una larga y contradictoria legislación de Felipe II, tendente en principio a acabar con el cultivo, aunque a la larga prevalecieron las disposiciones que lo permitían. (20).

En 1856, Samuel Percy sugirió que por su poder anestésico, las hojas de coca podían tener aplicación médica. En 1860, el químico alemán Albert Niemann, dio a conocer en su obra "Sobre una nueva base en las hojas de coca", el primer alcaloide de la coca al que denominó cocaína. Tres años después Lossen aisló la fórmula definitiva.

En 1884 Karl Koller comenzó a usarla como anestésico en intervenciones oculares. En el mismo año Sigmund Freud publica una serie de escritos sobre sus experiencias con la droga, defendiéndola primero y condenándola posteriormente. (25). En los años 1878 - 79 la cocaína es estudiada como tratamiento de la morfinomanía y pocos años más tarde, en 1883, Freud comienza sus famosas experiencias. Las primeras conclusiones son publicadas en 1884 en una pequeña monografía titulada: "Uber Coca" (Sobre la cocaína).

Sin ninguna duda, uno de los más entusiastas defensores del consumo de cocaína fue Angelo Mariani, al financiar una bebida estimulante a base de vino y cocaína denominada "Le vin Mariani", recomendado por revistas científicas prestigiosas como la "Gazette des Hopitaux", la clase médica y numerosas personalidades que lo consumían habitualmente: Thomas Edison.

REVISION GENERAL

Zola, Julio Verne e incluso el Papa León XIII. Posteriormente fue retirada de esta bebida así como de la fórmula original de la bebida "Coca - Cola", que también la contenía.

En 1886, Bornemann ya había descrito seis casos de cocaïnomanía, aumentando rápidamente el número de comunicaciones en los años siguientes, (25).

A comienzos de siglo y como droga social adquiere un claro carácter epidémico en los E.E.U.U. coincidiendo con el uso masivo de la vía nasal. En Europa, el consumo permanece localizado a determinados movimientos artísticos. No es hasta los años previos a la I Guerra Mundial cuando adquiere proporciones de epidemia. En la década de los años 30 es desplazada por la heroína, desapareciendo transitoriamente hasta comienzos de los 60 cuando reaparece con una nueva vía de administración, la intravenosa, (37).

ORIGEN

La cocaína es el alcaloide de la coca, planta andina de la familia de las Eritroxiláceas, género *Erythroxylum*. Presenta más de doscientas variedades, la gran mayoría poco estudiadas.

Crece a una altitud que varía entre los 500 y los 2000 metros, en climas húmedos y con una temperatura ideal de 20°C. A los cinco años puede alcanzar más de cuatro metros de altura aunque lo habitual es podarla antes para aumentar la cosecha de hojas. Estas se recogen tres veces al año, pero con los cuidados adecuados pueden realizarse hasta 9 o 10 cosechas anuales.

ELABORACION

Las hojas de coca se mezclan y comprimen con queroseno y algún ácido, frecuentemente de cal, durante un periodo variable de tiempo. Después de diversos pasos intermedios el resultado final es una pasta blanco-verdosa; la pasta de

REVISION GENERAL

cocaína, que contiene entre otros metanol, ac. benzoico, ecgonina, queroseno, sulfato de cocaína, otros alcaloides de la coca y bases alcalinas.

Posteriores purificaciones llevan a la obtención del clorhidrato de cocaína, forma habitual de presentación en el mercado hasta la reciente aparición del "crack" o "rock". Este es una forma de free-base de cocaína obtenida por ebullición de una solución acuosa de clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico y amoníaco. Una vez seca tiene aspecto de porcelana y triturada recuerda las escamas de jabón. Se presenta en forma de perdigones con un peso de 125 - 300 mg, suficientes para una o dos dosis. Suele fumarse pulverizado con tabaco o hachís, produciendo al quemarse un sonido característico del que pudiera derivarse el nombre.

Los principales productores mundiales son Bolivia, Perú y Colombia. Se estima que el primero cultiva 90.000 acres y el segundo 125.000, lo que supone una fuente de ingresos superior a los setecientos millones de dólares anuales. Colombia es el menor productor aunque en él se concentran los centros de producción y comercio, principalmente en Medellín y Cali.

Cada Kg de cocaína que llega a EE.UU. cuesta aproximadamente 80.000 dólares (7.2 millones de ptas). Una vez adulterada con novocaina, anfetaminas, yeso, féculas vegetales, estricnina o benzocaina, se convierte en 8 ó 10 Kg lo que multiplica por 10 su valor.

España es a la vez receptora y zona de tránsito en las rutas de distribución mundial de la droga. Esta llega a España siguiendo la línea Cocaine - Express, (Colombia- Madrid-Europa).

FORMAS DE CONSUMO

A.- FORMAS ESPECIALES.

1.- COCA MASCADA.

La concentración de cocaína en la hoja de coca es del 1 % aproximadamente. Las tribus indígenas se limitan a mantener la hoja en la boca. Esta actividad recibe nombres

diversos como "acculiar", "cachar", "mabear", "coquear".

2.- INFUSION DE HOJAS DE COCA.

Forma de consumo muy extendida en la altiplanicie andina, socialmente admitida para todos los grupos etnológicos y clases sociales de este entorno geográfico.

3.- PASTA DE COCA FUMADA

La pasta es un producto intermedio entre la hoja y la cocaína, (sulfato de cocaína). Se fuma mezclada con tabaco o hachís. Es una modalidad de aparición relativamente reciente y que conlleva el riesgo de consumir también otras sustancias tóxicas: keroseno y alcohol metílico principalmente. Sin embargo es una forma de consumo relativamente frecuente en los países productores, fundamentalmente Perú y Colombia. (38).

Menos frecuente es fumar el alcaloide de la cocaína (free - base), es decir la cocaína liberada de su sal, cuya principal característica es la mayor volatilidad. Esta forma de presentación es conocido con el nombre de "crack" o "rock free - base".

B.- FORMAS HABITUALES

Las vías habituales de administración son la nasal: "snifar", y la intravenosa, frecuentemente asociada a la heroína, mezcla denominada "speedball", (39).

La forma más corriente de consumo en nuestro medio es la inhalación de clorhidrato de cocaína en polvo a través de la nariz, (snorting sniffing). Para ello se aspira una "raya" de unos 3 por 30 mm que suele contener unos 25 - 30 mg de cocaína.

Otra forma de consumo es fumar el sulfato de cocaína o pasta de coca. Y la tercera, más peligrosa, fumar la base libre de cocaína (crack), mezclándola con tabaco o en pipas especiales, (40). La extensión de esta forma de uso desde su aparición en 1985 ha revestido características de epidemia. A los dos años de la salida al mercado el 1.4 % de los

REVISION GENERAL

estudiantes de una amplia muestra de estudiantes de Ontario (Canadá) la habían probado, (41).

ACCION

La cocaína, "nieve", es el alcaloide principal de la coca. Es una substancia cristalina, transparente e inodora de sabor amargo. Insoluble en agua se disuelve fácilmente en éter. Químicamente es el 2- metacarbometoxi, 3 - beta - benzoitropano, del que existen cuatro isómeros de distinta actividad farmacológica.

Es un potente estimulante del SNC con una acción simpaticomimética indirecta. Actúa impidiendo la recaptación de los neurotransmisores dopamina, serotonina y norepinefrina reutilizables tras la estimulación de los sistemas de recompensa. De esta forma la concentración de neurotransmisores en el espacio sináptico aumenta, produciéndose efectos derivados de la hiperestimulación nerviosa. Produce además un efecto simpaticomimético adicional por inhibición de la monoamino- oxidasa y por acción directa anticolinérgica, resultado de la similitud química de la cocaína con la atropina. Es liposoluble y atraviesa fácilmente la barrera hemato - encefálica.

Tras la aplicación en la mucosa nasal es absorbida rápida pero incompletamente. A los cinco minutos es detectable en muestras sanguíneas. Tras la administración intravenosa los niveles sanguíneos persisten hasta seis horas, sin embargo son mal conocidas las concentraciones después de ser fumada.

La cocaína es metabolizada en el hígado y también periféricamente por la pseudocolinesterasa plasmática. La mayor parte es excretada por vía urinaria en forma de benzoilecgonina, su metabolito más importante. Esta puede aparecer precozmente, incluso a los cinco minutos de una administración intravenosa, pudiendo detectarse hasta seis días tras la administración nasal.

La implicación en la transmisión dopaminérgica explicaría la mayor parte de los efectos agudos y crónicos.

REVISION GENERAL

La acción periférica simpaticomimética de la cocaína se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, de los niveles de glucosa y adrenalina, vasoconstricción, midriasis, aumento de la temperatura, enlentecimiento de la función digestiva y constricción de esfínteres. Otras acciones incluyen la disminución del tiempo de sueño total y de las fases REM, (42).

Los principales efectos psicológicos incluyen la euforia, la agitación - excitación, la verborrea y menos frecuentemente alucinaciones auditivas y visuales, (39). La cocaína puede también originar trastornos de pánico con un curso autónomo después de abandonar el consumo, (43).

El abuso crónico parece producir alteraciones neurofisiológicas en el SNC, más concretamente en el sistema que regula la capacidad de experimentar placer, (44), así como depresiones severas, "psicosis cocaínica", y a nivel cardiovascular mayor frecuencia, entre otras, de infarto de miocardio y miocarditis, (1).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

La expansión epidémica de la cocaína es relativamente reciente. Esta circunstancia y la impresión mantenida hasta hace algunos años, de la relativa inocuidad, hacen que no fuera estudiada en profundidad hasta la década de los setenta.

Paralelamente al incremento del consumo se ha producido un cambio en los hábitos del cocainómano. La clásica vía nasal "sniff", alterna ahora con la cocaína fumada como base libre, (41). Igualmente se ha apreciado un aumento del consumo conjunto de cocaína y heroína por vía intravenosa, (speedball), (45).

En 1986 el National Institute on Drug Abuse (NIDA), estimaba en 3 millones la población que abusaba regularmente de la cocaína. Es decir, casi el 15 % de la población total de EE.UU. había probado la cocaína. De ellos un 40 % estaban en el rango de edad de los 25 a los 30 años, (44).

En nuestro medio la difusión de la cocaína es también importante. En 1980 el 3.5 % de los españoles había probado la

REVISION GENERAL

cocaína alguna vez y un 2 % la consumía regularmente. En 1985, Navarro (5), encuentra que el 3.7 % de los españoles mayores de 12 años la había consumido en alguna ocasión, un 1.8 % durante los seis meses anteriores al estudio y un 1.4 % el mes anterior. En general el consumo máximo aparecía en los varones de 18 a 29 años.

Las estimaciones del Plan Nacional sobre Drogas (46), cifran entre 60.000 y 80.000 el número de cocainómanos. En el mismo año, (1985), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social elevaba a 83.000 el número de consumidores habituales, calculándose que la han probado más de 1.100.000 de españoles.

CANNABIS

RECUERDO HISTORICO

El origen del consumo de esta planta es remoto e impreciso. Quizás la referencia más antigua se encuentre en documentos asirios de unos 800 años a J.C. Ya Dioscórides trata del cáñamo doméstico en el capítulo 159 del Libro III. Sus propiedades medicinales son comentadas también por Galeno en el Libro I y en el VII. (27).

En la India el consumo tradicional de cáñabis es probablemente tan antiguo como determinadas prácticas de los Vedas, mientras que en las religiones musulmanas del Oriente Medio, su consumo sustituye al alcohol como "droga social".

En el siglo XIII, las clases populares comienzan a fumar kif con distintos fines, incluyendo un gran componente lúdico además de cumplir funciones mágico - religiosas. Se consume en círculo tras la reunión de varias personas, aprovechándose generalmente la ocasión para protestar contra las clases dominantes, (47).

La introducción en Europa Occidental es debida probablemente a las tropas de Napoleón al regresar de la

REVISION GENERAL

Campaña de Egipto a principios del XIX. Los primeros estudios científicos fueron realizados por Silvestre de Sacy, Rouger y Desgenettes en dicha campaña, mientras que Virey y Lamarck usaron para sus trabajos muestras procedentes de Oriente.

En el siglo pasado, el hachís es la droga de moda en las reuniones intelectuales francesas. Entre los integrantes de estos grupos destacan pintores como Delacroix y escritores como Baudelaire o Balzac, que posteriormente dejaron constancia de sus opiniones o experiencias en obras como : "Del vino y del hachís", "El poema del hachís", de Baudelaire, y otras de igual origen de Moreau de Tours. (25).

Posteriormente, el cáñamo es empleado terapéuticamente en el insomnio y como tratamiento del "delirium tremens", "manía", y "melancolía". (48). En Europa Occidental el consumo social no tuvo gran importancia hasta finales de 1960. En esa época cambian los patrones de consumo tanto en Europa como en EE.UU., introduciéndose masivamente entre la juventud y asociándose inicialmente a actitudes contestatarias, marginales y movimientos contraculturales para pasar rápidamente a ser una droga más de consumo.

BOTANICA

La *Cannabis sativa*, (cáñamo, hachís, kifi, marihuana), es una planta herbácea anual, dioica, del grupo de las Cárticáceas, familia Cannabiáceas.

Sólo existe una especie de cáñabis, pero las características morfológicas de la planta se modifican fácil y rápidamente bajo la influencia del clima y de la altura, por lo que se han diferenciado numerosas variedades. En las altas mesetas del Indostán, Asia menor y Africa Septentrional la planta, como reacción a la sequedad, es de menor tamaño y escaso valor textil. La parte florida de la planta hembra segrega como medio de protección una resina con concentraciones elevadas de principios activos. Esta variedad adaptada ha recibido el nombre de *Cannabis Indica* y es la más empleada para la obtención ilegal de principios activos.

Los cannabioles, principios activos de la planta, se

REVISION GENERAL

encuentran en las distintas partes de la planta a diferentes concentraciones. En orden decreciente es la siguiente: brácteas - flores - hojas - tallos - raíces y semillas.

FORMAS DE USO

La cánnabis es usada de numerosas formas de las que destacamos las siguientes:

Marihuana.-

También conocida con los nombres de "grifa", "maría", "hierba" y "cáñamo". Es la preparación seca y triturada de flores, hojas y pequeños tallos. Se suele fumar en forma de cigarrillos, sola o mezclada con tabaco.

En otras localizaciones geográficas es conocida con nombres diversos: "bang" y "ganja" (India), "kifi" (Norte de Africa), "takruri" (Túnez), "haback" (Turquía), "adjomba" (Africa Central), "dagga" (Africa Austral), "marihuana", "grifa" (América, Europa), (49).

La concentración de principio activo es menor que para la resina: 0.1 - 9.5 % de Tetra- hidro- cannabiol (THC) frente al 12 - 30 % de esta última, (50).

Hachís.-

También conocido como "chocolate", "costo", "mierda", es la labor concentrada de las partes más ricas de la planta. Constituye la principal forma de consumo en nuestro país, (51).

La proporción de THC es superior a la de la marihuana, oscilando entre un 0.4 % y un 14.2 %.

El Kif es equivalente a un hachís de alta calidad.

Resina.-

Tiene distintos nombres según los países, ("charas" en Asia, "hachís" en la zona mediterránea y "chira" en algunos

REVISION GENERAL

países de Africa). Se recoge por procedimientos especiales y suele presentarse en forma de pastillas o bastoncillos.

Aceite.-

Obtenido por un proceso de filtración es la preparación más concentrada de todas. La concentración de THC es muy variable oscilando entre el 0.2 % y el 50 %, (50).

Otras presentaciones.-

En el área africana con frecuencia forma parte de algunas bebidas. Generalmente son maceraciones de las hojas o las flores o bien suspensiones realizadas con el cáñamo picado al mortero. Estas preparaciones se mezclan con soluciones o jarabes perfumados (flor de naranjo, jazmín), o alcoholes anisados ("chats-raki").

COMPOSICION

La farmacología de la cánnabis comenzó a estudiarse a finales del siglo XIX. La estructura de los cannabioles fue conocida gracias a los trabajos de Mechoulam en 1964, (52).

En la actualidad se han identificado más de 30 entre los que destacan el ya referido alfa -9- tetrahidrocannabinol, el alfa -8- tetrahidrocannabinol, el cannabidiol, el cannabinal, el cannabiciolol y el cannabinoicrem, (51).

El principal componente psicoactivo es el alfa -9- tetrahidrocannabinol. Un 90 % del THC y del cannabinal de la planta está en forma de ácidos, inactivos como tales pero que tras la combustión se convierten en THC, a diferencia de cuando se ingiere por vía oral.

Los principios activos son absorbidos rápidamente por inhalación, con un efecto máximo a los 30 - 60 minutos y una duración de unas 2 - 3 horas.

Tras el ingreso del THC los niveles disminuyen rápidamente observándose un fenómeno de redistribución. Presenta una elevada fijación a lipoproteínas lo que

REVISION GENERAL

explicaría que sólo una pequeña proporción pase al S.N.C. El THC pasa al tejido adiposo, pulmón e hígado donde se almacena para ser eliminado con lentitud. La vida media es de unas 56 horas. Se han encontrado niveles detectables en diversos tejidos hasta 7 días después de una única dosis, (52).

Los cannabioles son extensamente metabolizados mediante hidroxilaciones originando múltiples metabolitos algunos de los cuales mantienen su actividad. Entre ellos destaca el 11 - hidroxil, 8 y 9 THC.

ACCION

En general los cannabioles no pueden identificarse propiamente ni como sedantes - hipnóticos ni como alucinógenos puesto que comparten acciones de ambos.

Tras la inhalación aparecen cambios fisiológicos bastante invariables: discreta broncodilatación, ligero enrojecimiento conjuntival y taquicardia.

La respuesta psicológica es muy variable y dependiente de múltiples factores subjetivos. Cabe destacar los siguientes efectos: efecto eufórico - disfórico, alteraciones de la percepción y de la función sensorial, trastornos en la función intelectual y en la conducta, acción estimulante - sedante y un efecto analgésico, antiemético e hipotérmico. (39, 53 - 55).

De las repercusiones a corto plazo cabe señalar la disminución de la atención, memoria y coordinación motora que pueden interferir con el rendimiento escolar. A largo plazo puede aparecer también disminución de la memoria, (1).

La acción sobre la inmunidad es discutida aunque algunos estudios han mostrado la aparición "in vitro" de inmunosupresión, (56).

Otras acciones referidas con menor frecuencia incluyen la disminución de la hostilidad con discreto aumento de la resistencia a la frustración, (57).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En 1976 en EE.UU. el 8 % de la promoción que se graduó en las escuelas secundarias fumaba marihuana diariamente, mientras que el 53 % la había consumido en ese año. (53). En 1987 se estimaba que cerca de 3 millones de jóvenes norteamericanos con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años usaban marihuana, (1).

En opinión de Page (59), los patrones de uso de cánnabis son en parte dependientes de los patrones de desarrollo económico del país, aunque el influjo de países vecinos puede acelerar el cambio en los mismos.

En nuestro país, el número de consumidores habituales de cánnabis, es estimado por el Plan Nacional sobre Drogas (46), entre 1.200.000 y 1.800.000. Plans (58), encuentra analizando metabolitos en orina, en la población general de Barcelona, un 7.5 % de positividad en los varones y un 5.0 % en las mujeres.

ALUCINOGENOS

RECUERDO HISTORICO

El empleo de los alucinógenos es posiblemente el más antiguo de todas las sustancias psicoactivas. La Amanita Muscaria ha sido usada desde la más remota antigüedad. La primera descripción escrita se encuentra en "El Rig Veda", libro de la Religión Hindú, (60).

Hay que esperar, sin embargo, a 1938 para que Hoffman y su colaborador Kroll, descubrieran la dietilamida del ácido lisérgico a partir del cornezuelo del centeno, conocido comúnmente como LSD-25, y hasta 1943 para que Hoffman lo

REVISION GENERAL

ingiriese accidentalmente.

Este hallazgo es el comienzo de una larga serie en la que se van aislando los principios activos de las plantas alucinógenas: Mescalina, Peyotina, etc, sintetizándose otros nuevos y potentes alucinógenos: Fenciclidina, DMT, etc, (61).

CONCEPTO

Bajo la denominación de psicomiméticos, psicodislépticos, psicodélicos, etc, se agrupan una serie de sustancias que aunque no se apartan fundamentalmente del resto de las drogas de acción en el SNC y no tienen una estructura química parecida, sí poseen una acción común: la capacidad para forzar o inducir de forma fiable estados de percepción, sensación y pensamiento alterados que son (o pueden ser), experimentados en sueños o en trances de exaltación religiosa, (62).

LSD.

El tartrato dietilamínico del ácido lisérgico es uno de los psicotropos de mayor potencia de acción, el de consumo más extendido y el más representativo de los alucinógenos.

Es un polvo blanco, inodoro e insípido, muy soluble en agua, activo por vía oral o intravenosa. De acción duradera, la dosis media oscila entre los 50 y 150 mg. La acción comienza a los 15 - 60 minutos de la ingesta y desaparece entre las 6 y las 12 horas.

La farmacocinética es poco conocida en el hombre aunque parece que la vida media es prolongada, 175 minutos.

ACCION

Actúa en el SNC desde la corteza a la médula, en algunos casos con efectos agonistas para la 5-Hidroxitriptamina. Inhibe también las neuronas de los núcleos mediodorsales.

A nivel somático posee efectos simpaticomiméticos:

REVISION GENERAL

midriasis, aumento de la presión arterial, etc.

Psicológicamente origina euforia y posteriormente pseudoalucinaciones visuales con alteración de las percepciones y enlentecimiento subjetivo del tiempo. Son también habituales la fragmentación del esquema corporal, con disolución de la relación yo - mundo. La labilidad del estado de ánimo, con ansiedad y pánico ha sido también registrada.

La ingesta, aún en toma única, puede ocasionar la aparición de "flash backs": reaparición de los efectos originados por la droga sin haberla ingerido, generalmente tras un largo periodo de latencia.

El tipo de experiencia provocado por el LSD depende en gran parte de la personalidad del individuo, de sus actitudes y experiencias previas así como del lugar donde se realiza la experiencia, (29).

TABACO

RECUERDO HISTORICO

La historia del tabaco comienza en 1492 cuando Colón observó a los indígenas fumar. Su empleo era medicinal, mágico y aún litúrgico en sus ceremonias religiosas. El primer cronista del Nuevo Mundo, Gonzalo Fernández de Oviedo, nos dio a conocer las primeras noticias de su uso en la "Historia General y Natural de las Indias".

A comienzos del siglo XVI llegaron a Europa las primeras plantas de tabaco de la mano de Hernando de Toledo. En 1560, Jean Nicot de Villemain embajador de Francia en Portugal ofreció semillas y plantas de tabaco a Catalina de Médicis comenzando a cultivarse como planta medicinal y decorativa. El polvo, aspirado por la nariz, tenía fama de "purgar la cabeza de flemas y de quitar las migrañas". Era apreciado igualmente como remedio para el estreñimiento y para combatir las hernias y los "dolores iliacos", (18).

Parece ser que la denominación de "nicotiana" se debe a Adam Lonitzer en recuerdo de Jean Nicot. Posteriormente Linné en el siglo XVIII estableció el género "Nicotiana". (20).

En los países occidentales el uso del cigarrillo por los hombres no se hizo masivo hasta el final de la 1ª Guerra Mundial y en las mujeres hasta después de la segunda, (63).

BOTANICA

La *Nicotiana tabacum* es una planta del género *Nicotiana*, de la familia de las Solanáceas, de la que existen numerosas variedades según la región geográfica. El principio activo, la nicotina, fue aislada en 1809 por Vauquelin. El contenido en nicotina varía según la región productora; los tabacos orientales apenas llegan al 0.5 %. La fermentación disminuye esta concentración, así el tabaco de pipa al sufrir una doble fermentación contiene cantidades inferiores al 2 %, (27).

NICOTINA

La nicotina es una droga prototípica de abuso y, a diferencia de lo que ocurre con otras drogas, la mayoría de las personas que la consumen desarrollan dependencia, aunque la importancia de los factores farmacológicos característicos de la dependencia tabáquica no desestiman el papel de los factores psicológicos y sociales, (64).

La nicotina es un alcaloide natural no oxigenado, incoloro, oleaginoso, volátil y alcalino. La concentración en el cigarrillo es muy variable. Absorbida a través de la mucosa bucal apenas tarda 7 - 10 segundos en llegar al SNC. También se absorbe en la mucosa orofaríngea y sobre todo a nivel pulmonar. Circula en un 10 % unida a proteínas, en un 30 % en forma libre y el resto ionizada (farmacológicamente activa).

La vida media es de unos 40 minutos. Se concentra de preferencia en la sustancia gris cerebral. Es metabolizada principalmente en el hígado, (hidrólisis). El principal metabolito es la cotinina.

El mecanismo de acción en los ganglios autónomos es bifásico; en una primera fase estimulante y posteriormente y sobre todo a dosis mayores bloqueante, (65).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En España la planta se cultiva desde principios de los años 20, incrementándose la producción anual hasta las 44.150 toneladas de 1985. La venta de cigarrillos en 1980 alcanzó los 71.001 millones de unidades, con un consumo de cigarrillos por habitante adulto y año de 2647. En 1982 nuestro país ocupaba la sexta posición mundial en consumo de cigarrillos manufacturados, (66).

ALCOHOL

El hábito de ingerir alcohol se remonta a los orígenes del hombre y hasta nuestros días se ha relacionado con motivaciones religioso - místicas, sociales, políticas, etc. Terminológicamente la palabra alcohol proviene del árabe "alkuhl" que significa "colirio" y que en dicho idioma se utilizaba para referirse a un polvo finísimo utilizado por las mujeres para pintarse los ojos.

ACCION

El alcohol es absorbido y difunde a los tejidos con rapidez en virtud de su gran hidro - liposolubilidad. La vía principal de biotransformación es mediante la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), localizada fundamentalmente en el hígado

y en menor proporción en testículos y cerebro. La metabolización origina acetaldehído, más tóxico que el propio alcohol, (67).

El siguiente paso metabólico es la oxidación del acetaldehído a acetato, por medio de la acetaldehidrogenasa que tiene lugar en distintas fracciones celulares del hepatocito. El paso final de todos los productos resultantes es la intervención en el ciclo de Krebs produciendo ATP y por tanto energía: 7.1 calorías por mol. (68).

Si las concentraciones de alcohol son más elevadas intervienen otros dos sistemas: la oxidación, por medio de catalasas que tiene escasa importancia (2 %) y el MEOS, (Microsomal Ethanol Oxidizing System). Estos procesos dan lugar a un exceso de equivalentes reductores (NADH), disminuyendo la capacidad mitocondrial para oxidar ácidos grasos.

El consumo continuado de alcohol aumenta la actividad del sistema MEOS, apareciendo tolerancia y dificultando el paso de acetaldehído a acetato, aumentando la toxicidad al acumularse éste.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.

El alcohol es consumido en todo el mundo. En EE.UU. lo consumen el 75 % de los adolescentes entre 16 y 18 años, (69). Para la población general se estima que 10 millones de adultos y 3 de niños abusan del alcohol, (70).

En España la prevalencia de alcohólicos se estima en un 14 % para el conjunto de la población adulta, (71). Para el Plan Nacional sobre la Droga (46), el número de casos de dependencia del alcohol se eleva a 2.500.000 aunque posiblemente esta cifra sólo sea la punta de iceberg.

En 1979 en la población laboral de Sevilla se halló un 11.6 % de varones con consumos superiores a los 60 g de alcohol puro al día.

El alcohol es además un componente frecuente de la politoxicomanía. En los adictos a la heroína el alcohol y la cocaína están entre las sustancias preferidas. También se ha

descrito frecuentemente el uso combinado con barbitúricos y cánnabis, (72).

El problema del consumo de alcohol en los heroínómanos ha sido estudiado por numerosos autores. Hataukami (73), en un estudio sobre 1605 pacientes con antecedentes de consumo de alcohol y/o heroína encuentra que el 36 % abusan de alcohol y drogas, el 60 % sólo del alcohol y únicamente un 3.5 % consume drogas aisladamente. Rounsaville (74), encuentra antecedentes de alcoholismo en el 28 - 36 % de los heroínómanos según el método empleado para el diagnóstico.

INHALANTES

La eficacia de la absorción pulmonar de gases y líquidos volátiles ha sido conocida desde tiempos prehistóricos. Por otro lado el empleo de la vía respiratoria presenta la ventaja de la rapidez de acción y de evitar la acción hepática.

El éter fue de las primeras sustancias utilizadas como embriagantes a comienzos del siglo XIX. Posteriormente tuvo gran difusión el cloroformo y más recientemente diversos derivados del petróleo y productos sintéticos.

ETER.

En el siglo XIX el consumo de éter llegó a constituir una plaga social en ciertos países. Uno de los más afectados fue Irlanda. El éter se consumía públicamente como el alcohol. En 1885 en la ciudad de Draperstown se llegaba a consumir un litro de éter por cada 23 habitantes. Era habitual beber un pequeño vaso seguido de otro de agua varias veces al día.

Aunque la inhalación de solventes se practicó ya en la I Guerra Mundial no es hasta finales de los cincuenta y principios de los sesenta, cuando el uso de sustancias

volátiles se desarrolla de nuevo en EE.UU. y otros países anglosajones, sobre todo en sujetos muy jóvenes, (75). Posteriormente se extiende el uso de la gasolina a América del Sur y aparece sobre 1957 la inhalación de colas, (76).

CONCEPTO.

Bajo el término inhalantes se engloba una amplia gama de sustancias químicas, sólidas, líquidas o gaseosas cuyo denominador común es el ser altamente volátiles y cuyos vapores psicoactivos son susceptibles de inducir modificaciones de conducta. Los más extendidos son los hidrocarburos halogenados o no, (77).

El término anglosajón "sniffing", consagrado por el uso, designa la inhalación voluntaria, sin intenciones de suicidio, de sustancias más o menos tóxicas que se consideran activas a nivel central.

Entre las características diferenciales respecto a otras drogas destacan las siguientes:

- El consumo y distribución es legal y al alcance de cualquier economía.
- La disponibilidad es grande, en comercios de venta al público e incluso en los hogares para uso doméstico.
- Fácilmente disimulables.

El inhalador típico es un varón de 8 a 14 años de edad, de ambiente socio - cultural bajo y frecuentemente con problemas familiares. La inhalación suele realizarse como acto "social" en grupos pequeños (alrededor de 4 componentes).

La técnica de inhalación suele consistir en verter el producto en una bolsa para aspirar los vapores desprendidos. Estos pueden incrementarse mediante la aplicación de calor, (79).

El tolueno, presente en la mayoría de los adhesivos es el más frecuentemente implicado en el "glue sniffing", (80).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS.

El abuso de sustancias volátiles suele practicarse como ya hemos comentado como actividad grupal.

En los consumidores británicos la proporción de varones es cuatro veces superior al de chicas. El grupo de edad con mayor consumo es el de los 13 - 15 años. En Escocia un 4.6 % de los jóvenes de 15 - 16 años ha consumido alguna vez sustancias volátiles, (81). De ellos menos de un 10 % se convierten en consumidores crónicos.

Según el Instituto Nacional de la Droga de EE.UU., (82), un 9 % de los jóvenes entre 12 y 17 años y un 11 % entre los 18 y los 25 años ha inhalado solventes al menos una vez, aunque sólo un 1 % son consumidores habituales.

Estudios recientes realizados en heroinómanos franceses e italianos, mostraron un consumo previo de sustancias volátiles en el 18 % con un consumo regular en el 4 %, (76).

En España el Plan Nacional sobre Drogas (83), estima entre 18.000 y 21.000 el número de consumidores habituales.

Entre los motivos para el consumo están los siguientes: influencia de los amigos, bajo coste y alta efectividad, fácil disponibilidad, fácil transporte, mejora del estado de ánimo y el ser sustancias legales, (29).

Entre los productos más consumidos destaca el tolueno, presente en mayoría de las colas, aunque también es habitual la inhalación de hidrocarburos clorados (pinturas, barnices, lacas), fluorocarbonos (aerosoles), acetona y petróleo, butano y propano, (75, 78).

ACCION

Los vapores inhalados pasan rápidamente al torrente circulatorio y de él a los tejidos. Tienden a fijarse en aquellos con mayor riqueza en lípidos, entre ellos el S.N.C.

Los efectos producidos por la inhalación varían de unas sustancias a otras, y dependen también del tiempo de

exposición, cantidad inhalada, etc.

Tras la inhalación aparece un estado similar al de la embriaguez alcohólica, con euforia y excitación que ocasionalmente se acompaña de náuseas y vómitos. Son frecuentes también la fotofobia, diplopía, ataxia, rinorrea, tos, náuseas, distorsión de la realidad y alucinaciones. Ocasionalmente pueden aparecer agresividad, desorientación témporo - espacial y modificaciones de conducta. La duración del efecto es variable; de minutos a más de 12 horas. (76).

Las complicaciones derivadas del abuso crónico difieren según la sustancia empleada. El petróleo puede originar encefalopatía y el n-hexano, frecuente en algunas colas industriales, neuropatía periférica. Las alteraciones neurológicas y metabólicas son frecuentes con el tolueno. En estos casos puede aparecer también insuficiencia renal. Se han descrito igualmente alteraciones tubulares y acidosis tubular renal. (75).

El consumo crónico de benceno es responsable de la aparición de ciertas hemopatías, mientras que el tetracloruro de carbono puede causar nefropatías y la metil - butil - cetona importantes polineuropatías. (84).

PSICOFARMACOS

RECUERDO HISTORICO

Después del descubrimiento en 1826 de las propiedades sedantes del bromo, el hidrato de cloral se introduce en terapéutica en 1832, el primer barbitúrico en 1903, el meprobamato en 1955 y las benzodiazepinas en 1959.

Históricamente la adicción a los narcóticos y a los sedantes - hipnóticos se ha considerado como una consecuencia de una constitución psicopatológica y como un "proceso

condicionado", (85).

El consumo por la población general es muy amplio. Isaacson (86), refiere que en Suecia son empleados por el 10.0 % de los hombres y el 18.9 % de las mujeres. En éstos el mayor consumo aparece en los viudos y separados, (87).

De una manera global el uso de sustancias psicotropas ha disminuido en los últimos años de un 16 % a un 11 %. Las drogas más empleadas son las benzodiazepinas, (88).

En España el consumo de psicofármacos ha sido valorado por Toranzo (89), encontrando que después de los analgésicos - antimigrañosos, las benzodiazepinas son el segundo grupo farmacológico más consumido: 16.7 % de la población general.

Otro estudio realizado por Gene Badia (90), estima la Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes y día en el caso de las benzodiazepinas en 30.5 en 1.985, claramente superior a las 27.5 de 1981. García Delgado (91), sobre una amplia muestra refiere consumo de benzodiazepinas en el 22.6 %, de los que el 46 % son varones. Para los 11 - 30 años el consumo esporádico alcanza el 5.45 % y el 9.9 % para el habitual. En su estudio los psicofármacos más utilizados son también las benzodiazepinas con el 77.9 % del total de psicofármacos.

BENZODIAZEPINAS

Un problema grave en la epidemiología del abuso de drogas lo constituye el cambio en los patrones de abuso. Así el consumo de barbitúricos en la década de los años 60 y 70 dio paso a un uso más complejo de múltiples drogas en el que predominaban los opiáceos. A finales de los setenta se registró un importante aumento del abuso de benzodiazepinas y posteriormente de fármacos tales como la buprenorfina. La causa de estos cambios suele ser la implantación de controles legales para evitar que se disponga de droga. Sin embargo la nueva demanda permite que aumente el abuso de otras drogas.

Actualmente se dispone de suficientes datos clínicos para afirmar que tras la ingesta de benzodiazepinas por periodos prolongados, la supresión origina signos y síntomas de abstinencia y que la dependencia aparece tanto con el consumo de dosis bajas como elevadas, (92).

El empleo de estos fármacos por vía intravenosa ha surgido en los últimos años y con frecuencia causa problemas médicos a menudo no asociados al uso de las drogas consumidas anteriormente, (93).

BUPRENORFINA

La buprenorfina es un opiáceo semisintético derivado de la tebaina con acción agonista - antagonista y potencialidad de abuso, con la característica de poder ser administrada por vía sublingual.

Entre sus efectos secundarios cabe destacar la aparición de euforia y alucinaciones en el 0.1 % - 0.2 %. Los estudios de la capacidad adictógena demuestran que este fármaco puede desarrollar en el hombre leve dependencia física.

En los últimos años se ha llamado la atención sobre el abuso de esta sustancia en consumidores habituales de opiáceos en Manchester y Edimburgo, (94). En España se ha descrito igualmente su empleo como fármaco de sustitución de la heroína, (95). En un estudio realizado por San (96), en heroínómanos en tratamiento, el 66 % manifestaron haber consumido buprenorfina a lo largo de su adicción y el 17 % presentaron controles de orina positivos a este fármaco.

Tras la inyección intramuscular los principales efectos informados por los adictos a la heroína son la disminución de la tensión y un cierto efecto disfórico, (97).

ANFETAMINAS

Introducidas en terapéutica hace unos cuarenta años, no fueron empleadas sistemáticamente hasta la II Guerra Mundial. Sin embargo ya en 1947, Derobert en Francia observó los primeros casos de abuso de la dl - anfetamina. Poco tiempo después Heuyer y Lebovici informaron de dos casos de toxicomanía a dosis elevadas.

La disponibilidad, bajo coste y, al inicio, las campañas publicitarias fueron factores importantes en el posterior abuso. Las sustancias consumidas varían según el país considerado. En Suecia fue muy popular la fenmetracina, mientras que en el Reino Unido la más empleada era una mezcla de dextroanfetamina y barbitúricos, (29).

En el grupo de las anfetaminas se incluyen aquellas sustancias estructural y farmacológicamente emparentadas con la forma racémica (dl), de la beta-fenilisopropilamina o anfetamina. El isómero dextrorrotario es aproximadamente dos veces más activo que la forma racémica.

También se incluyen otros agentes empleados como anorexígenos (fentermina, fenmetrazina, mazindol, etc). Otros agentes psicomiméticos como la trimetoxianfetamina (TMA), la dimetoxianfetamina (DOM o STP), la MDA y su derivado N-metilado, (3-4 metileno-diosimetanfetamina), conocido vulgarmente como "éxtasis", "MDMA", o "polvo del amor", se incluyen igualmente en este grupo, (98).

Tras la administración oral los efectos comienzan a los 60 - 90 minutos e inmediatamente tras la administración intravenosa. La metabolización se realiza a nivel hepático por hidroxilación, desmetilación, desaminación y conjugación. La excreción es renal. Una parte importante es excretada sin ser metabolizada.

Las anfetaminas poseen un marcado efecto estimulante del SNC particularmente del córtex cerebral y de los centros respiratorio y vasomotor. Este efecto se debe a la liberación de noradrenalina y dopamina. Inhiben además la recaptación y estimulan directamente los receptores. La dosis, el estado mental y la personalidad del individuo modulan la acción.

La forma más peligrosa de uso, la vía intravenosa, no es frecuente en nuestro medio y está limitada como droga secundaria a algunos toxicómanos graves, (5).

Rodríguez Martos (99), considera que en nuestro país la presencia de anfetaminas es desde hace unos años casi invariable. Para el Plan Nacional sobre Drogas (46), el número de consumidores habituales oscilaría entre los 350.000 y 500.000.

DRUGA Y CONTRACULTURA

ASPECTOS TRANSCULTURALES

Siguiendo la terminología de la O.M.S., se entiende por "Modelo Tradicional de consumo de drogas", aquel en el que además de existir una general moderación en el mismo, la demanda, el suministro y el consumo han mantenido un prolongado equilibrio y las sociedades han frenado dicho consumo mediante influencias fuertes, aunque desprovistas de carácter oficial.

El "Modelo Consumista", se caracteriza por la disponibilidad de ingredientes psicoactivos purificados que proceden de drogas naturales y de una gran cantidad de sustancias sintéticas, así como por la aparición de nuevas formas de consumo de drogas, que han roto el equilibrio que las sociedades habían mantenido durante siglos, (100).

La transición entre uno y otro es un fenómeno universal que ha afectado recientemente a la mayoría de las sociedades. Sin embargo en el caso de España tanto para el tabaco como para el alcohol el modelo de consumo se adecúa más al consumista que al tradicional por una serie de circunstancias entre las que destaca la producción generalmente excedentaria de ambas substancias.

A mediados de los años cincuenta fue configurándose en Norteamérica un movimiento de contestación al modelo social establecido. Esta corriente de contestación juvenil tuvo posteriormente caracteres específicos según el medio en el que tuvo lugar: EE.UU., México, etc. El movimiento aportó sus formas contraculturales como alternativa a lo establecido y oficial. La mayor parte de las expresiones fueron puestas en práctica al margen de los cauces ordinarios, dando lugar a lo que se denominaría bajo el epígrafe "underground". El consumo de drogas fue sólo una de sus formas de expresión, (101).

En este contexto el LSD se introduce en el movimiento "hippie" poco después que la "hierba", alcanzando su auge en EE.UU. hacia 1964. Son "medios para la comunicación con el

cosmos y la naturaleza". Al mismo tiempo se convierten en estándares del movimiento contracultural juvenil, representando el "no estar de acuerdo".

Mediada la década de los sesenta el "flowers power", la contracultura, aparece en Europa. La música fue en parte responsable de ello. Los Beatles incorporan un himno al movimiento hippie; Sgt. Pepper. Los Rolling Stones introducen un nuevo concepto, el "unisex". El orientalismo hippie, la hierba y el movimiento pacifista en sí, empiezan a convertirse en muchos sentidos en un negocio, (102).

El uso de espacios abiertos para los "happening" de interacción colectiva conllevó frecuentemente el uso del LSD, entonces sustancia legal. Por otra parte se experimentaba en humanos con numerosas sustancias de expansión mental como el propio LSD, la xilocibina, y el DMT. Esta circunstancia propició la integración de las mismas y la continuidad del consumo al pasar a la ilegalidad.

Sin embargo la progresiva comercialización o adaptación de sus formas y modos, por un claro sentido comercial, y por no haber llegado a captar su verdadero sentido, originó que en 1967 los "hippies" se disolvieran simbólicamente para volver a una esfera privada y semiclandestina donde no fueran falseados, (101). Poco después la heroína hacía acto de presencia a través de los ex - combatientes del Vietnam. Con ello comenzó el fraccionamiento interno, la intolerancia social y la comercialización de la contracultura.

En España, dada la separación geográfica de EE.UU. y la censura entonces imperante, el movimiento contracultural llegó con considerable retraso. Desde la posguerra hasta el final de los sesenta la situación del consumo de drogas en España era distinta a la del resto de países de Occidente. Las pautas y patrones de consumo aparecían ligados a una serie de normas sociales que establecían su uso únicamente por los varones. Hacia 1978 - 79 el alcohol y el tabaco dejan de considerarse drogas de varones, unificándose las pautas de consumo para ambos sexos. Al mismo tiempo aparece un incremento del consumo de ambas, más marcado en el caso del alcohol, (103).

En nuestro país, la comercialización contracultural antes comentada y el hecho de injertarse en una comunidad con unas características socioculturales y económicas diferentes,

originó que las nuevas ideologías sólo mantuvieron su profundidad en grupos muy reducidos y durante un tiempo muy limitado. Sin embargo, muchos jóvenes encontraron en ellas una vía de expresión de su disconformidad y comenzaron el consumo de cánnabis y LSD convirtiéndolas en símbolos de su actitud contestataria. (102).

Así, hacia 1970 España mantenía un modelo híbrido de consumo de alcohol y tabaco. Existía además un pequeño núcleo de morfinómanos yatrogénicos, un colectivo marginal consumidor de cánnabis y un consumo típico español, el de anfetaminas.

A finales de los sesenta llegó el fenómeno "hippie" y fue aún más distorsionado. Se le identificó como usuario de drogas y opositor al régimen político. Esta situación se mantiene hasta 1973 - 75, en que las redes de distribución de la heroína se establecen de una forma permanente en las principales ciudades españolas, para igualarse nuestra situación, a partir de 1983 - 84, con la de los países de nuestro entorno socio - cultural, es decir con la implantación total del modelo consumista. (103).

EPIDEMIOLOGIA

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El conocimiento exacto, fiable y válido de la prevalencia de una drogadicción y aún más, de la incidencia en un momento dado, es prácticamente imposible de alcanzar. Las dificultades metodológicas por una parte y las derivadas por otra, de las características sociales propias de la mayoría de las drogas - ilegalidad- y de muchas de las drogadicciones -tendencia a la marginalidad- son en la mayoría de las ocasiones obstáculos difícilmente superables.

La historia natural de la enfermedad deriva, entre otras, de dos circunstancias:

- El nivel de consumo de una determinada droga en una población concreta está en relación al grado de disponibilidad que dicha población tenga de esa droga. Esta disponibilidad no afecta por igual a todos los grupos de población.

- El porcentaje de drogodependientes en tratamiento aunque tiende a elevarse es bajo. En el estudio de Navarro (5), únicamente un 9 % de los que refieren consumir heroína están en tratamiento, mientras que García Alvarez (104), encuentra buena disposición a tratarse sólo en el 5.5 % de los heroínómanos.

Estos dos factores hacen que el conocimiento de la prevalencia y de la distribución mediante las estadísticas de utilización de servicios sea poco fiable, debiendo, al menos teóricamente, plantearse su estudio en la población general. Estos estudios presentan mayores dificultades metodológicas, lo que unido al mayor coste hace que sean menos empleados.

Entre los problemas metodológicos habituales destacamos los siguientes:

- La definición de "caso". La distinción entre consumo y dependencia o drogadicción no es fácil. La falta de unanimidad sobre todo en estudios de población general hace difícil la comparación de algunos trabajos.

- Las características del consumo de drogas -estereotipos positivos y negativos, y la ilegalidad del consumo de algunas- hace que se planteen ciertas reservas sobre la veracidad de las respuestas.

- Introducción de posibles sesgos en el método de muestreo. Así en el estudio de Navarro (5), los resultados pueden estar sobrerrepresentados al haber realizado el estudio determinando la unidad muestral entre los peatones. Existen datos para pensar que la probabilidad de consumir drogas es más elevada entre los jóvenes que pueden encontrarse en la calle que entre los que permanecen en sus casas.

- Otro factor a considerar en el caso de los heroínómanos es la tendencia a automarginarse en grupos más o menos aislados y a presentar inestabilidad tanto laboral como de domicilio por lo que pueden aparecer subrepresentados en los estudios sobre población general.

Por todo lo anterior la estrategia para el estudio de las drogodependencias se orienta hacia métodos indirectos y posterior confirmación clínica. Así, De Alarcón, en su estudio

para la detección de casos en la población juvenil de una ciudad inglesa empleó cinco fuentes de información:

- Informes judiciales.
- Informes de la policía.
- Registros hospitalarios de sobredosis.
- Historias clínicas de ingresos por ictericia.
- Informes de conocidos adictos a la heroína.

De estos cinco métodos los dos últimos dieron los mejores resultados, demostrándose una prevalencia muy superior a la oficialmente reconocida.

El modo de transmisión del abuso de heroína estudiado por estos autores, identifica al iniciador y la fecha de la primera inyección, demostrando la posterior elevación de la incidencia de la toxicomanía, apareciendo una transmisión directa de persona a persona, es decir, un modelo característico de las enfermedades infecciosas.

Independientemente de la confirmación del anterior modelo de transmisión, el papel del grupo de referencia ha sido estudiado por Rounsaville, (14), comprobando la acción de refuerzo en la transmisión de una persona a otra.

Kandel (105, 106), ha demostrado igualmente la existencia de una serie de estadios progresivos en relación al tipo de droga consumido. Los heroínómanos habrían consumido con anterioridad cánnabis y previamente alcohol y tabaco. Estos estadios no implican necesariamente el paso a uno posterior.

ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO

De los estudios de consumo de drogas en la población general destacamos el de Benson (107), sobre una amplia muestra no seleccionada de reclutas suecos. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Alta frecuencia de consumo de drogas	.....	4.6 %
Baja frecuencia de consumo de drogas	.....	15.0 %
No drogas y alta frecuencia consumo alcohol	.....	8.3 %
No drogas y alcohol baja frecuencia	.....	53.2 %
No consumo ni de alcohol ni de drogas	.....	18.8 %

La frecuencia de demanda de asistencia psiquiátrica para toda la muestra es del 4 %, elevándose al 18 % en el grupo con alta frecuencia de consumo de drogas.

La gran extensión del consumo de drogas en la población general queda también reflejada en los resultados de consumo de drogas en estudiantes de los últimos cursos de Medicina de una Universidad de los EE.UU., como podemos ver en la siguiente tabla, (Tabla 1 -1):

TABLA 1-1

CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

<u>SUSTANCIA</u>	<u>ALGUNA VEZ</u>	<u>ULTIMO AÑO</u>	<u>ULTIMOS 30 DIAS</u>
TABACO	44 %	11 %	12 %
ALCOHOL	96 %	91 %	82 %
CANNABIS	57 %	23 %	13 %
ANFETAMINAS	22 %	8 %	3 %
COCAINA	20 %	8 %	3 %
BENZODIACEPINAS	37 %	17 %	6 %
ALUCINOGENOS	15 %	2 %	1 %
OPIACEOS	40 %	19 %	6 %

Si bien el uso de anfetaminas o benzodiacepinas es relativamente explicable, llama la atención el alto porcentaje de consumo de opiáceos en una muestra con elevado conocimiento de las consecuencias derivadas, (108).

Swadi (109), estudia la frecuencia de consumo de drogas en una muestra de 3.333 adolescentes ingleses con edades comprendidas entre los 11 y 16 años, obteniendo los siguientes resultados:

Fuman diaria u ocasionalmente el 18.7 %. Beben alcohol una o más veces a la semana el 12.3 %, porcentaje que se eleva al 37.1 % para el consumo ocasional. Han probado cánnabis el 11.7 %, solventes el 11 %, estimulantes el 3.2 %, tranquilizantes el 2.7 %, y cocaína el 1.9 % al igual que los

REVISION GENERAL

alucinógenos, mientras que un 1.7 % ha consumido heroína. Estos resultados, en opinión del autor, no se ajustan a la realidad de la población de igual edad ya que una parte de la misma, altamente vulnerable, está poco representada en el estudio.

ESTUDIOS EN ESPAÑA. ENCUESTAS GENERALES

Los datos de la siguiente tabla. (1 - 2) nos indican la creciente importancia del consumo de drogas en nuestro país:

TABLA 1 - 2

<u>AÑO</u>	<u>DETENIDOS POR TRAFICO DROGAS</u>	<u>Nº DE ACTUACIONES FISCALES</u>
1969	601	421
1974	2.732	972
1978	8.858	2.119
1982	10.582	6.671
1986	19.203	9.981 (103).

El número de actuaciones policiales, substancias y efectos intervenidos en estas acciones aumenta progresivamente año tras año, (Tabla 1 - 3). Del Resumen Estadístico de acciones policiales en el periodo Enero - Julio de 1988 destacamos las siguientes:

TABLA 1- 3 ACCIONES POLICIALES

<u>SUBSTANCIAS</u>	<u>ENERO-JULIO 88</u>	<u>ENERO-JULIO 87</u>
Heroína	270.554 gr	269.276 gr (+ 0.4 %)
Cocaína	2.756.958 gr	550.031 gr (+ 401 %)
Cánnabis	53.360 Kg	35.095 Kg (+ 52 %)

RESUMEN EFECTOS INTERVENIDOS.

	<u>ENERO-JULIO 87</u>	<u>ENERO-JULIO 88</u>
Pesetas	369 Millones	364 Millones
Moneda extranjera	31 Millones	41 Millones
Pesetas en joyas	50 Millones	59 Millones
Pesetas en efectos varios	17 Millones	23 Millones
Armas de fuego	207	163
Vehículos	454	488

Otro aspecto significativo, en este caso en relación con el consumo de heroína, es el incremento en el número de muertes por sobredosis que viene registrándose desde hace algunos años. En 1989 se registró un aumento del 76 % respecto al año anterior.

ESTUDIOS EN ESCOLARES.

En un estudio realizado en 1986 por la Dirección Regional de Sanidad de Cantabria (110), sobre el consumo de drogas en escolares de 8º de EGB, aparecen como drogas más consumidas el tabaco y las bebidas alcohólicas, presentando el resto una escasa incidencia. El consumo ocasional de hachís es referido por el 3,2 %, fuman diariamente el 5,4 % y beben alcohol regularmente el 2,8 %. En relación al sexo se aprecia para los varones un consumo más elevado de todas las sustancias estudiadas así como una mayor precocidad de inicio.

El ambiente familiar parece ejercer una importante influencia pues sólo el 7,4 % de los padres de los alumnos encuestados no toma bebidas alcohólicas mientras que no fuman el 30 %.

También en 1986, el Ministerio de Sanidad y Consumo (111), realiza el segundo estudio sobre los hábitos de los escolares en relación con la salud, auspiciado por la OMS. La muestra estaba formada por 2835 escolares de sexto y octavo,

lo que corresponde con edades de 11.5 a 13.5 años. De los resultados obtenidos destacamos los siguientes:

El 48 % de los chicos manifiesta haber fumado al menos en una ocasión. En octavo son ya fumadores habituales el 5 % y otro 3 % fuma varias veces a la semana.

Los alumnos cuyos padres están sin empleo o trabajo fijo parecen fumar más que los que tienen un trabajo estable. Los alumnos de zonas rurales fuman más que sus iguales de zonas urbanas.

Un 80 % de los encuestados afirma haber probado alguna vez alcohol. De las distintas bebidas alcohólicas la más consumida es la cerveza. Excepto en el caso del vino, el menor consumo de bebidas alcohólicas aparece en los hijos de los técnicos superiores. En zonas rurales el consumo es preferentemente de vino y sidra, mientras que para la cerveza y los licores no aparecen diferencias significativas en relación al hábitat.

Los medicamentos más empleados son las "pastillas para los nervios" referida en el 8 % y el de "medicinas para dormir" en el 4 %.

Calafat (112), estudia una amplia muestra de estudiantes de Enseñanza Media de Mallorca, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Las medias de consumo son las siguientes: 8.63 l/ alcohol puro/ año; 25 cigarrillos/semana y 0.29 porros/semana. Respecto a las frecuencias de consumo un 75 % bebe diariamente o los fines de semana, un 67 % fuma tabaco diaria u ocasionalmente, un 29 % ha probado por lo menos una vez marihuana y un 1.5 % los narcóticos.

Las edades medias al realizar el primer consumo son: 9.6 años para el alcohol, 11.9 años para el tabaco, 15.4 años para el hachís y 15.2 años para los narcóticos.

La Consejería de Cultura y Bienestar Social de Castilla y León (113), realizó en 1988 un estudio sobre el consumo de drogas en la juventud rural de esta región, (14 - 30 años). De los resultados obtenidos destacan los siguientes: el 24.3 % de los encuestados consume alcohol diariamente, el 64.1 % al menos una vez a la semana y el 67.7 % al menos una vez al mes. La edad de inicio se sitúa en los 15.9 años. La cerveza es la bebida más consumida, 56.0 %. Le sigue la ginebra, 22.4 % y el vino 21.3 %. El consumo medio de alcohol/día es de 38.5 ± 1.5 g/día, mientras que un 8.2 % consumen más de 80 g/día.

El consumo alcohólico se correlaciona con el nivel de estudios, disminuyendo al aumentar éste. Aquellos grupos que estudian o trabajan presentan un consumo menor que los que trabajan ocasionalmente o están parados.

De los resultados del consumo de tabaco destaca que el 53.8 % de los varones fuma diariamente. El tabaco rubio es el preferido, 58.1 %, mientras que el 41.2 % prefiere el negro. La edad de inicio se sitúa en los 15.5 años.

La cánnabis ha sido consumida en los últimos 30 días por el 10 % de los encuestados. El porcentaje de consumo de las restantes drogas oscila entre el 1 % de las anfetaminas y el 0.1 % de los inhalantes.

Los principales motivos aducidos para iniciar el consumo son los siguientes: "para experimentar nuevas sensaciones", "por curiosidad" y "para colocarse o lograr placer".

Otros estudios realizados en nuestro país han apreciado un cambio en las tendencias del consumo de drogas en los estudiantes de BUP, con una disminución del consumo de tabaco, alcohol y cánnabis y estabilización del de opiáceos, sin aparecer el esperado aumento en el de cocaína.

Así, respecto al consumo de tabaco, Calafat (114), encuentra una disminución de los 25 cigarrillos semanales de 1981 a los 18 de 1988, manteniéndose la edad de inicio en los 12 años. El consumo anual de alcohol puro ha disminuido también de 8.6 l a 7.8 l, manteniéndose la tendencia al uso compulsivo del alcohol los fines de semana y desplazando la cerveza al vino como bebida más consumida.

El número de experimentadores de cánnabis ha disminuido del 28 % en 1981 al 18 % en 1988 aunque el consumo diario ha permanecido estable en los varones con 0.55 porros/ semana. La edad de inicio ha disminuido de los 15.4 años en 1981 a los 14.9 años en 1988. En opinión de este autor cabría la posibilidad de que se haya iniciado un descenso en la popularidad y extensión del uso de drogas entre los jóvenes.

ESTUDIOS EN POBLACIONES NO ESCOLARES.

De los estudios de consumo de drogas en poblaciones no escolares destacamos el de Queipo (115), (Tabla 1 - 4), realizado en una amplia muestra de universitarios españoles (2921). Los resultados referentes a los varones son los siguientes:

TABLA 1- 4. CONSUMO DE DROGAS EN UNIVERSITARIOS. (QUEIPO)

<u>DROGA</u>	<u>ULTIMO MES</u>	<u>ULTIMO AÑO</u>	<u>ALGUNA VEZ</u>
CANNABIS	10.8 %	22.1 %	35.6 %
LSD	0.6 %	2.0 %	4.5 %
COCAINA	0.5 %	1.7 %	2.7 %
ANFETAMINAS	2.3 %	8.2 %	18.3 %
TRANQUILIZANTES	1.7 %	3.7 %	7.7 %
OPIACEOS	0.4 %	0.8 %	2.3 %
INHALANTES	0.1 %	1.3 %	4.1 %

El consumo es más elevado en los hombres que en las mujeres para todas las drogas consideradas excepto los tranquilizantes.

En general, la edad al comienzo del consumo se sitúa entre los 17 y los 20 años. Para el hachís el 47.7 % tenían 17 - 18 años y el 19.6 % entre 19 y 20. Los porcentajes para las restantes drogas son los siguientes: 42.5 % y 33.6 % respectivamente para las anfetaminas; 23.1 % y 41.0 % para la cocaína; 24.0 % y 40.0 % para los opiáceos; 38.5 % y 36.9 % para el LSD y 29.6 % y 30.2 % para los tranquilizantes. Para los inhalantes el 14.9 % comenzó su uso antes de los 9 años de edad, el 21.6 % entre los 9 y los 12, el 20.3 % entre los 13 y los 16 y el 40 % por encima de esta edad.

Las principales razones para el consumo, en orden decreciente, son las siguientes: "por curiosidad" entre el 7 % y el 56 %, "por buscar nuevas sensaciones" entre el 2.7 % y el 40.7 %, y "por búsqueda de placer y felicidad" entre el 6.0 % y el 32.0 %. La mayoría de los estudiantes probaron las drogas en un "grupo de amigos", 60 % y "con un amigo" el 38.7

%

En el amplio trabajo de Navarro (5), encontramos el siguiente consumo para la población general española, (Tabla 1 - 5):

TABLA 1 - 5 CONSUMO DE DROGAS. (NAVARRO).

<u>DROGA</u>	<u>FRECUENCIA</u>
CANNABIS	21.3 %
LSD	4.4 %
COCAINA	3.7 %
ANFETAMINAS	11.3 %
TRANQUILIZANTES	30.9 %
OPIACEOS	3.7 %
INHALANTES	2.0 %

~~CONSUMO DE DROGAS. FACTORES ETIOLÓGICOS.~~

Parecen haber quedado ya lejanos los días en que heroínómanos y morfinómanos eran una consecuencia yatrogénica. Unicamente el 9 % de la muestra estudiada por Fraser (116), podían considerarse de alguna forma como "adictos terapéuticos".

El perfil del toxicómano actual es diferente al de los años 60, (117, 118). Por este motivo gran parte de los estudios realizados en ese tiempo tienen una validez sólo parcial en la explicación del drogadicto de hoy.

Las circunstancias etiológicas implicadas en el consumo de drogas son múltiples. Muchas de ellas escapan al ámbito médico estricto. Smart (119), tras analizar los datos evolutivos en 5 países comprueba la relación existente entre alcohol, drogas y las mejoras en las condiciones económicas y sanitarias.

En general hay un acuerdo generalizado sobre el desarrollo actual del consumo de drogas, referente a la

necesidad de valorar el fenómeno desde un punto de vista multidisciplinario. En el estudio del drogadicto es necesario relacionar el uso de la droga con factores de personalidad, familiares y sociales. Sólo con este planteamiento multidimensional se puede realizar un correcto acercamiento a la comprensión de las conductas de drogadicción. (120, 121).

Las teorías sobre la dependencia a narcóticos han sido numerosas, así como los enfoques empleados. De las más antiguas cabe destacar la desarrollada por Rado (122).

Para Khantzian (123), el uso de opiáceos por los adictos representa una forma de tratar con los problemas diarios y con el mundo real que les rodea, más concretamente para hacer frente al stress. La subcultura del adicto juega un importante papel para sustituir y llenar el vacío social.

Los estadios en el consumo de drogas fueron descritos por Kandel (105). La progresión descrita incluye cuatro escalones o etapas:

- consumo de cerveza / vino.
- consumo de tabaco o bebidas destiladas.
- consumo de marihuana y
- consumo de otras drogas ilícitas.

El paso por el tercer escalón, (marihuana), es soslayado en el 27 % de los casos, mientras que otro 27 % progresa en el consumo después de haber consumido la marihuana.

La validez de estos estadios ha sido posteriormente estudiada por Welte (124), encontrando ciertas diferencias. Las principales se refieren al segundo escalón que aunque continua estando presente no resulta, en su opinión, decisivo como fase previa al consumo de opiáceos. En su lugar ha adquirido gran importancia el consumo de medicamentos. Este sí actúa con frecuencia como paso previo al consumo de opiáceos.

En 1979 Egan y Owen (9), crean un nuevo modelo de propagación epidémica del consumo de heroína basándose en las hipótesis de la "edad crítica" y del "tiempo crítico"; (edad más vulnerable y tiempo mínimo de uso de una droga). En este sentido se manifiesta también Coombs (125). En su opinión, el factor más relevante en el planteamiento y realización de programas de prevención es la edad.

Por otra parte, Bell (126), refiere que tanto la conducta antisocial como el uso de drogas son más frecuentes en los jóvenes que presentan antecedentes de pérdida parental infantil, padres separados, divorciados o con antecedentes psiquiátricos o de conductas antisociales.

Se ha dicho que la toxicomanía es el resultado de la confluencia entre un producto, una personalidad y un contexto sociocultural, (127, 128). Por ello se han calificado como "estériles" las estimaciones parciales que se limitan a la peligrosidad de los productos, la influencia perniciosa de la sociedad o la perversión del sujeto, aunque cada uno de estos tres elementos debe ser cuidadosamente analizado, es imprescindible la consideración conjunta para obtener una imagen que se aproxime a la realidad, (10).

Rounsaville (129), define y comprueba la existencia de una tipología de adictos a opiáceos en base a tres tipos de sucesos clave:

- sucesos traumáticos infantiles: pérdida parental, etc.
- aparición de una delincuencia regular y
- el inicio en el uso de drogas ilícitas.

La OMS (130), considera la existencia de "ocho causas últimas de drogadicción":

- búsqueda de una satisfacción inmediata;
- expresión de una conducta delictiva antisocial;
- tentativa de automedicación en conflictos psíquicos, males físicos, etc;
- condición para ser aceptado en determinados círculos, grupos o sectas;
- alteración metabólica;
- rebelión y desafío de los valores sociales establecidos (tradicción, posición social, etc);
- comportamiento adquirido por condicionamiento (ejemplos de familiares, cine, televisión, etc) y las
- presiones socioculturales poderosas.

Por su parte Boudreau (131), recoge como motivos fundamentales para el uso de drogas con fines no médicos los siguientes:

- La búsqueda del placer.
- La curiosidad.

- El deseo de autoconocimiento.
- El deseo por la vida comunitaria.
- La búsqueda de la espiritualidad y de lo trascendente.
- Como forma de protesta.
- Como forma de escaparse a las tensiones.
- Solución química a alteraciones de la personalidad.

Las motivaciones referidas frecuentemente del tipo "porque todo el mundo lo hace", o las recogidas como "consecuencia de las presiones grupales", deben evitarse en lo posible por lo inespecíficas y sólo serían admisibles en aquellos estudios que incluyeran la valoración de la dinámica grupal e intergrupal, (132).

Por otra parte, Khantzian (133), apunta la hipótesis, referida en ocasiones anteriormente, de que la elección de una droga por el adicto no se realiza al azar, sino que está determinada por la interacción entre la acción psicofarmacológica de la droga y las sensaciones dolorosas predominantes contra las que lucha el adicto.

De los múltiples factores implicados en la drogadicción es posible identificar diversos campos, que aunque realmente coexisten es aconsejable, en principio, separarlos para su estudio. Distinguimos los siguientes:

1.- DROGADICCION Y PATOLOGIA MENTAL.

Los antecedentes depresivos han sido considerados como un factor predisponente para el consumo de heroína, (122).

Posteriormente Frederick (134), refiere una mayor incidencia de depresión en el grupo de adictos que en el grupo control.

Por su parte Black (135), constata una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas en los adictos a la heroína, mientras que Wingard (136), encuentra dos patrones de personalidad diferentes según el patrón de consumo fuera de alcohol o de las restantes drogas. En el primer caso las características relacionadas son la generosidad, la ambición y la agilidad y en el segundo la depresión y la desconfianza.

En este sentido Rounsaville (129), encuentra en los adictos a opiáceos una mayor frecuencia de episodios depresivos, alcoholismo, personalidades antisociales, transtornos menores crónicos del ánimo y ansiedad. Los tres primeros diagnósticos son también los más frecuentemente encontrados respecto a un grupo control en los consumidores habituales de cánnabis, (137), y en los adictos a opiáceos, (138).

La correlación entre consumo de heroína y presencia de rasgos depresivos no es, sin embargo, corroborada por otros trabajos que como el de Khantzian (133), o Nurco (2), correlacionan el uso de la heroína más como automedicación contra la agresividad que con la presencia de rasgos depresivos. En este sentido constatan la violencia de gran parte de los delitos realizados por los toxicómanos.

La clasificación psiquiátrica de los adictos no es homogénea y en la actualidad se encuadran dentro del tipo de estructura psicótica de la personalidad y más frecuentemente en el de estructura depresiva, (139).

Cohen, (8), revisa el diagnóstico psiquiátrico de numerosos trabajos previos encontrando que la frecuencia de los diferentes diagnósticos varía ampliamente según el estudio considerado, no existiendo un diagnóstico psiquiátrico único o similar para todos los adictos. No obstante, destaca que los transtornos de personalidad, sobre todo la conducta antisocial, aparece en la mayoría de ellos.

Tras una amplia revisión de los trabajos publicados, Grande (140), también sugiere que ante la existencia de un diagnóstico de personalidad antisocial debería evaluarse la existencia de alcoholismo o abuso de drogas y viceversa ya que la frecuencia de correlación entre ellas alcanza el 75 - 80 %.

Otro enfoque intenta explicar el uso de las drogas en base a la teoría de "la tensión". Desde esta perspectiva el comienzo con ellas se explica como un medio de hacer frente al stress, (141). El manejo de éste y el deseo de alterar la conciencia son los dos principales motivos encontrados por Segal (142), para el uso de drogas entre los jóvenes.

En este sentido las sensaciones asociadas al uso de las drogas han sido divididas por Pervin (143), en previas,

durante el consumo y posteriores. Los sentimientos más frecuentes antes de consumirlas son la necesidad de ayuda, tensión, miedo y soledad. Durante la acción de la droga encuentra las de bienestar, seguridad, relajación y satisfacción y después de su acción las de enfado, inhabilitación, soledad y vacío.

El diagnóstico de patología de la personalidad es insuficiente para valorar la gravedad del cuadro. Sea cual sea la estructura de la personalidad (neurótica, psicótica, "bordeline"), la heroïnomanía puede aparecer como un síntoma más o menos accesorio y más o menos grave, o desempeñar una función vital que impide una desestructuración grave de la personalidad. Con frecuencia el heroïnómano presenta patología de la autoestima. A veces se aprecian antecedentes de carencia de afecto o un cuadro clínico más o menos marcado por la problemática de la adolescencia, (144).

En general, en la actualidad, tiende a recalcarse la existencia de una relación multidimensional entre el uso de drogas y la personalidad, (121, 145).

2.- FACTORES FAMILIARES.

La importancia de la estructura familiar, las relaciones intrafamiliares y la presencia de consumo de drogas o patología psiquiátrica han sido frecuentemente resaltada entre los factores predisponentes al consumo de drogas.

Sin embargo, la valoración del entorno familiar es diferente según sea referida por el adicto o por otros integrantes de la unidad familiar, (146).

Kandel (106), propuso tres estadios en el uso de drogas, cada uno con un carácter específico:

- 1.- Uso de drogas legales, alcohol, que es primariamente un fenómeno social.
- 2.- Uso de hachís, también primariamente fenómeno social aunque ya a nivel de pandilla.
- 3.- Uso de drogas "duras" que estaría más relacionado con la calidad de la relaciones familiares.

El punto de vista más aceptado es el que considera que en el proceso de drogadicción existe una relación que implica a los padres y al consumidor tanto en las actitudes generales ante las drogas como en el consumo de las mismas, (147).

El prototipo de familia del drogadicto es descrita generalmente con la existencia de una íntima relación entre uno de los padres y el consumidor. Este sería el padre del sexo opuesto, caracterizándose por la sobreprotección, en contraposición al otro que es definido como distante y/o ausente y más punitivo.

La circunstancia de vivir o no con la familia de origen es importante aunque generalmente es una circunstancia derivada de la situación económica. En nuestro país gran parte de los heroínómanos viven con sus padres, (148).

Stanton (149), realizó un estudio de los posibles factores diferenciales entre familias de drogadictos y otras familias disfuncionales encontrando una serie de factores característicos para las familias de adictos, de los que destacan la mayor dependencia de sustancias y la presencia de conductas adictivas. Por su parte Bergeret (139), afirma que si bien los padres de los toxicómanos no son adictos, sí presentan consumos habituales de sustancias tales como laxantes, antiácidos, etc.

Es frecuente también la existencia de "disfunciones familiares", (conducta inadecuada respecto a los deseos adolescentes) y comportamientos alternantes.

Muchos heroínómanos consideran que no han sido tratados como "personas reales" por sus familiares sino como sujetos destinados a hacer más satisfactoria la vida de sus padres. Hay que considerar asimismo los comportamientos de hiperprotección que despierta la drogadicción del joven en sus padres y que él considera gratificante. La heroína, por último, puede actuar como mediador de la independencia del adolescente en familias en las que el conjunto madre - hijo funciona como una simbiosis, (144).

La importancia del consumo de drogas por alguno de los padres o hermanos mayores es muy elevada, (147, 150). Para este último autor, Gfroerer, existe una relación significativa entre el consumo de la mayoría de las drogas por alguno de los

membros familiares y el consumo de drogas por el adolescente. La relación más elevada es la que aparece para la marihuana.

La importancia de la familia en la adquisición de hábitos de consumo por parte de los hijos ha sido también referida en nuestro país entre otros por Calafat, (114).

3.- FACTORES SOCIALES.

La importancia que sobre el adolescente ejerce la pandilla está ampliamente reconocida, (1, 147, 151), así como la de las actitudes de los integrantes del grupo hacia el consumo de drogas, (152).

Huba (151), comprueba la existencia de patrones de interacción entre los jóvenes usuarios de drogas, sus semejantes y los adultos importantes para estos jóvenes. El uso de drogas es, en su opinión, el único aspecto diferenciador entre las subculturas de adictos y de no adictos.

Sin embargo, la influencia de la pandilla, "peer group", no es homogénea, apareciendo diferencias según edad, sexo y otros factores individuales. Huba (145), describe en los varones un aumento de esta influencia en relación a la edad, de modo que sólo alcanza un nivel significativo a partir de los 13 - 14 años.

También en este sentido, Newcomb (153), observa un mayor influjo de la pandilla sobre los adolescentes blancos, en relación a los de raza negra y asiáticos. En los tres casos este influjo es mayor que el ejercido por el modelo de los adultos.

Por su parte, Johnson (154), resalta la importancia de los modelos sociales aprendidos en el inicio al consumo de drogas.

Gran número de adictos manifiestan como razón principal para el consumo de drogas la influencia de la pandilla. Esta influencia es más importante en los adolescentes no incluidos en los sistemas educativos, en los que el uso de alcohol es también más frecuente, (155).

El principal predictor para el uso de drogas en una muestra de 7.000 estudiantes revisados por Johnson (154), es el uso de drogas por los amigos, encontrando asimismo que las

drogas legales son un factor de riesgo en la experimentación de las ilegales.

Sociológicamente se ha contrastado que la edad de inicio y la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y fármacos, son las variables mejor correlacionadas tanto con el hecho de experimentar como con el de ser consumidor habitual de drogas ilegales, (103).

En general, los patrones anteriores identificarían no a sujetos de riesgo, sino a grupos que comparten dicho riesgo. Estos estarían formados por individuos integrados en pandillas, fumadores, expuestos al consumo de fármacos y especialmente por aquellos que han convertido la ingestión de bebidas alcohólicas en una actividad fundamental e imprescindible en los períodos de ocio que el grupo comparte. (103).

La presión del grupo de compañeros como impulsor del individuo a tomar drogas junto a la circunstancia de ser estas ofrecidas por los integrantes del mismo ha sido también recogido como uno de los principales factores de riesgo en el Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el Problema de las Drogas en la Comunidad Europea (156).

4.- CONDUCTAS ANTISOCIALES.

Zitring (157), al analizar 867 ingresos en un Hospital Municipal, encuentra conductas violentas en un 10 %, en su mayor parte toxicómanos. Grande (140), constata igualmente una asociación positiva que alcanza un 76 % entre la presencia de conducta antisocial y el abuso de drogas.

Al igual que ha cambiado el modelo típico de drogadicto en relación a los años 60, también ha cambiado el tipo de delito asociado a la drogadicción. Así Nurco (2), señala que mientras en los años 60 los delitos estaban relacionados con la violencia y en los setenta con la prostitución, desde entonces hasta la actualidad los delitos perpetrados por toxicómanos se caracterizan más por la violencia con que son cometidos y por el uso de armas de fuego.

Sin embargo, los resultados encontrados en Suecia por Benson (158), al estudiar la criminalidad en toxicómanos

REVISION GENERAL

difieren de los anteriores al referir como delitos más frecuentes los realizados contra la propiedad y el Código de Circulación, pero sin encontrar un aumento del número de delitos contra las personas.

Por otra parte, Hammersley (159), comenta la posibilidad de que los delitos realizados por los toxicómanos se relacionaran más directamente con el abuso de otras drogas que con el de la heroína.

Otro aspecto destacable es la aceptación general de que las edades de inicio al consumo de drogas y a la delincuencia forman parte en los drogadictos adolescentes de un mismo síndrome, mientras que para los drogadictos adultos la opinión está dividida: para algunos, Kandel (160), el uso de la droga es causa de la delincuencia, mientras que para otros sería previa a su consumo.

Elliot (161), en un amplio trabajo estudia las edades de comienzo de la delincuencia en relación al consumo de drogas, encontrando que en el 25 % de los casos ambas comenzaban en el mismo año. En el 50 % los delitos fueron previos al consumo de drogas y al contrario en el 25 % restante.

Otros muchos factores han sido implicados en la etiología de la drogadicción:

- Traumas derivados del paro generalizado.
- Fracaso en los principios éticos en ciertos líderes.
- Imitación de las acciones de algunos de ellos, etc...

Entre otros factores no considerados anteriormente destacamos el papel que el uso de la aguja puede jugar en ciertos casos. En este sentido, Levine (162), resalta que su empleo, en algunos pacientes, es un importante componente en la adicción a narcóticos.

Las circunstancias generales recogidas anteriormente son comunes a los países desarrollados y a los en vías de desarrollo y en mayor grado se pueden aplicar a los del tercer mundo. La necesidad de conseguir dinero mediante algún trabajo ha dado origen al subempleo y a la economía sumergida, practicada en nuestro país según cifras del M. de Trabajo por 1.5 millones de trabajadores en 1987.

REVISION GENERAL

Rounsaville (129), clasifica las circunstancias que pueden llevar a la adicción por opiáceos en tres grandes apartados:

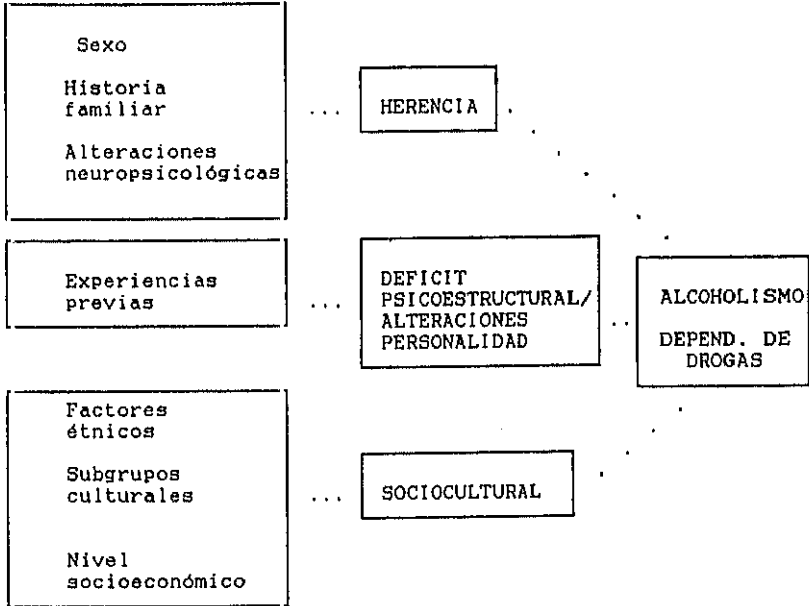
El primero viene establecido por aquellas personalidades afectadas por conflictos importantes durante la infancia. Se trata de jóvenes con una problemática individual importante, previa al consumo de drogas.

El segundo estaría formado por aquellos jóvenes con un historial delictivo previo al contacto con la droga para los que el consumo de opiáceos sería la continuación del mismo.

El tercero estaría formado por aquellos jóvenes bien integrados en sus ambientes, sin antecedentes de trastornos de la personalidad o delincuencia, y cuyos primeros problemas derivan del contacto con la droga.

En un amplio seguimiento de jóvenes realizado por Kandel (160), esta autora comprueba la existencia no solo de los escalones ya referidos, sino también el papel que las drogas de los escalones inferiores tienen incrementando el riesgo de progresión a los estadios superiores. Sin embargo, cuando la iniciación ha aparecido, la continuidad en el consumo se explica más por los efectos de auto - refuerzo de cada sustancia en particular que por el consumo en sí de una droga.

En 1988, Schubert (163), modifica el modelo de factores etiológicos para el alcoholismo y abuso de drogas de Donovan 1986, al encontrar diversas asociaciones entre personalidades antisociales, abuso de drogas y alcoholismo. El nuevo modelo propuesto es el siguiente:



Como resumen Jaffe, (35), cita los siguientes factores implicados en el consumo de opiáceos:

- Factores sociales y ambientales: actitudes sociales, presión de la pandilla y disponibilidad de la droga.
- Factor de autoreforzo: sensación placentera tras las primeras dosis y aumento de la autoestima.
- Factores psicopatológicos: alteraciones afectivas y tendencia a la depresión. Heterogeneidad de los diagnósticos psiquiátricos.
- Factores familiares: Malas relaciones interparentales. Ausencia de alguno de los padres. Mayor frecuencia de

alcoholismo y alteraciones psiquiátricas.

- Factores biológicos: herencia de una mayor predisposición al alcoholismo y posiblemente al abuso de drogas.

- Factores de aprendizaje y condicionantes: derivados de la parafernalia usada y de la subcultura a la que pertenece así como del miedo al síndrome de abstinencia.

Otras circunstancias implicadas incluyen la disponibilidad de una droga determinada, los cambios sociológicos y actitudinales ante ellas, la aparición de nuevas drogas (drogas de síntesis), etc.

Estos condicionantes originan cambios en los patrones de uso. Así, Patterson (164), estudia estos cambios en una muestra de estudiantes norteamericanos en 1974 comparándolos con los recogidos en 1986. Los principales son: una disminución en el uso de anfetaminas y barbitúricos del 15 % y 6 % al 6.2 % y 3.4 % respectivamente y la disminución en el uso de LSD del 11 % al 2.4 % . Entre las drogas que aumentaron de consumo figuran la cannabis, de un 46.5 % a un 56.3 %, y sobre todo la cocaína con un incremento de 16 veces el consumo de 1974; del 1 % al 16.7 %.

A iguales conclusiones llega Johnson (154), precisando únicamente la existencia de pequeñas variaciones geográficas.

Otras causas del cambio en estos patrones son las derivadas de acciones policiales y/o terapéuticas sobre una comunidad dada. Sin embargo los resultados de estas acciones han sido sólo discretamente alentadores. Tras una intervención de este tipo en Sussex, se comprobó un cambio en las pautas de adicción pero no una disminución sustancial en el número de adictos. La heroína fue sustituida por otras drogas, generalmente alcohol sólo o en combinación con otras drogas, al tiempo que el número de falsas prescripciones médicas aumentaba al igual que la demanda de fármacos. Las últimas impresiones apuntaban a un restablecimiento de la pirámide de distribución y venta de heroína. (165).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Numerosos factores influyen en el curso de la adicción. La forma típica se caracteriza por la existencia de períodos de abstinencia voluntaria o forzada por detenciones u hospitalizaciones para posteriormente volver a continuar con la adicción.

Para una población dada, (edad y sexo), los patrones de uso de alcohol y cánnabis no experimentaron cambios significativos en muestras estudiadas en diferentes años, lo que se podría explicar en base a un modelo social aprendido, (154). Esta circunstancia reviste una gran importancia en el desarrollo de la historia natural de la enfermedad. Para otras drogas, sin embargo, si se han comprobado cambios importantes en los patrones de empleo.

Para Stanton (166), el comienzo en el uso de las drogas legales, alcohol, es un fenómeno principalmente social. Un segundo estadio de comienzo con la cánnabis estaría también influenciado primariamente por los amigos mientras que un tercero, de uso frecuente de otras drogas ilegales, estaría más influenciado por otros factores.

Para Svobodny (167), las drogas habituales de comienzo son el tabaco y el alcohol que preceden en dos años al inicio del consumo de marihuana. La edad media al inicio del consumo de tabaco se sitúa en torno a los 12 años.

Siguiendo los criterios de la A.P.A., Robins (138), refiere que el 25 % de los varones que había usado drogas 5 o más veces habían sido diagnosticados de alguna patología relacionada con la drogadicción y únicamente el 8 % de dependencia a drogas.

Para Benson (168), el periodo medio de adicción se sitúa en torno a los 9 años. La tasa de mortalidad es mucho más elevada que en la población de igual edad y sexo. Las complicaciones médicas: endocarditis, hepatitis, etc. condicionan individualmente la evolución de la adicción.

Por otra parte Kandel (169), encuentra que el uso de drogas ilegales en la adolescencia constituye un buen

predicador de su posterior empleo tras este periodo. El fracaso en la aceptación de los valores convencionales de los adultos tales como el matrimonio o el empleo estable han sido también buenos predictores del mantenimiento en el uso de drogas ilícitas después de finalizar la adolescencia.

Los periodos de mayor riesgo para el inicio del consumo de alcohol, tabaco y marihuana finalizan para la mayoría de los jóvenes sobre los 20 años de edad mientras que para otras drogas como la cocaína es algo posterior, los 21 años. Para las tres primeras y para las drogas psicodélicas las edades medias de inicio se sitúan entre los 16 y los 18 años. El consumo de marihuana y alcohol comienza a declinar a partir de los 20 - 21 años en contraste con el de tabaco para el que se aprecia una segunda elevación a partir de los 25 años. (170).

Holmberg (171), realiza un estudio con una cohorte de jóvenes de 15 años encontrando que a los 10 años las 2/3 partes de los varones que manifestaron consumo escolar de drogas presentaban un elevado consumo actual. En los grupos con bajo consumo en el periodo escolar no se comprobó la aparición posterior de consumos elevados. Los consumidores crónicos presentaron como características diferenciales un comienzo más temprano y una escalada más pronunciada en el uso de las drogas, (172).

Los grupos con elevado consumo de drogas presentaron asimismo un mayor número de expulsiones escolares y precisaron tratamiento de la adicción a drogas y cuidados médicos con mayor frecuencia que los grupos con bajos consumos de drogas. La mortalidad, como en el estudio de Benson de 1985, fue entre 5 y 8 veces superior en estos grupos en relación a la población general, (173).

Otros estudios de cohortes de adictos a la heroína muestran que con el paso de los años las dosis de heroína tienden a estabilizarse si se continua el consumo, lo que ocurre en el 30 %. Este grupo presenta además una mayor estabilidad social, laboral y en el número de delitos cometidos. Del 70 % restante un 40 % continuaba sin usar drogas y un 25 % había fallecido, (174).

La duración de la adicción en jóvenes varones ha sido estudiada también por Benson (168), encontrando que:

REVISION GENERAL

- Un 30 % continuaron el abuso durante un periodo inferior a los 2 años.
- Un 50 % entre 2 y 10 años y
- un 20 % durante un periodo superior a los 10 años.

Este mismo autor en el seguimiento de una cohorte con elevado consumo de drogas en el periodo escolar encuentra que el 45 % continuaba el consumo a los 5 años y un 20 % a los 9 años.

Gordon (175), en un seguimiento de 10 años de adictos que recibieron tratamiento encuentra que el 19 % había fallecido. De los sobrevivientes un 25 % continuaba usando drogas.

Resultados comparables son aportados por Simpson (176), al referir tras un seguimiento de 12 años desde el comienzo del tratamiento que las mejorías observadas en el 6º año tendían a estabilizarse a partir del 7º - 8º. A los 12 años un 25 % de los adictos a opiáceos continuaba el consumo, no hallando ninguna característica general o demográfica que actuara como predictor del resultado final.

Por otra parte, Fraser (116), no encuentra diferencias significativas en sus adictos a la heroína en relación a las variables socio - demográficas respecto a los adictos de 1970, excepto una creciente juventud en los mismos a partir de 1981.

Haastrup (177), en un estudio de muy larga duración sobre 300 heroínómanos, encuentra que el número de adictos disminuye, no tanto porque se mantuvieran abstinentes, sino por la elevada mortalidad: 26 %, es decir, una media del 2.4 % por año.

Dentro de este tipo de trabajos destaca también el de Kandel (160), quien valora a más de 1.000 jóvenes desde los 15 - 16 años hasta los 25 años evaluando la repercusión que el uso de drogas tuvo en los jóvenes adultos. De sus resultados destaca que el uso de drogas incrementa los niveles de desempleo, delincuencia, divorcios, desajuste psicosocial y problemas de salud.

En el uso de drogas para una comunidad concreta aparecen en ocasiones expansiones epidémicas de una determinada droga. Como marcadores de la desaparición de una epidemia podemos

considerar los siguientes:

- consumo estable de la droga;
- disminución del número de muertes por sobredosis;
- disminución del número de test urinarios positivos en una muestra determinada;
- brusca disminución del número de adictos detenidos;
- disminución en la demanda de tratamiento y el
- aumento de la edad entre los adictos. (178).

TECNICAS DE PREVENCION

En la lucha contra la droga no es suficiente con aprehender el producto, sino que es preciso reorientar las acciones para conseguir detener el beneficio económico que genera. Deben realizarse, entre otras, una política de control de capitales, inspecciones financieras y análisis de los movimientos económicos, (179).

Independientemente es preciso reducir la producción. En la actualidad la mayor zona de producción de opio se centra en el llamado "Triángulo de Oro", en la frontera entre Birmania y Tailandia. Los principales productores de cocaína son Colombia y Bolivia. En general las zonas de producción asientan en países del tercer mundo con graves dificultades económicas y en muchos casos socio - políticas.

Desde 1971 las Naciones Unidas lleva a cabo programas de ayudas económicas para la reconversión de los cultivos de opio y cocaína a otras sustancias no tóxicas. Aunque se han producido algunos resultados, las dificultades para llevar a cabo esta política son grandes.

En Colombia el sueldo en una plantación de coca suelen ser tres y cuatro veces superior al de un maestro por lo que no es fácil convencer a los agricultores para dejar dicha actividad.

El número de pueblos que viven de la droga es elevado y de nada sirve modificar los cultivos si luego no se buscan

mercados para los nuevos productos. Por otro lado las organizaciones de narcotraficantes tienen suficiente infraestructura y capacidad económica como para controlar estados enteros.

En general se admite que los ejes de la aproximación epidemiológica al fenómeno de la drogadicción son tres: la definición de las características de la población y del nivel de salud, la investigación de los factores de riesgo y la evaluación de las medidas de intervención.

Las medidas adoptadas para prevenir los problemas vinculados con el uso no médico de drogas son también de tres tipos: primarias, secundarias y terciarias.

PREVENCION PRIMARIA:

Las medidas de prevención primaria se agrupan en tres apartados:

A.- Protección de la salud; incluye las medidas que regulan y controlan directamente el uso general de ciertas sustancias. En este apartado se incluyen las restricciones publicitarias de bebidas alcohólicas y tabaco, las medidas restrictivas en la venta, las medidas informativas de los prejuicios de su consumo, etc.

B.- Prevención de la enfermedad; servicios dirigidos a la reducción de enfermedades específicas identificables (p ej. síndrome alcohólico - fetal) usando estrategias derivadas de la investigación de los factores de riesgo y

C.- Promoción de la salud; actividades que aumenten las conductas positivas y prácticas relacionadas con la salud, (180).

En este ámbito de prevención gran parte de los esfuerzos se dirigen a los no consumidores o consumidores ocasionales de drogas. Son medidas encaminadas a evitar la aparición del problema y deben estar dirigidas a descubrir los factores de

REVISION GENERAL

riesgo, mejorar las condiciones de vida y aumentar cualitativamente la información.

Las técnicas habituales incluyen las alternativas al uso de drogas, las actividades comunitarias, la educación de los padres, las medidas encaminadas a la supresión de las drogas, la adecuación de las leyes en vigor, la educación escolar, la educación de la población general, los programas dirigidos a los profesionales, el reemplazo o eliminación de las plantaciones de drogas y la atención en los cuidados primarios de salud, (41).

Las campañas preventivas ideales serían aquellas que actuaran a tres niveles: medio ambiente, personalidad y conducta. Sin embargo, la aplicación práctica se ve limitada por los elevados costes que originan, (181).

La importancia de estas campañas preventivas en los jóvenes no estudiantes ha sido recalcada por Smart (182).

Como indicadores de la eficacia de un programa preventivo se emplean las "técnicas de evaluación de resultados", que estudian las modificaciones observadas en relación con las drogas respecto a las percepciones, actitudes, conocimientos, acciones, consumo de drogas y absentismo y éxito escolar. Estas técnicas son también útiles en la identificación de las mejores estrategias en los diferentes grupos implicados.

La técnica de "valoración de las consecuencias" se aplica a diversos macroindicadores del uso indebido de drogas en la comunidad. A diferencia de otros tipos de evaluación, aplicables a programas determinados, este método mide las repercusiones globales o acumulativas que tienen sobre una comunidad los programas preventivos del uso indebido de drogas. Como posibles indicadores figuran las modificaciones de la incidencia y prevalencia del consumo de drogas, de la mortalidad y morbilidad relacionadas con las mismas, de las tasas de delincuencia juvenil y de los accidentes en relación con las drogas y las modificaciones de las políticas y programas institucionales.

Generalmente la evaluación de los programas de prevención indica que la utilización de varias modalidades es más eficaz que un programa de modalidad única, (6).

REVISION GENERAL

La importancia de los programas de prevención dirigidos a la reducción del riesgo de consumo de drogas respecto a los que intentan la reducción de los consumidores ha sido claramente demostrada por numerosos autores, Yamaguchi (183).

Estudios de este tipo realizados en nuestro país han demostrado su utilidad mediante la mejoría en los conocimientos y actitudes hacia las drogas, (184).

PREVENCION SECUNDARIA

Dirigida a los consumidores no dependientes pero en quienes la dependencia puede aparecer porque la problemática individual o social del sujeto plantea crisis graves que provocan una cronificación del abuso. El tratamiento de estos consumidores es el principal esquema de acción.

Es decir, comprende la identificación de los usuarios con alto riesgo y su rápido tratamiento.

PREVENCION TERCIARIA

Dirigida a los consumidores dependientes. Trata de detener o retrasar los problemas físicos y psíquicos generados por la dependencia. Para ello pone en marcha el ciclo de tratamiento, rehabilitación y reinserción, (185).

La actuación sobre todos los elementos del problema implica el:

- control de las sustancias.
- educación de la población.
- asistencia a los enfermos.
- alternativas de vida que eviten el recurso a mecanismos de evasión a través de las drogas, (186).

Sin embargo, los resultados de algunas campañas de información son controvertidos. Así, Velloso (187), analiza los resultados de las campañas educativas sobre drogas en el Reino Unido concluyendo que ninguno de los tipos de educación

REVISION GENERAL

en relación a las drogas, desarrollados hasta hoy, (enfoque del miedo, objetivo o afectivo), reduce la tasa de experimentación con ellas. Sin embargo, tampoco hay evidencia de que la experimentación se fortalezca por esta educación ya que cada persona puede reaccionar de un modo particular.

En el mismo sentido Sullivan (188), analiza 5 tipos diferentes de modelos de prevención empleados en escuelas públicas de Nueva York basados en diferentes formas y grados de información, en la coerción y en el consejo terapéutico. En sus conclusiones recomienda la realización de un estudio detallado del contexto al que se dirige antes de la aplicación de un modelo concreto.

Las acciones en el campo internacional también han cambiado. Hasta ahora en los encuentros internacionales sobre drogas se proponía el control de los vegetales (coca, opio) de los que se obtienen las drogas de mayor consumo. Las recomendaciones de limitar el cultivo chocaban frecuentemente con los intereses de los agricultores, cuando no, con los propios intereses nacionales. En una de las últimas Convenciones de la Naciones Unidas para cuestiones de drogas, se planteó que los países productores latinoamericanos y asiáticos no pueden producir cocaína y heroína si no obtienen productos químicos que sólo producen los países desarrollados. Así se ha planteado por primera vez que sin el éter, acetona u otros productos químicos fabricados en Europa y los EE.UU., no puede haber cocaína. Por ello se ha decidido la fiscalización de todos estos productos al exportarlos a un país productor.

Otros problemas que aparecen en la realización de programas preventivos son los derivados de la falta de solidaridad en ciertos grupos sociales. En este sentido, Comas (103), señala que la existencia de una delimitación del grupo de dependientes se convierte en una referencia autojustificativa para un cierto porcentaje de ciudadanos no dependientes, para los que el principal problema es el derivado de la inseguridad ciudadana y no los de salud pública, lo que secundariamente conlleva que medidas preventivas que teóricamente apoyan todos los ciudadanos no puedan ser llevadas a la práctica, ya que la condición esencial para desarrollarlas, es decir, la participación ciudadana, no puede ejercitarse ya que la practica totalidad

de la población niega el estar involucrada, identificando la situación únicamente como un problema del grupo de dependientes.

En nuestro país las principales actuaciones preventivas están reunidas en el Plan Nacional sobre la Droga con un presupuesto previsto para 1989 de 250 millones, es decir, 50 más que el año anterior, (83). El Plan, que implica a 8 Ministerios, a todas las Comunidades Autónomas y a cerca de 90 organizaciones no gubernamentales tiene como principal objetivo el área preventiva, (189).

En otro orden de cosas si aceptamos que el tráfico de heroína no puede erradicarse con rapidez ni a un coste razonable debemos plantearnos la posibilidad de la legalización. Entre las ventajas destacan la prevención de actos criminales atribuibles al coste que supone mantener el suministro de la droga, el valor de la utilización alternativa de los recursos actualmente destinados a hacer cumplir la Ley, una reducción sustancial del sector criminal y una disminución de la presión sobre los sistemas legal y penal, (190). Similares consideraciones realiza Szasz (191), ante el coste económico que supone y supondrá en el futuro el SIDA.

La posición contraria es frecuente y con diversidad de fundamentos. Entre ellos destacan la falta de aceptación social por la sociedad occidental del uso de las drogas actualmente ilegales, la ausencia de prescripción social de opioides, la existencia general de una politoxicomanía, la no disminución de la delincuencia en los pacientes tratados con metadona y el uso concomitante de otros narcóticos por estos pacientes, (192).

Por otro lado las campañas informativas dirigidas a ADVP evidencian resultados preocupantes. Los cambios de hábitos tras la realización de una de estas campañas sólo alcanzó el 42 % en la reducción del número de parejas sexuales, el 18 % en el uso de preservativos de forma sistemática y únicamente el 1.5 % dejó de compartir jeringuillas, (193).

Esta circunstancia debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar campañas de información y prevención dirigidas a la población general. La realización de éstas debe constituir un objetivo inmediato y prioritario de las instituciones sanitarias dada la baja penetración de las campañas dirigidas

REVISION GENERAL

a los ADVP.

El tema se complica aún más dadas las especiales características del uso de drogas, con pautas de consumo muy cambiantes. Por ello se recomienda que los centros de rehabilitación y las políticas educativas sean concebidas de manera que tengan en cuenta los diversos tipos de drogas, a fin de poder reaccionar con prontitud ante los cambios que pueden operarse en estas pautas. De igual manera, la educación de los jóvenes no debería concentrarse en una sola droga, sino en los peligros del consumo de drogas en general e inversamente, en los beneficios de una vida sana y honesta, evitando las campañas que se basen exclusivamente en el terror o que únicamente hagan referencia a los daños ocasionados a la salud, (156).

La Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el Problema de las Drogas en el informe de 1986, recomienda las siguientes medidas preventivas en la lucha antidroga:

- realizar la educación sobre el uso indebido de drogas a nivel de escuela primaria, secundaria y en jóvenes de 12 a 16 años que ya no asisten a la escuela;
- continuar los programas en la enseñanza superior;
- realizar formación de padres y profesores;
- incluir el tema de uso indebido de drogas en la enseñanza de la Medicina;
- realizar campañas de información pública y en medios de comunicación con estudio previo de la publicidad ofertada y con mensaje específico, y
- conseguir la participación de la Comunidad en general en la lucha contra las drogas.

Una parte importante de las recomendaciones y acuerdos internacionales suscritos son de lenta y difícil realización y cumplimiento. Otras, sin embargo, han sido llevadas a la práctica, p. ej: Las "Normas para la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotropas. En el marco de los Tratados Internacionales", (194).

Smart (41), lleva a cabo una revisión de los programas de prevención de abuso de drogas realizados en 29 países refiriendo que los tipos de prevención primaria más frecuentes son los basados en las medidas de control, la información

escolar y de la población general y los programas de educación para profesionales. Los programas para la identificación de usuarios con alto riesgo sólo se realizan en 5 de los 29 países estudiados, existiendo en todos ellos programas de prevención terciaria.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA PREVENCIÓN ESPECÍFICA

TABACO

Los programas de prevención están dirigidos a aquellos factores que se han mostrado repetidamente predictivos del uso del tabaco por los adolescentes. Los programas más empleados enseñan a los adolescentes lo siguiente: 1º, ¿por qué la gente de su edad fuma tabaco o usa drogas o alcohol?; 2º, como éstas actitudes se han establecido; 3º, como se resiste a la influencia para fumar, beber o tomar drogas y 4º, las habilidades para contrarrestar las funciones que la droga pudiera desempeñar. (195).

ALCOHOL

Los conocimientos, actitudes y conductas ante el alcohol están significativamente correlacionados en jóvenes estudiantes americanos con dos actitudes claramente diferenciadas: la que cree que el uso de alcohol es aceptable y los que piensan que no lo es. Dado que el consumo elevado de alcohol se encuentra mayoritariamente en el primer grupo, Forney (196), sugiere la realización de campañas educativas formativas de estas actitudes. En el mismo sentido se manifiesta Simpson (197), al hacer hincapié en la importancia de las campañas preventivas dirigidas a los que presentan una mayor vulnerabilidad por sus aspectos psicosociales y estilo de vida.

Para Skirrow (198), los sistemas anteriores deben complementarse con un conjunto de técnicas que integren además los programas en los medios de comunicación de masas, así como

REVISION GENERAL

los programas elementales directos, la acción comunitaria y las actividades educativas a pequeña escala.

COCAINA - HEROINA

Las investigaciones en el campo preventivo son relativamente recientes por lo que aún no pueden extraerse conclusiones de los programas óptimos para una sustancia dada y menos aún para estas drogas. Sin embargo la tendencia actual en los programas preventivos es a realizar campañas dirigidas a los preadolescentes de mayor riesgo, mediante información dirigida a la familia, escuela y medios de masa. Por otro lado, ya que se ha comprobado la importancia del uso previo de marihuana, Brower (199), opina que la prevención del consumo de ésta actuará también previniendo el posterior consumo de otras drogas.

El resumen de las actuaciones a realizar en los futuros programas de lucha contra el tráfico ilegal y consumo de drogas es simplificado por Nahas (200), en dos grandes apartados:

1.- Disminución de la oferta mediante la aplicación de los acuerdos de los Tratados Internacionales y aplicación de las leyes nacionales vigentes y

2.- Reducción de la demanda del mercado de estupefacientes mediante programas de prevención primaria y despistaje y rehabilitación de los drogodependientes.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Sobre la revisión expuesta anteriormente, en la que se pone de manifiesto la importancia de los factores de riesgo de la adicción intravenosa en la obtención de pautas preventivas de intervención temprana, proponemos los siguientes objetivos partiendo de la definición de dos poblaciones de jóvenes varones, que presentarían como principal característica diferencial, la existencia en uno de ellos de Adicción a Drogas por Vía Parenteral. (ADVP).

Definimos así dos grupos de jóvenes varones: el primero formado por adictos a la heroína por vía intravenosa en edad de realizar el Servicio Militar y el segundo por jóvenes varones no adictos a la heroína por vía intravenosa, también en edad de realizar el Servicio Militar.

Sobre estas poblaciones se plantean los siguientes objetivos:

GENERALES

- 1.- Análisis de las principales variables sociales, familiares, laborales y, clínicas.
- 2.- Valoración de la repercusión bioquímica, hematológica e inmunológica derivada de la adicción intravenosa a la heroína.
- 3.- Determinación del perfil diferencial de ambas poblaciones.

OBJETIVOS

ESPECÍFICOS

1.- Valoración de la significación estadística de las distintas variables cuantitativas y cualitativas en ambas poblaciones.

2.- Análisis multifactorial de los parámetros estudiados en la población adicta para diseñar un modelo predictivo de los factores de riesgo en la adicción intravenosa.

DISEÑO

Hemos elegido un diseño de investigación que permita la respuesta a los objetivos formulados.

Se ha realizado como caso - control ya que este diseño tiene la ventaja de permitir el estudio de la multicausalidad de una enfermedad y es también útil en la generación de hipótesis y moderadamente sugestiva en la inferencia causal. Permite igualmente la exploración de varias hipótesis simultáneas y nos facilita determinar la presencia de factores de riesgo al realizar la exploración simultánea de múltiples variables, que podrían estar relacionadas causalmente, según la existencia o no, de asociación significativa con el consumo intravenoso de drogas.

En nuestro caso contábamos con la ventaja adicional de poder soslayar en parte una de las mayores dificultades de estos estudios, el de la constitución de un grupo adecuado de control.

El estudio es pues transversal y retrospectivo. Por la primera condición es útil en el análisis temporal del grupo estudiado, así como en el análisis de su evolución al compararlo con otros trabajos.

El diseño de las diferentes variables para el estudio de las características personales y de tendencia es eminentemente descriptivo.

El número de estudios epidemiológicos en el campo de las drogodependencias es muy elevado. Repetidamente se encuentra una cierta dificultad en soslayar algunos sesgos. Uno muy frecuente es el derivado de que los adictos estudiados han sido accesibles por reclamar o precisar, directa o indirectamente, asistencia médica. El presente trabajo se diferencia de ellos precisamente en este punto.

Estudia al adicto intravenoso que no ha demandado ningún tipo de asistencia o control médico. Es decir, valora al adicto que "está en la calle" y que por ello es difícilmente asequible para su estudio.

Por otra parte, por el enfoque como caso - control, pretende comparar el grupo en estudio con un grupo control

formado por no adictos a la heroína por vía intravenosa, homogéneo al primero en las principales variables (edad, sexo, extracción social).

Pese a ser conscientes de la imposibilidad de generalización de nuestras conclusiones y de no haber podido evitar algunos sesgos, creemos poder aportar algunos conceptos para la mejor comprensión de la enfermedad.

La mayor parte del estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Militar Central "Gómez Ulla". Esto presentaba ciertas ventajas, derivadas fundamentalmente de que este hospital recibe gran número de varones, de la practica totalidad del país, que directa o indirectamente requieren valoración de una posible adicción.

Además ofrecía la posibilidad de poder realizar una valoración diagnóstica y analítica homogénea en ambos grupos.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL Y METODO

El presente estudio incluye dos poblaciones: población en estudio y población control.

1.- POBLACION EN ESTUDIO

Está formada por jóvenes varones adictos a la heroína por vía parenteral en edad de realizar el Servicio Militar.

Es decir, esta constituida por varones con edades comprendidas entre los 16 y los 25 años, que han sido llamados para la realización del Servicio Militar y que fueron diagnosticados de dependencia a opiáceos mediante valoración psiquiátrica, siguiendo los criterios de la A.P.A., (15), en el Hospital Militar Central "Gómez Ulla", donde ingresaron para la valoración de la misma ante la alegación o sospecha.

Del total de pacientes con este diagnóstico seleccionamos aquellos que referían emplear habitualmente la vía intravenosa para la administración de la heroína. Esta circunstancia fue posteriormente verificada en la exploración física por la presencia de cordones venosos fibrosados y señales de venopunción múltiple.

A partir de este grupo y mediante tabla de números aleatorios obtuvimos los 275 adictos a la heroína por vía intravenosa, que constituyen el grupo en estudio.

Todos los adictos estudiados cumplían los criterios de inclusión en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Sexo varón.
- Edad comprendida entre los 16 y los 25 años.
- Tiempo de incorporación al Servicio Militar inferior a

MATERIAL Y METODO

- 5 días.
- Ausencia de demanda médica de cualquier tipo en el momento del estudio.
 - Diagnóstico psiquiátrico de dependencia o abuso de opiáceos.
 - Aceptación voluntaria de su inclusión en el estudio.

Consideramos criterios de exclusión:

- Dependencia de opiáceos como droga alternativa o secundaria.
- Presencia concomitante de patología psiquiátrica grave o somática aguda.

De los 275 seleccionados originalmente, la muestra se redujo a 247 por los siguientes motivos:

En 12 casos al no llegar a completarse el 50 % de las pruebas de laboratorio, en 9 por presentar sintomatología importante de síndrome de abstinencia lo que imposibilitó la colaboración en el estudio y en otros 7 por solicitar el alta hospitalaria antes de poder finalizar el protocolo.

2.- POBLACION CONTROL.

Este grupo estaba formado originalmente por 275 integrantes, obtenidos en el mismo periodo de tiempo y de los mismos reemplazos que el grupo en estudio, representando por tanto, una población homogénea a la primera en las principales variables estudiadas.

Dentro de la Región Militar Centro, (Madrid), se eligieron aleatoriamente tres Centros para llevar a cabo la selección de esta muestra. Los integrantes de la misma fueron estudiados en sus respectivas Unidades en los cinco primeros días desde su incorporación al Servicio Militar.

El único criterio de exclusión para este grupo fue la

MATERIAL Y METODO

presencia de patología psiquiátrica o somática aguda en el momento del estudio.

Los 275 integrantes se vieron reducidos a 228 por los siguientes motivos: en 24 casos por un fallo en la cadena de frío durante el transporte de las muestras, o por un estado final de las mismas sin garantías de fiabilidad, (hemólisis). En 16 casos no se pudo alcanzar el 50 % de las determinaciones analíticas, y finalmente en otros 7 la entrevista no pudo realizarse por causas ajenas a su voluntad.

3.-RECOGIDA DE DATOS (SISTEMATICA DE TRABAJO)

Como hemos señalado el estudio se ha realizado en el H.M.C. "Gómez Ulla" y en tres Unidades de la Región Militar Centro.

En el grupo de adictos la sistemática ha sido la siguiente:

Previamente a la selección de los integrantes y coincidente con el ingreso en Planta del paciente, se recogía una muestra de orina para la determinación de drogas de abuso y se les asignaba un número que en adelante sería la única identificación. Posteriormente eran valorados por dos psiquiatras y un psicólogo clínico que emitían el correspondiente informe, a partir del cual seleccionamos los adictos a la heroína por vía parenteral.

En éstos realizamos una selección aleatoria que nos dio los integrantes finales de este grupo.

Todos ellos fueron informados de la finalidad del estudio y de la reserva de los datos que aportaran. Requisito indispensable para la inclusión fue la aceptación voluntaria.

La recogida de datos se realizó directamente del paciente en una o dos entrevistas clínicas estructuradas practicadas por el doctorando.

La duración aproximada de cada una osciló de 65 a 115 minutos. Cada paciente fue entrevistado de forma independiente y reservada. En cada caso, la forma, no el fondo de la

entrevista, era adaptada particularmente al nivel cultural del paciente.

En general, las condiciones ambientales fueron favorables. No existió en ningún caso límite alguno de tiempo. Si el estado del paciente lo aconsejaba parte del cuestionario era realizado en una segunda entrevista. A continuación realizamos la exploración física y extracción sanguínea. Los resultados de la determinación de drogas de abuso en orina eran obtenidos de la historia psiquiátrica del paciente.

En el grupo control aplicamos la misma sistemática que en el grupo estudio. Es decir, la selección de los integrantes de este grupo se realizó igualmente mediante tabla de números aleatorios. La entrevista fue igualmente individual y reservada y tras completar el cuestionario realizamos la exploración física y extracción sanguínea.

En este grupo la muestra de orina para la determinación de drogas de abuso fue obtenida al mismo tiempo que la extracción sanguínea.

4.- MATERIAL

En la realización del estudio diferenciamos dos partes:

- A.- Cuestionario.
- B.- Exploración física y determinaciones analíticas.

A.- Cuestionario. Para el estudio de los dos grupos utilizamos un instrumento común; un cuestionario basado en el Obiols (201), y modificado en base a la experiencia de trabajos anteriores, Jiménez (202).

En lo posible seguimos las recomendaciones de Rexed (194), en relación a los aspectos que deben incluirse en este tipo de estudio, las de Dembo (203), relativas al estudio de los factores de riesgo y las de Einstein (204), para el estudio del entorno familiar.

La práctica totalidad de las variables incluidas en el

estudio son de tipo cerrado.

El cuestionario que se presenta en la página 102, recoge 196 variables estructuradas en los siguientes apartados:

1.- Datos de identificación.

Incluye las preguntas relativas a edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación actual, categoría profesional, aspectos económicos, integración grupal, antecedentes policiales y judiciales, creencias religiosas, actividades de tiempo libre, proyectos y aspiraciones.

2.- Datos familiares.

Engloba los aspectos relativos a la estructura familiar, ingresos económicos, estudios de los miembros familiares y antecedentes psiquiátricos y de consumo de drogas.

3.- Datos relativos a la sexualidad.

Reúne las variables relacionadas con la edad de inicio de las prácticas sexuales y el tipo de relación sexual.

4.- Datos del consumo de drogas.

Incluye el tipo de droga consumida, la edad de inicio al consumo y la frecuencia del consumo, la vía de administración y los hábitos higiénicos, con especial referencia al consumo de heroína.

5.- Antecedentes patológicos.

Reúne las variables relativas a los antecedentes patológicos con especial hincapié en las enfermedades infecciosas.

A continuación detallamos los criterios seguidos en la cuantificación de algunas de las variables estudiadas.

MATERIAL Y METODO

- Graduación de las bebidas alcohólicas:

Hemos considerado como valores medios de alcohol para cada grupo de bebidas los siguientes:

- Cerveza	4.5 %
- Vino	11.5 %
- Destilados	40.0 %
- Whisky	42.0 %

- La valoración del consumo diario medio de alcohol se ha realizado para cada grupo de bebidas en g/ alcohol/ día, a partir de los datos de consumo de las dos últimas semanas.

- En la valoración de las sustancias empleadas para disolver la heroína hemos empleado la siguiente equivalencia:

$$1 \text{ gota disolvente} = 0.033 \text{ cm}^3$$

- Para la cantidad total de heroína y disolvente administrada en cada dosis, la equivalencia ha sido:

$$5 \text{ divisiones de centímetro (jeringuilla)} = 0.125 \text{ cm}^3$$

B.- Exploración física y determinaciones analíticas. La segunda parte del estudio incluye la exploración física y el estudio de la repercusión bioquímica, hematológica e inmunológica del consumo intravenoso de heroína.

La exploración física valora la presencia de hepatomegalia, esplenomegalia y adenopatías en dos o más cadenas ganglionares excluyendo las inguinales.

Los parámetros analíticos se recogen al final del cuestionario, agrupados en tres apartados: hematológicos, bioquímicos e inmunológicos.

MATERIAL Y METODO

Los parámetros hematológicos se han determinado mediante sistema **TECHNICON H - 6000 DIAGNOSTIC**, de **TECHNICON**, calibrándose al menos una vez diariamente. Como sistema alternativo se ha empleado el **COULTER COUNTER MODEL S - PLUS**, de **ELECTRONICS INC. FLORIDA USA**.

Los valores de referencia son:

G.R.	4.5 - 5.5	($\times 10^{12}/l$)
HB	12 - 17	(g/dl)
HTCO	40 - 50	%
V.C.M.	80 - 94	f1.
H.C.M.	27 - 32	pg.
Plaquetas	150 - 400	/ $\times 10^9/l$
V.S.G.	3 - 9	mm/h
Leucocitos	5.000 - 10.000	/ $\times 10^9/l$
Linfocitos	25 - 35	%
Neutrófilos	55 - 65	%
Basófilos	0 - 2	%
Eosinófilos	0.5 - 4	%

La determinación de los factores de coagulación: Tiempo de Protombina (TP), Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado (TTPA), y Tiempo de Trombina (TT), se han realizado mediante sistema **THROMBOCOUNTER- C. (IZASA)**. Como sistema alternativo se ha empleado el sistema **FP - 910 COAGULATION ANALYZER. (LABSYSTEMS)**.

Los valores de referencia son:

T.T.P.A.	- 4	+ 6	(seg. respecto al control)
T. Protombina	75 %	110 %	
T. Trombina	- 2	+ 6	(seg. respecto al control)

MATERIAL Y METODO

La determinación de los parámetros bioquímicos se ha realizado mediante espectrofotometría, en sistema TECHNICON SMAC II SYSTEM, de TECHNICON ESPAÑA, con reactivos de la misma casa comercial. Los parámetros estudiados han sido los siguientes:

- Albúmina
- Bilirrubina
- Colesterol
- CPK
- Glucosa
- GGT
- GOT
- GPT
- LDH
- Proteínas totales
- Triglicéridos

Los márgenes de referencia son los siguientes:

ALBUMINA	40	52	g/l
BILIRRUBINA TOTAL	0.2	1.2	mg/dl
COLESTEROL	130	250	mg/dl
CPK	0	150	U/l
GLUCOSA	75	115	mg/dl
GGT	0	45	U/l
GOT	10	40	U/l
GPT	10	45	U/l
LDH	90	230	U/l
PROTEINAS TOTALES	62	80	g/l
TRIGLICERIDOS	40	160	mg/dl

Las determinaciones inmunológicas se han realizado mediante técnica nefelométrica en sistema BECKMAN ICS ANALYZER, con reactivos, calibradores y antisueros de la misma casa. Se han incluido:

MATERIAL Y METODO

- C-4
- C-3
- Ig A
- Ig G
- Ig M

con valores de referencia de:

Ig G ...	931- 1171	mg/ %	(1051 ± 60)
Ig A ...	141- 181	mg/ %	(161 ± 10)
Ig M ...	97- 145	mg/ %	(121 ± 12)
C- 3 ...	111- 163	mg/ %	(137 ± 13)
C- 4 ...	30.1- 45.5	mg/ %	(35.9 ± 2.8)

Los marcadores de hepatitis se han determinado por radioinmunoanálisis mediante MULTI-CRYSTAL CAAMARA COUNTER, de BERTHOLD LB 2103, estudiando los siguientes:

- HBs Ag
- HBs Ac
- HBc Ac
- HBc Ac Ig M
- HBe Ag
- HBe Ac
- HVA Ig M
- Delta

Los anticuerpos anti - VIH se han determinado mediante inmunoanálisis enzimático, (ELISA), en ELISA PROCESSOR II de BEHRING. Se han empleado cuatro controles negativos y dos positivos para cada serie de determinaciones.

La confirmación se ha realizado mediante inmunoelectrotransferencia, "western blot", del INSTITUTE PASTEUR, Paris.

MATERIAL Y METODO

Por último, la determinación de drogas de abuso en orina se ha realizado mediante enzimoimmunoensayo tipo EMIT en sistema: SYVA ETS AUTOMATED URINE TOXICOLOGY ANALYZER, con reactivos de la misma casa comercial.

El análisis incluye en todos los casos la determinación de las siguientes sustancias:

- Opiáceos.
- Barbitúricos.
- Anfetaminas.
- Cannábicos.
- Cocaína.
- Benzodiacepinas.

COMPUESTOS DETECTADOS SEGUN LOS DIFERENTES GRUPOS

La positividad en algunos de estos grupos viene determinada por la detección de alguna de las siguientes sustancias:

1.-OPIACEOS.

- Morfina
- Morfina- glucuronido
- Codeína
- Monometil-morfina

* OTROS OPIACEOS

- Metadona
- Dextropropoxifeno

La Buprenorfina solo es detectable por R.I.A.

2.-BARBITURICOS.

- Secobarbital.
- Fenobarbital.

3.- ANFETAMINAS.

- Anfetamina
- Fenilpropanolamida

4.-CANNABIOIDES.

- Conjunto de metabolitos
- Metabolito ácido

5.-COCAINA.

- Benzoiil-ecgonina
- Ecgonina-metil-ester

6.-BENZODIACEPINAS.

- Nordiazepan
- Oxacepan
- 7-amino-flunitrazepan
- Triazolam

OTROS PRODUCTOS DETECTADOS

En el grupo de opiáceos pueden originar positividad los siguientes productos:

- Codeína
- Hydromorphona
- Levorphanol
- Oxycodona.

Para los otros grupos investigados no existen sustancias empleadas en terapéutica que puedan originar positivities.

ANALISIS DE DATOS

La estadística descriptiva, analítica y multivariante se ha realizado mediante la siguiente metodología:

1.- Diccionario: con las definiciones de los ficheros creados, mostrando las abreviaturas con que se representa cada una de las variables del estudio.

2.- Distribución de frecuencias: de los caracteres cualitativos, con las frecuencias absolutas y porcentajes por categorías.

3.- Estadística básica: de variables cuantitativas, calculando la media aritmética, desviación típica, error estándar de la media, tamaño, mínimo, máximo, rango y coeficiente de variación.

4.- Test de normalidad: ajuste de Kolmogorov - Smirnov a Gaus, para muestras pequeñas.

5.- Comparaciones de medias: t de Student para comparaciones de dos variables cuantitativas.

6.- Análisis de la varianza: para comparaciones de medias en bloque.

7.- Comparaciones de porcentajes: para comparar parejas de porcentajes.

8.- Test de asociación: (chi cuadrado) para relacionar variables cualitativas.

9.- Coeficientes de correlación: para relacionar variables cuantitativas.

En todas las pruebas analíticas se buscó la significación $p < 0.05$, es decir, la seguridad del 95 %.



10.- Analisis multivariante.

Para la inclusión en los modelos matemáticos se seleccionaron aquellas variables que mostraron un elevado poder discriminativo.

Se realizaron tres agrupaciones de variables:

- la primera incluye las variables relativas al entorno social, económico, familiar y escolar.
- la segunda agrupa las variables relativas al consumo de drogas.
- la tercera engloba las variables hematológicas, inmunológicas y bioquímicas.

En cada grupo se aplicaron técnicas de análisis discriminante y regresión logística.

El análisis estadístico se ha desarrollado utilizando ordenadores personales IBM - AT, y el programa de investigación biomédica SIGMA, siguiendo la metodología del Prof. Carrasco de la Peña.

FIABILIDAD DE LOS DATOS APORTADOS POR LOS ADICTOS

La fiabilidad de los datos aportados por los adictos es un dato que ha preocupado a la mayoría de los autores: Benson (205), Magura (206).

Smart (182), en su revisión sobre población norteamericana, encuentra una alta fiabilidad en los datos de consumo de drogas legales e inferior en el caso de las ilegales. En su opinión, habría una tendencia a la disminución en la cantidad de droga o frecuencia de uso, pero nunca en sentido inverso.

Magura (206), sin embargo, encuentra una falta de autenticidad en los datos del consumo de opiáceos, aunque no para las otras drogas, ajustándose más a los resultados de la determinación de tóxicos urinarios los obtenidos en las entrevistas.

Para Barnea (207), la fiabilidad de los datos de consumo de drogas es alta en su estudio sobre población estudiantil.

Magura destaca igualmente que el grado de fiabilidad puede variar por numerosas circunstancias como la edad del adicto, el nivel socioeconómico, el seguir o no tratamiento específico para la adicción, etc.

La opinión más generalizada es que considerados globalmente la fiabilidad tanto de los cuestionarios autoaplicados como de los datos de consumos de drogas es elevada, (207).

En nuestro estudio consideramos adecuada la fiabilidad de los datos aportados por los propios adictos en relación al consumo de drogas.

En general, no se ha observado disparidad importante entre las drogas que manifestaron consumir, el tiempo transcurrido desde la última administración y los resultados de los análisis de laboratorio.

Para el grupo en estudio los datos aportados por nuestros pacientes se contrastaron con los recogidos en sus historiales clínicos y siempre que fue posible con los aportados por los familiares y amigos.

CUESTIONARIO

- .-Nº CODIGO.-
.-FECHA.-
.-Nº REEMPLAZO
- 1.-GRUPO 1. ESTUDIO 2. CONTROL
2.-DIAS DE S. M. REALIZADOS.
3.-EDAD.
4.-LUGAR RESIDENCIA. 1.RUR AISL-ALDEA 2. -10.000 3.10-100
4.100-500 5. +500 6.SIN RES. FIJA.
7.PERIFERICO,+ DE 500.
5.-AUTONOMIA. 1.GALIC. 2.ASTUR. 3.P.VASCO 4.CANTAB.
5.ARAGON. 6.CATAL.7.CAST-LEON. 8.MADRID.
9.RIOJA 10.CAST-MANCHA. 11. C. VALENC.
12.EXTREM. 13.MURC. 14.ANDAL. 15.BALEAR.
16. CANARIAS. 17.CEUTA-MELILLA
18. C.F.NAVARRA.
6.-CAMBIOS RESIDENCIA 12 ULTIMOS AÑOS. 1.NO 2.P--C. 3.C--P.
4.P-C---EXT 5.EXTR--P/C. 6.C--C. 7.4+5. 8.COMB DE 2 A 6.
7.-INFANCIA CON 1.PADRES 2.MADRE. 3.PADRE. 4.FAMILIA
5.OTROS. (ADOP-INST.)
8.-N. FUGAS DOMICILIO
9.-EDAD EMANCIPACION.
10-NIVEL ESTUDIOS.1.NULO 2.EGB PARCIAL. 3.EGB-FP1. 4.BUP-
FP2 5.UNIV.
11.-ADAPTACION ESCOLAR. 1.BUENA 2.NORMAL 3.MALA 4.NO
ESCUELA
12.-INTEGRACION EN UN GRUPO. 1.NO 2.SI ANTES 3.SI AHORA
4.ANTES Y AHORA
13.-HAY DROGADICCION EN EL GRUPO. 1.NO 2.HACHIS 3.COCA.
4.HERO 5.MEDICAMENTOS 6.INHAL 7.1+5
8.COMBIN DE 2.+ 2 DE ANTERIORES. 9.NO PROCEDE.
14.-OFERTA DE DROGAS. 1.NO 2.POCAS 3.MUCHAS
15.-EDAD INICIO SEXUALIDAD.
16.-REL HETEROS. 1.NO 2.1 PERSONA. 3.1 PER,OCAS + 1 PERS.

MATERIAL Y METODO

4. EN GRUPO FRTE.

- 17.-EDAD COMIENZO HETERO.
 18.-N. PAREJAS PREVIAS DURANTE 3 ó MAS MESES SEGUIDOS.
 19.-RELACIONES HOMO. 1.NO 2.SI 3.NC
 20.-EDAD COMIENZO HOMO.
 21.-N. PAREJAS HOMO.
 22.-TIPO BASICO ACTUAL. 1.NINGUNA 2.HETERO 3.HOMO
 4.AUTO 5. 2+3. 6. 2+5
 23.-CONTACTO CON PROSTITUTAS CON ... AÑOS.
 24.-ESTADO CIVIL. 1. S. 2. C. 3. P.
 25.-N. HIJOS.
 26.-TIENE PAREJA ACTMENTE. 1.NO 2.SI
 27.-ALCOHOL PAREJA GR/DIA.
 28.-CONSUMO DROGAS PAREJA. 1.NO 2.HACH 3.COCA 4.HERO
 5.MEDICAMENTOS. 6.2+3/4. 7.2+3+4+5. 8.OTRAS. 9. NO PROC.
 29.-TIEMPO AÑOS.
 30.-EDAD 1. TRABAJO.
 31.-N. CAMBIOS DE TRABAJO.
 32.-CAMBIOS DE TRABAJO POR: 1.INIC PROPIA. 2.DESP. 3.FIN
 TR. 4. 1+3 5. 2+3 6.NO PROC. 7.1+2+3 8.NO CAMBIOS
 33.-NIVEL MAX ALCANZADO. 1.PEON 2.TRAB CUAL. 3.PROF MED-SUP
 4.NO PROC
 34.-SIT. LAB. ACTUAL. 1.CON TRAB. 2.P.CON 3.P. SIN 4.EST.
 5. OTROS.
 35.-QUE IMPORTANCIA LE DA AL HECHO DE ESTAR EN PARO.
 1. POCA. 2.ALGUNA. 3.MUCHA.
 36.-ESTA SATISFECHO CON TRABAJO QUE REALIZA. 1.MUCHO
 2.BASTANTE 3.REGULAR 4.NADA 5.NO PROCEDE.
 37.-CON QUIEN VIVE. 1.PADRES 2. MADRE 3.PADRE 4. SOLO
 5. AMIGOS 6. INSTITUCIONES 7.CASA ALQUILER 8. OTROS
 38.-TIENE RELACION CON LA FAMILIA. 1. NO 2. SI
 39.-PADRE. 1.VIVE 2.FALLECIDO 3.SEPAR. 4.NS.
 40.-MADRE. 1:VIVE 2.FALLECIDA 3.SEPAR. 4.NS.
 41.-VIVEN JUNTOS. 1.NO 2.SI 3.NS.
 42.-NIVEL ECONOM. NUCLEO FAMILIAR ACTUAL (MILES/MES).
 43.-NQ DE HERMANOS.

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

	EGB PARC.	EGB-FP1.	BUP-FP2.	UNIV.	NO P.	NS.	BAJ.EDAD	NUL
44.-PADRE. 1	2	3	4	5	6			8
45.-MADRE. 1	2	3	4	5	6			8
46.-HNOS. 1	2	3	4	5	6	7		8

MATERIAL Y METODO

47.-HNAS. 1 2 3 4 5 6 7 8

NIVEL PROFESIONAL.

	PEON.	TR.	CUALIF	SUP.	EST.	LAB.	NO P.	NS.	JUB-FA	NING
48.-PADRES.	1		2	3	4	5	6	7	8	9
49.-HNOS.	1		2	3	4	5	6	7	8	9
50.-HNAS.	1		2	3	4	5	6	7	8	9

ANTECEDENTES FAMILIARES.

51.-PADRE....ALCOHOL.	1.NO	2.SI	3.NS/NC	4.NO PROC
52.-PADRE....DROGAS.	1	2	3	4
53.-PADRE....TTO.-PSIQ.	1	2	3	4
54.-MADRE....ALC-DROG.	1	2	3	4
55.-MADRE....TTO.-PSIQ.	1	2	3	4
56.-HNOS....ALCOHOL.	1	2	3	4
57.-HNOS....DROGAS.	1	2	3	4
58.-HNOS....TTO.-PSIQ.	1	2	3	4

RELACION CON MIEMBROS FAMILIARES

59.-PADRE-PAC.	1.MB	2.B	3.R	4.M	5.MM	6.NP
60.-MADRE-PAC.	1	2	3	4	5	6
61.-HNOS-PAC.	1	2	3	4	5	6

62.-DROGA LEGAL INICIAL 1.TABACO 2.ALCOHOL. 3.FARMACOS.
4.AMBAS 5.NO PROCEDE.

63.-DROGA ILEGAL INICIAL. 1.HACH 2.COCA. 3.HERO 4.OTRAS
5. NO PROCEDE.

64.-VIA 1. DROGA. ILEGAL 1.ORAL 2.NAS-INH. 3.IV 4.OTRAS
5. NO PROC.

65.-PRIMERO FUE: 1.LEGAL 2.ILEGAL 3.AMBAS 4.NO PROCEDE

66.-INICIO POR. 1.CURIO-NOVEDAD 2.NUEVAS SENS- PLACER -
ANIMARSE 3.IMIT AMBIENTE. 4.MARGINACION 5.PROB PERS.
6. 1 + 2 7.OTRAS 8.NO PROCEDE

67.-INFLUYO EN COMIENZO. 1.HERM. 2.AMIG-AMBIENTE 3.LIDER
4.OTROS 5. NADIE

68.-TABACO/CIGARRILLOS/DIA

69.-EDAD DE COMIENZO.

70.-PREFIERE MARCA. 1.MARLBORO 2.FORTUNA 3.WINSTON

MATERIAL Y METODO

4. OTROS RUBIOS 5. DUCADOS
6. OTROS NEGROS 7. NO PROCEDE

- 71.-ALCOHOL. 1.NO 2.OCASIONAL 3. SEMANAL 4.DIARIO
72.-EDAD DE INICIO.
- CONSUMOS ULTIMO MES
- 73.-CERVEZA GR/DIA.
74.-VINO GR/DIA.
75.-DESTILADOS GR/DIA.
76.-CONS/DIAR-MED/GR ALCOHOL.(ULTIMO MES).
77.-HACHIS. 1.NO 2. SOLO UNAS VECES 3.OCASIONAL 4. 1 -
2 SEMANA 5. 1-2 DIA 6. > 2 DIA
78.-EDAD DE INICIO.
79.-CONS/DIAR/MEDIO.(ULTIMO MES)
80.-ANTECEDENTES CONSUMO INHALANTES
1. NO 2. OCASIONAL 3. SEMANAL - DIARIO
81.-INHALANTES. CONSUMO ULTIMO MES
1. NO 2. SI
82.-HEROINA. 1. NO 2. SOLO UNA-DOS VECES 3.OCASIONAL
4. HABITUAL
83.-INICIO POR. 1. CURIOSIDAD 2. NUEVAS SENSAC - PLACER
3.IMITACION 4. 1+3 5. PROBLEMAS PERSONALES
6. OTRAS
84.-TIEMPO DE CONSUMO
85.-CONS/DIAR-MED/MG./ULTIMO MES
86.-NUMERO DE PICOS/DIA
87.-FORMA COMIENZO HEROINA. 1.FUMADA 2.SNIFADA 3.IV 4.NO
PROCEDE
88.-CANTIDAD INICIAL DE HEROINA.
89.-N. PROVEEDORES HEROINA.
90.-GUARDA JERINGAS DESPUES DE 1 DOSIS. 1.CASI SPRE.
2.A VECES 3.CASI NUNCA 4.NO PROCEDE
91.-N. MEDIO DE DOSIS CON UNA JERINGA.
92.-TIPO DE JERINGA 1.INS NORMAL 2.INS. AMERIC. 3.AMBAS
4.NO PROC.
93.-COMPORTE JERINGAS Y/O AGUJAS. 1.CASI SPRE 2.A VECES
3. NUNCA 4.NO PROC.
94.-PRESTA JERINGAS-AGUJAS. 1.CASI SPRE 2. A VECES
3. NUNCA 4.NO PROCEDE.
95.-DISOLVENTE HABITUAL. 1.AG GRIFO 2. AG. DESTIL
3.LIMON. 4.AG. GRIFO + LIMON
96.-DISOLVENTE OCASIONAL

MATERIAL Y METODO

- 97.-CANTIDAD DISOLVENTE A. _____ Cm ³
 98.-CANTIDAD DISOLVENTE B. _____ Cm ³
 99.-REALIZA BOMBEO 1.NO 2.SI 3.NO PROCEDE.
 100.-FILTRA CON: 1.NO 2.TELA-ALGODON
 3.FILTRO CIGARRILLO. 4. NO PROCEDE.
 101.-HABITUALMENTE ADMINISTRACION. 1.INDIV 2.COLECTIVA
 3.MIXTA 4.NO PROC.
 102.-SI NO TIENE HEROINA Y PUEDE ELEGIR ALGUN FARMACO,PREFIERE
 1. (TILITRATE-SOSEGON) 2. METADONA 3. ANFETAMINAS
 4.FLUNITRAZEPAM 5.OTRAS BENZODIAZ. 6.OTROS
 7.NINGUNO. 8.NO PROCEDE
 103.-VIA DE ADMINISTRACION DEL FARMACO. 1.ORAL 2.IV 3.NO PROC
 104.-COCAINA. 1. NO 2. 1 - 2 VECES 3. OCASIONAL
 4. SEMANAL 5. DIARIO
 105.-TIEMPO DE CONSUMO.
 106.-CONS/DIAR-MED/MG/ULTIMO MES.
 107.-VIA DE ADMINISTRACION. 1.NASAL 2.IV 3.AMBAS
 4. NO PROCEDE
 108.-CONSUMO DE PSICOFARMACOS 1.NO 2. ANFETAMINAS
 3. BENZODIACEPINAS 4. AMBAS.
 109.-NR DE MESES DESDE PRIMER CONTACTO.
 110.-CONSUMO PSICOFARMACOS ULTIMO MES. 1. NO 2.ANFETAMINAS
 3. BENZODIACEPINAS 4. AMBAS
 111.-ANTECEDENTES DE CONSUMO DE LSD
 1. NO 2. SI
 112.-TIEMPO DESDE EL PRIMER CONTACTO.
 113.-CONSUMO ULTIMO MES 1.NO 2.SI
 114.-ANTECEDENTES CONSUMO OTRAS DROGAS 1.NO 2.SI
 115.-DROGA CONSUMIDA
 116.-CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN EL ULTIMO MES
 DROGA CONSUMIDA
 117.-GASTO MEDIO-DIA DROGAS NO LEGALES ULTIMO MES
 118.-GASTO MEDIO-DIA DROGAS LEGALES ULTIMO MES
 119.-COMPARTE CUCHILLA AFEITAR. 1.FREC. 2.A VECES 3.NUNCA
 4.NO USA
 120.-COMPARTE CEPILLO DIENTES. 1.FREC 2.A VECES 3.NUNCA
 4. NO USA
 121.-HA FACILITADO DROGA A.
 122.-CONOCIA LOS PELIGROS DE LAS DROGAS. 1.NO 2.SI
 3. NC 4.NO PROC. 5.ALGUNOS
 123.-SI HUBIERA ESTADO MAS INFORMADO CREE QUE LE HUBIERA
 SERVIDO.
 1.NO 2.SI 3.NS 4.NO PROCEDE.

MATERIAL Y METODO

- 124.-QUE PIENSA DE LA SOCIEDAD ACTUAL. 1.INJUSTA
2.BASTANTE INJUSTA 3. REGULAR 4.ACEPTABLE
5. MUJ BUENA.
- 125.-CREE QUE PUEDE MEJORAR ECONOMICAMENTE EN EL FUTURO
1.NADA 2.POCO 3.REGULAR 4.BASTANTE 5.MUCHO
- 126.-CREE QUE SI NO USARA DROGAS TENDRIA MAS O MENOS AMIGOS
1.+ 2.- 3.= 4. NO PROC.
- 127.-CREE QUE PIENSA COMO LA MAYORIA DE SU EDAD.
1.NO 2.SI 3.NS/NC
- 128.-SE CONSIDERA. 1. ATEO 2.INDIFERENTE 3.CATOLICO NO
PRACTICANTE. 4.CAT. PRACTICANTE. 5.NS/NC.
- 129.-A QUIEN CONFIA SUS PROBLEMAS. 1.NADIE 2.PADRE.
3.MADRE. 4.HERMANOS. 5.AMIGOS. 6.PAREJA 7.OTROS
- 130.-PRACTICA AFICIONES. 1. MUCHO 2. REGULAR 3.MUY POCO.
4. NADA
- 131.- PARTICIPA EN ACTIVIDADES CON AMIGOS.
1. MUCHO 2.REGULAR. 3.POCO.
- 132.-TIENE ALGUN PROYECTO PARA EL FUTURO. 1. NO 2. SI
- 133.-ANTECEDENTES POLICIALES PREVIOS A LA DROGADICCION
1.NO 2.SI 3.NO PROCEDE.
- 134.-ANTECEDENTES POLICIALES 1.NO 2.SI
- 135.-PROBLEMAS JUDICIALES 1.NO 2.SI
- 136.-PRISION NQ DE VECES
- 137.-PARTO NORMAL. 1.NO 2.SI 3.NS.
- 138.-ANT. DE ENURESIS HASTA AÑO.
- 139.-ANT.ENF HEMAT. 1.NO 2.COAG 3.LEU.4.HEM 5.NS/NC
- 140.-ANT. E.T.S. 1.NO 2.GONOCOCIA. 3.SIFILIS 4. 2+3
- 141.-HA PADECIDO HEPATITIS HACE ____ MESES.
- 142.-PESO DIFERENCIA +/- ULTIMOS 3 MESES.
- 143.-ANT. OTRAS ENFERM. 1.NO 2.TTO PSIQ. 3.S.NERV.
4.PULM. 5.CARD. 6.DIGEST. 7.OSEA-MUSC. 8.RENAL
9.DERMAT. 10.OFTALMOL 11.O.R.L. 12.INFECC.
13.ACCIDENTES 14.QCA 15.HERIDAS 16.ACCID-TRAFICO.
- 144.-N. TATUAJES.
- 145.-EDAD REALIZACION DEL PRIMERO.
- 146.-EDAD REALIZACION DEL ULTIMO.
- 147.-EXPL. FISICA. 1.HEPATOMEGALIA 2.ESPLENOMEGALIA.
3.ADENOPATIAS. 4. 1+2 5.1+3 6.2+3 7. TODAS 8.NINGUNA

MATERIAL Y METODO

- 148.-HA DEJADO ALGUNA DROGA DURANTE TRES O MAS MESES SEGUIDOS.
1.NO 2.HEROINA 3.COCAINA 4.HACHIS
5.TOD/ALG Y HA VUELTO 6.NO PROCEDE
- 149.-NO TTOS DESHABITUACION.
- 150.-NO ASISTENCIAS HOSPITALARIAS RELACIONADAS CON LA DROGADICCION.
- 151.-CAUSA. 1.NO ASIST. 2.S.ABS. 3.DESHAB. 4.SOBREDOS.
5.HEPATOP. 6. ESTUDIO 7 C. INFEC. 8. OTRAS
- 152.-HA PENSADO ALGUNA VEZ SUICIDARSE. 1.NO PENSAR
2.SI PENSAR,NO INTENTAR. 3.SI PENSAR, SI INTENTAR.
- 153.-N. DE AUTOLESIONES.
- 154.-QUE PREFIERE HABITUALMENTE PARA COMER.
1. CARNES-PESCADOS. 2. DULCES-ZUMOS-BOLLOS 3.VARIABLE
- 155.-HEMATIES
- 156.-HEMOGLOBINA
- 157.-HEMATOCRITO
- 158.-VCM.
- 159.-HCM.
- 160.-PLAQUETAS
- 161.-VSG.
- 162.-LEUCOCITOS
- 163.-NEUTROFILOS
- 164.-LINFOCITOS
- 165.-MONOCITOS
- 166.-EOSINOFILOS
- 167.-BASOFILOS
- 168.-PROTEINAS TOTALES
- 169.-ALBUMINA
- 170.-COLESTEROL
- 171.-TRIGLICERIDOS
- 172.-CPK.
- 173.-GLUCOSA
- 174.-BILIRRUBINA
- 175.-GGT.
- 176.-GOT.
- 177.-GPT.
- 178.-LDH.
- 179.-C-3
- 180.-C-4
- 181.-IG A.

MATERIAL Y METODO

182.-IG G.

183.-IG M.

184.-HVA Ig M 1. - 2. +

185.-HBS-AG. 1. - 2. +

186.-HBS-AC. 1. - 2. +

187.-HBE-AG. 1. - 2. +

188.-HBE-AC. 1. - 2. +

189.-HBC-AC. 1. - 2. +

190.-HBCaCig M 1. - 2. +

191.-DELTA. 1. - 2. +

192.-V. I. H. 1. - 2. +

193.-T. T. P. A.

194.-T. PROTOMBINA.

195.-T. TROMBINA.

196.-TOXICOS ORINA. 1.NEGATIVO 2.CANN. 3.COCA. 4.BENZO.

5.BARB. 6.ANFET. 7.OPIAC. 8. 2+7 9. 2 + 4

10. OTRAS + A 2 DROGAS 11. POSITIVO A 3 0 + DROGAS

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES Y SOCIODEMOGRAFICAS

GRUPO .-

Los 475 sujetos estudiados se reparten en 247 integrantes del grupo en estudio, Adictos a Drogas (heroína) por Vía Parenteral. (ADVP), que representan el 52 % del total y 228 pertenecientes al grupo control, que forman el 48 % restante.

DIAS DE SERVICIO MILITAR .-

El número de días de Servicio Militar realizados con anterioridad al estudio es de 2.69 en el grupo en estudio y de 2.02 días en el grupo control con una desviación típica de 1.8 días en el primer caso y 2.5 en el segundo.

Esta diferencia no alcanza significación estadística. (NS).

REEMPLAZO .-

Se incluyó esta variable para poder estudiar la homogeneidad de ambos grupos dado que la incorporación al Servicio Militar se realiza en 9 reemplazos a lo largo del año y algunos puede presentar un nivel de estudios diferente. En el grupo en estudio la media es de 3.6 ± 3.3 , frente a 4.2 ± 3.6 en el grupo control no alcanzándose significación estadística.

RESULTADOS

EDAD.-

La edad media para el grupo estudio es de 19.03 ± 1.23 años y de 18.77 ± 0.78 años en el grupo control. Es de destacar la pequeña desviación en ambos casos. Aunque la media en el primer grupo es algo mas elevada que en el segundo, esta diferencia no llega a alcanzar significación estadística.

ESTADO CIVIL.-

No hemos encontrado separados, divorciados o viudos en ninguno de los dos grupos.

El estado civil más frecuente es el de soltero que alcanza a más de las dos terceras partes del primer grupo (80.5 %), y a la practica totalidad del segundo, (95.1 %), ($p < 0.001$).

Los casados suponen el 4.1 % del grupo estudio y el 2.8 % del grupo control, (NS) mientras que el vivir con pareja de forma no legalizada alcanza el 15.5 % del primer grupo y únicamente el 2.1 % del segundo, ($p < 0.001$).

En el grupo estudio encontramos una relación estadísticamente significativa, ($p < 0.001$), entre la edad y el estado civil. Así, la edad media en cada subgrupo es progresivamente superior. En nuestros adictos los resultados obtenidos son los siguientes, (Tabla 2 - 1).

TABLA 2 - 1 EDAD Y ESTADO CIVIL

	<u>EDAD</u>
SOLTEROS	18.7 ± 1.2
CON PAREJA	19.6 ± 1.5
CASADOS	20.4 ± 1.8

RESULTADOS

NUMERO DE HIJOS.-

La media de hijos en el grupo estudio se sitúa en 0.20 ± 0.46 , con un máximo de 3. En el grupo control es de 0.01 ± 0.11 , con un máximo de 1 hijo.

En el primer grupo la edad media de los que tienen hijos es de 20.2 ± 1.7 años, descendiendo a 19.5 ± 1.2 años en los que no tienen. ($p < 0.05$).

Encontramos una significativa correlación entre la presencia de hijos y los consumos de heroína más elevados. ($p < 0.01$).

LUGAR DE RESIDENCIA.-

Los residentes en ciudades de menos de 10.000 habitantes constituyen el 5.2 % en el grupo estudio y el 22.9 % en el grupo control. Los residentes en ciudades de 10.000 a 100.000 habitantes suponen el 17.0 % en el primer caso y el 25.5 % en el segundo. La distribución para el intervalo de ciudades de 100.000 a 500.000 es del 17.0 % y del 8.7 % respectivamente. Para las de más de 500.000 habitantes alcanza el 45.8 % en el primer grupo y el 27.5 % en el segundo. La residencia en la periferia de estas ciudades es prácticamente igual en ambos casos: 14.6 % y 15.4 % respectivamente. La falta de residencia fija no ha sido referida en ningún caso del grupo control y en un único caso, (0.4 %), en el grupo estudio.

Llama la atención la gran diferencia para el intervalo de 100.000 a 500.000 y para el de más de 500.000 habitantes. En conjunto suponen el 62.8 % en el grupo estudio frente al 36.2 % en el grupo control.

Esta diferente distribución alcanza una significación de ($p < 0.005$).

AUTONOMIA DE ORIGEN.-

Ninguno de los estudiados residía en la Comunidad Balear, Canarias, Ceuta o Melilla.

La distribución para las restantes autonomías es la siguiente. (Tabla 2 - 2).

TABLA 2 - 2. AUTONOMIA DE ORIGEN

<u>AUTONOMIA</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
GALICIA	6.6 %	5.3 %
ASTURIAS	0.9 %	1.3 %
P. VASCO	10.5 %	8.0 %
CANTABRIA	0.4 %	1.3 %
ARAGON	2.2 %	3.3 %
CATALUNA	12.7 %	14.4 %
CASTILLA-LEON	5.9 %	6.7 %
MADRID	29.5 %	22.8 %
RIOJA	0.4 %	1.3 %
CAST-LA MANCHA	4.0 %	6.7 %
C. VALENCIANA	6.3 %	8.0 %
EXTREMADURA	1.8 %	2.6 %
MURCIA	1.3 %	1.3 %
ANDALUCIA	14.5 %	15.5 %
NAVARRA	2.2 %	0.6 %

Como podemos ver, en el grupo estudio las autonomías con mayor representación son las de Madrid, Andalucía y Cataluña al igual que sucede en el grupo control. Las menos representadas son también, en ambos casos, La Rioja, Cantabria y Asturias.

RESULTADOS

CAMBIOS DE RESIDENCIA.-

No han realizado ningún cambio de residencia el 85.0 % de los integrantes del primer grupo y el 85.1 % de los del segundo.

Han cambiado la residencia de pueblo a ciudad el 2.3 % en el grupo estudio y el 2.0 % en el grupo control. Los cambios en sentido opuesto, es decir, de ciudad a pueblo suponen el 0.9 % y el 4.0 % respectivamente. Las restantes variaciones de residencia, incluyendo la residencia en el extranjero y los cambios de ciudad a ciudad, representan el 11.9 % en el grupo estudio y el 9.0 % en el grupo control. (NS).

NUCLEO FAMILIAR DURANTE LA INFANCIA.-

Vivieron con ambos progenitores durante la infancia el 82.3 % del grupo estudio y el 91.3 % del grupo control. Esta diferencia es significativa estadísticamente, ($p < 0.01$). La ausencia paterna en este periodo ha sido recogida en el 9.1 % de los integrantes del primer grupo y en el 2.7 % del segundo, alcanzándose una significación estadística de ($p < 0.01$).

Ningún caso del grupo estudio ni del control ha manifestado vivir únicamente con el padre. Formaron el núcleo familiar durante la infancia miembros familiares de segundo grado en el 7.3 % del grupo estudio y en el 5.4 % del grupo control. Consideran que no existió ningún núcleo el 1.4 % del primer grupo y el 0.7 % del segundo.

FUGAS DEL DOMICILIO FAMILIAR.-

La media de fugas del domicilio familiar en el grupo estudio es de 2.80 ± 4.57 , frente a las 0.19 ± 0.9 del grupo control, lo que alcanza una elevada significación, ($p < 0.0001$).

El elevado consumo de hachís se correlaciona en el grupo de adictos con un número de fugas también más elevado como

RESULTADOS

vemos seguidamente. (Tabla 2 - 3).

TABLA 2 - 3. FUGAS Y CONSUMO DE HEROINA

<u>NUMERO DE FUGAS</u>	<u>CONSUMO DIARIO MEDIO DE HEROINA</u>
1	1.8 ± 2.7
2	2.6 ± 4.0
> 2	3.1 ± 4.6

Obtenemos una discreta correlación positiva entre el número de fugas y la cantidad de heroína consumida. ($p < 0.01$).

EMANCIPACION.-

El 22.3 % del grupo estudiado refiere vivir independientemente del núcleo familiar frente al 2.7 % del grupo control. Esta diferencia alcanza una elevada significación, ($p < 0.001$).

La edad media de emancipación en el primer grupo es de 17.95 ± 2.31 años, mientras que en el segundo es algo superior, 18.43 ± 1.90 años, ($p < 0.0001$).

No hemos encontrado relación entre la edad en el momento de realizar el estudio y la edad de emancipación.

ESCOLARIZACION.-

El nivel de estudios es nulo en el 3.2 % del grupo estudio y en el 1.3 % del control.

Comenzaron EGB pero no lo han finalizado el 56.4 % de los integrantes del primer grupo y el 28.2 % de los del segundo.

Finalizaron EGB el 33.6 % del grupo estudio y el 35.6 % del control. En conjunto no rebasan el nivel de estudios

RESULTADOS

básicos el 93.2 % de los integrantes del primer grupo y el 65.1 % del segundo.

Han cursado BUP el 5.5 % de los integrantes del primer grupo y el 26.8 % de los del segundo. Por último, los estudios universitarios sólo han sido realizados por el 1.4 % en el primer caso y el 8.1 % en el segundo. Estas diferencias son estadísticamente significativas, ($p < 0.001$).

En el grupo estudio no hemos encontrado relación alguna entre la edad y el nivel de estudios, ni entre éste y el consumo de heroína.

ADAPTACION ESCOLAR -

La valoración de la adaptación escolar es calificada de "buena" por el 9.1 % de los integrantes del grupo ADVP y por el 33.6 % de los del control. De "normal" por el 18.7 % del primer grupo y el 30.2 % del segundo. La calificación de "mala" alcanza el 69.9 % del primero y el 35.6 % del segundo. Estas diferencias son altamente significativas. ($p < 0.001$).

La adaptación escolar es progresivamente peor en el primer grupo a medida que aumenta el consumo de hachís, ($p < 0.01$). Igual correlación aparece en relación al consumo de heroína. (Tabla 2 - 4).

TABLA 2 - 4. ADAPTACION ESCOLAR Y CONSUMO DE HEROINA

<u>ADAPTACION</u>	<u>MG DE HEROINA</u>
BUENA	311 ± 362
NORMAL	295 ± 169
MALA	335 ± 264
NO ESCUELA	620 ± 490

($p < 0.01$)

RESULTADOS

INTEGRACION GRUPAL.-

La falta de integración en pandillas alcanza el 7.3 % del primer grupo y el 4.0 % del segundo. Refieren haber pertenecido con anterioridad a alguna de ellas el 32.9 % y el 16.8 % respectivamente. La integración en los dos últimos años, pero no anteriormente, es manifestada por el 2.3 % de los integrantes del primer grupo y el 3.4 % de los del segundo. La integración anterior y actual alcanza el 57.5 % y el 75.8 % respectivamente. Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

No hemos encontrado relación significativa entre el nivel de integración grupal y los consumos de alcohol, hachís o heroína.

ACTIVIDAD GRUPAL

La participación en el momento actual en actividades comunes con los amigos es la siguiente. (Tabla 2 - 5).

TABLA 2 - 5. PARTICIPACION EN ACTIVIDADES CON LOS AMIGOS

<u>GRUPO</u>	<u>FRECUENTE</u>	<u>A VECES</u>	<u>CASI NUNCA</u>
ADVP	2.3 %	8.2 %	89.5 %
CONTROL	34.9 %	20.1 %	45.0 %

Llama la atención el elevado porcentaje de ADVP que no realiza ningún tipo de actividad grupal, prácticamente el 90 %, mientras que en el grupo control la proporción desciende justo a la mitad, 45 %. Estas diferencias alcanzan una elevada significación, ($p < 0.001$).

Por otro lado hemos de destacar que la mayor o menor actividad grupal es independiente de la edad del sujeto y en

RESULTADOS

el grupo de ADVP, independiente también del mayor o menor consumo de heroína.

DROGADICCIÓN EN EL GRUPO.-

El consumo de drogas ilegales en el grupo de amigos es referida por el 92 % de los integrantes del grupo estudio frente al 35 % en el grupo control. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

Las combinaciones de 2 o más drogas son referidas por el 85 % de los integrantes del grupo estudio y el 10 % del grupo control. En el primer grupo en orden decreciente de consumo se sitúa la heroína con un 3 % y el hachís, la cocaína y los psicofármacos, con un porcentaje cercano al 2 %.

En el grupo control la droga más consumida es el hachís con un 72 %. Le siguen los psicofármacos con un 8 % y con un pequeño porcentaje la cocaína y la heroína.

OFERTA DE DROGAS ILEGALES

Encontramos una significativa diferencia en relación a la oferta de drogas ilegales. El 94.8 % del grupo estudio manifiesta que se les ofreció algún tipo de droga. En el grupo control el porcentaje desciende al 79.4 %. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ($p < 0.001$). Los residentes en ciudades de más de 500.000 habitantes son los que han recibido un mayor número de ofertas, ($p < 0.001$).

RESULTADOS

EDAD DE INICIO DE LA SEXUALIDAD --

La edad media al inicio de las prácticas sexuales es de 11.95 ± 1.8 años en el grupo estudio frente a los 13.27 ± 2.0 años del grupo control. Esta diferencia es altamente significativa, ($p < 0.001$).

RELACIONES HETEROSEXUALES --

Manifiestan no haber tenido relaciones heterosexuales completas el 8.2 % de los integrantes del grupo estudio y el 42.6 % de los del grupo control, ($p < 0.001$). Han mantenido relaciones completas con una persona el 78.2 % del primer grupo y el 56.8 % del segundo, ($p < 0.001$). Han sido ocasionalmente grupales o con más de una mujer en el 12.7 % y 0.9 % respectivamente para el primer grupo y en el 0.7 % y 0.0 % para el segundo, ($p < 0.001$).

EDAD DE COMIENZO DE LAS RELACIONES HETEROSEXUALES --

La edad media en el momento de la primera relación heterosexual es de 15.32 ± 1.7 años en el grupo estudio y de 16.38 ± 1.1 en el grupo control. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ($p < 0.001$).

En el grupo estudio se aprecia una clara correlación positiva entre la edad de comienzo de la sexualidad y la edad de comienzo de las relaciones heterosexuales, ($p < 0.001$).

RELACIONES HOMOSEXUALES --

No encontramos diferencias significativas en las relaciones homosexuales de los integrantes de nuestros grupos. Aunque estas relaciones son más frecuentes en el grupo

RESULTADOS

estudio, 2.1 %, también aparecen en el grupo control, 1.4 %.

La edad de comienzo en el primer grupo es de 15.2 ± 1.1 años y de 16.0 ± 0.8 años en el segundo. La media de parejas homosexuales referidas es de 4.2 ± 2.9 y 3.5 ± 3.7 respectivamente, ($p < 0.05$).

TIPO DE RELACION SEXUAL EN EL MOMENTO ACTUAL.-

No encontramos diferencias significativas para las relaciones homosexuales en el momento actual. Estas son referidas por el 1.9 % de los integrantes del primer grupo y por el 1.4 % de los del segundo.

Tampoco en las relaciones bisexuales y heterosexuales encontramos diferencias significativas. Las primeras son las predominantes en el 2.3 % del primer grupo y en el 0.7 % del segundo. Las segundas alcanzan el 34.2 % en el primero y el 44.3 % en el segundo.

Por el contrario sí aparecen diferencias significativas en los siguientes casos:

- La ausencia de cualquier tipo de relación sexual y de masturbación alcanza el 33 % del primer grupo frente a únicamente 3.3 % del segundo, ($p < 0.001$).

- La ausencia de relaciones sexuales con presencia de masturbación aparece en el 7.7 % del grupo estudio, frente al 39.6 % del grupo control, ($p < 0.001$).

- La existencia de un patrón mixto de masturbación y relaciones heterosexuales es el predominante en el 22.8 % del primer grupo, y en el 12.7 % del segundo.

- Por último resaltar que los que no refieren ninguna actividad sexual son los que presentan un consumo de heroína más elevado, ($p < 0.005$).

RESULTADOS

CONTACTOS SEXUALES CON PROSTITUTAS.-

El 60.9 % del grupo estudio manifiesta haber mantenido relaciones con prostitutas frente al 18.1 % del grupo control. Para el primer grupo la edad en el primer contacto es de 15.25 ± 1.6 años y en el segundo de 16.2 ± 0.9 años, ($p < 0.01$).

Estos resultados alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

En el grupo estudio encontramos una correlación entre la edad y la relación con prostitutas. La edad media de los que refieren estos contactos es de 19.7 ± 1.4 años, algo superior a los 19.4 ± 1.1 años de los que no los refieren. ($p < 0.01$).

RELACIONES CON CHICAS.-

El número de chicas con las que los integrantes del grupo estudio han mantenido una relación continuada durante al menos dos meses es superior al del grupo control. En el primer caso la media es de 1.14 ± 1.2 chicas mientras que en el segundo es de 0.85 ± 0.8 chicas, ($p < 0.05$).

Sin embargo, y en contra de lo esperado, no apreciamos diferencias significativas entre este número y la edad en el momento de realizar el estudio.

Por otra parte, hemos investigado el número de parejas en el grupo ADVP en relación a la positividad de los Ac anti - VIH, encontrando los siguientes resultados. (Tabla 2 - 6).

TABLA 2 - 6. AC. ANTI - VIH Y N° DE PAREJAS.

<u>AC ANTI VIH</u>	<u>N° DE PAREJAS</u>
POSITIVOS	0.9 ± 1.1
NEGATIVOS	1.3 ± 1.3

Es decir, el número de parejas sexuales no parece haber influido en la posterior aparición de anticuerpos anti - VIH.

RESULTADOS

PAREJA EN EL MOMENTO ACTUAL.-

La existencia de "novia" o "pareja" en la actualidad es muy similar en los dos grupos. El 52.1 % del primero manifiestan tener novia en el momento actual frente al 50.6 % del segundo, (NS).

En el caso de que la respuesta a la pregunta anterior fuese afirmativa valoramos para dicha pareja el consumo actual de alcohol. La media se sitúa en 30.88 ± 36.9 gr/alcohol/ día para las parejas del grupo estudio, y en 13.10 ± 28.5 gr/alcohol/ día para las del grupo control. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

En estos casos valoramos también el consumo de drogas ilegales obteniendo los siguientes resultados.

De los 128 casos con pareja en el grupo estudio, consumen habitualmente alguna droga el 60 % frente a sólo el 7.6 % de los 113 casos con pareja del grupo control, ($p < 0.001$). Las drogas empleadas son las siguientes. (Tabla 2 - 6).

TABLA 2 - 6. PAREJAS ADVP. DROGAS CONSUMIDAS

<u>GRUPO</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
HACHIS	55.5 %	80.2 %
COCAINA	1.5 %	0.0 %
HEROINA	1.5 %	0.0 %
PSICOFARM	1.5 %	0.0 %
VARIAS	20.0 %	0.0 %
TODAS	18.5 %	19.7 %
OTRAS	1.5 %	0.0 %

Esta diferente distribución alcanza una significación de ($p < 0.001$).

El tiempo medio transcurrido desde el primer contacto con la droga hasta el momento del estudio es de 25.2 ± 22.8 meses para las parejas del grupo estudio y de 21.6 ± 25.2 meses para las del grupo control, (NS).

TRABAJO.-

EDAD AL COMENZAR EL PRIMER TRABAJO.-

- Refieren haber trabajado en alguna ocasión el 97 % de los integrantes del grupo estudio y el 83 % de los del grupo control, ($p < 0.05$).

- La edad media al realizar el primer trabajo es de 14.7 ± 2.2 años en el primer grupo y de 15.1 ± 1.9 años en el segundo, ($p < 0.05$).

CAMBIOS DE TRABAJO.-

Encontramos diferencias significativas en la estabilidad en el puesto de trabajo. Así, la media de cambios de trabajos es de 3.2 ± 3.7 en el primer grupo y de 1.6 ± 2.7 en el segundo, ($p < 0.001$).

Las causas de estos cambios son diferentes en cada grupo. En el primero son más frecuentes por "finalización del trabajo" 23 %, "iniciativa propia" 18 % y por "ambas causas" 31 %. Le siguen el "despido" en el 18 % y las "combinaciones de más de una" en el 10 %.

En el grupo control los motivos aducidos son los siguientes: "finalización del trabajo" 59 %, por "iniciativa propia" 18%, por "despido" 7 %, y por "combinaciones de más de una causa" 16 %. Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.005$).

RESULTADOS

CATEGORIA LABORAL.-

El nivel laboral alcanzado es claramente superior en el grupo control.

Los trabajos no cualificados son más frecuentes en el grupo estudio, (80 %), seguidos por los cualificados que suponen el 15 %. El nivel superior solo es alcanzado por el 0.7 %.

En el grupo control refieren trabajos no cualificados el 52 %, cualificados el 31 % y de nivel superior el 2.1 %, ($p < 0.001$).

SITUACION LABORAL ACTUAL

Tienen trabajo en el momento actual el 37.9 % del grupo estudio y el 57 % del grupo control. Están parados y cobran el subsidio de desempleo el 8.2 % del primer grupo y el 2.7 % del segundo. No tienen trabajo y no cobran subsidio el 52.5 % del grupo estudio y el 14.8 % del grupo control. Están estudiando el 1.4 % y el 25.5 % respectivamente. La significación alcanzada es elevada: ($p < 0.005$).

En los parados el consumo de heroína es significativamente superior con una media de 363 ± 318 mg/día, mientras que en los que trabajan es de 331 ± 267 mg/día, ($p < 0.05$).

SATISFACCION EN EL TRABAJO ACTUAL.-

El grado de satisfacción con el trabajo realizado en el momento actual es el siguiente. (Tabla 2 - 7).

RESULTADOS

TABLA 2 - 7. SATISFACCION CON EL TRABAJO

<u>GRUPO</u>	<u>ELEVADO</u>	<u>BASTANTE</u>	<u>ESCASO</u>	<u>NINGUNO</u>
ESTUDIO	2.3 %	12.5 %	30.8 %	54.2 %
CONTROL	23.4 %	40.6 %	26.5 %	6.2 %

Como podemos observar, las diferencias son notables alcanzando una significación de ($p < 0.001$).

La circunstancia de encontrarse en paro es valorada de forma diferente en cada grupo. (Tabla 2 - 8).

TABLA 2 - 8. VALORACION DEL PARO

<u>GRUPO</u>	<u>POCA</u>	<u>ALGUNA</u>	<u>MUCHA</u>
ESTUDIO	7.4 %	60.7 %	32.0 %
CONTROL	2.7 %	24.8 %	72.5 %

El grupo estudio le otorga una importancia en general menor que el grupo control, sobre todo al considerarla de "gran importancia". Esta diferente valoración alcanza una significación de ($p < 0.001$). No encontramos, sin embargo, relación alguna en el grupo ADVP entre la importancia asignada y la edad o el consumo de heroína.

POSIBILIDAD DE MEJORIA ECONOMICA.-

Las expectativas de mejoría económica a corto o medio plazo recogidas en cada grupo son las siguientes. (Tabla 2 - 9).

RESULTADOS

TABLA 2 - 9. POSIBILIDAD DE MEJORIA ECONOMICA

<u>GRUPO</u>	<u>NINGUNA</u>	<u>POCA</u>	<u>REGULAR</u>	<u>BASTANTE</u>	<u>ELEVADA</u>
ESTUDIO	22.6 %	42.0 %	24.1 %	8.5 %	2.8 %
CONTROL	7.4 %	18.1 %	32.9 %	36.2 %	5.4 %

Estas diferentes expectativas alcanzan una significación estadística de ($p < 0.005$).

Encontramos una relación significativa entre el consumo de heroína y la valoración de las expectativas de mejoría económica. Los consumos más elevados, (480 mg de media), son más frecuentes en los que consideran que las expectativas de mejoría son escasas o nulas, ($p < 0.01$).

CONCEPTUACION DE LA SOCIEDAD.-

La valoración que cada grupo realiza de la sociedad actual es la siguiente, (Tabla 2 - 10).

TABLA 2 - 10. CONCEPTUACION DE LA SOCIEDAD

<u>GRUPO</u>	<u>MUY INJUSTA</u>	<u>INJUSTA</u>	<u>REGULAR</u>	<u>ACEPTABLE</u>	<u>MUY BUENA</u>
ESTUDIO	57.3 %	24.9 %	14.1 %	3.8 %	0.0 %
CONTROL	42.3 %	18.1 %	26.8 %	11.4 %	1.3 %

La significación alcanzada es de ($p < 0.01$).

ENTORNO Y ESTRUCTURA FAMILIAR.-

RELACION CON LA FAMILIA

En el momento actual mantienen relación con la familia de origen la practica totalidad de los integrantes de ambos grupos, como podemos ver a continuación. (Tabla 2 - 11).

TABLA 2 - 11. RELACION CON LA FAMILIA.

	<u>GRUPO</u>	
<u>RELACION</u>	<u>ADVP</u>	<u>CONTROL</u>
SI	89 %	95 %
NO	10 %	5 %
(p<0.05).		

CONVIVENCIA

La gran mayoría de los integrantes de ambos grupos conviven en la actualidad con sus padres. En el grupo estudio el segundo lugar está ocupado por los amigos y por las instituciones en el grupo control. (Tabla 2 - 12).

TABLA 2 - 12. CONVIVENCIA ACTUAL

	<u>GRUPO</u>	
	<u>ADVP</u>	<u>CONTROL</u>
PADRES	77 %	89 %
MADRE	4 %	0 %
SOLO	5 %	0 %
INSTITUCIONES	0 %	8 %
MUJER	2 %	0.5 %
AMIGOS	12 %	1 %

RESULTADOS

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.05$).

En la actualidad el padre vive en el 80.9 % de los casos del grupo estudio y en el 96 % del grupo control. Han fallecido en el 13.2 % del primer grupo y en el 2.7 % del segundo. Se separaron en el 5.5 % del primero y en el 1.3 % del segundo, ($p < 0.001$).

La situación actual de la madre es muy similar en los dos grupos. Viven en el 96.8 % y 99.3 % respectivamente. Han fallecido en el 2.3 % y 0.5 % y se han separado en el 0.9 % y 0.2 % respectivamente. (No significativo).

INGRESOS ECONOMICOS FAMILIARES.-

La media de ingresos por unidad familiar y mes es de 106.000 ± 78.000 ptas en el grupo estudio y de 154.000 ± 121.000 en el grupo control. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.005$).

NUMERO DE HERMANOS.-

La media de hermanos en el grupo estudio es de 3.8 ± 2.3. En el grupo control sólo alcanza los 2.5 ± 1.5 hermanos. Esta diferencia es significativa estadísticamente. ($p < 0.005$).

ESTUDIOS DE LA UNIDAD FAMILIAR.-

ESTUDIOS DEL PADRE.-

1.- GRUPO ESTUDIO.-

El nivel de estudios paternos en el grupo estudio es el siguiente:

- Nulo en el 19.2 %.
- No han finalizado EGB o equivalente el 46.1 %.
- Finalizaron EGB o similar o Formación Profesional 1º el 6.8 %.
- Alcanzan BUP o similar o Formación Profesional 2º el 6.4 %.
- Son universitarios el 8.2 %.
- No saben o no procede en el 13.3 %.

2.-GRUPO CONTROL.-

Los resultados en el grupo control son los siguientes:

- Nulo en el 12.8 %
- No han finalizado EGB o equivalente el 59.7 %
- Finalizaron EGB o similar o Formación Profesional 1º el 12.8 %.
- Alcanzan BUP o similar o Formación Profesional 2º el 6.7 %.
- Son universitarios el 4.7 %.
- No saben o no procede en el 3.4 %.

Las diferencias entre ambos grupos alcanzan una significación de $(p < 0.001)$.

ESTUDIOS DE LA MADRE.-

1.-GRUPO ESTUDIO.-

El nivel de estudios maternos en el grupo estudio es el siguiente:

- Nulo en el 39.5 %.
- No han finalizado EGB o equivalente el 46.8 %, porcentaje muy similar al de los padres.
- Finalizaron EGB o similar o Formación Profesional de 1º el 5.5 %.
- Han alcanzado BUP o Formación Profesional de 2º el 2.7 %, porcentaje notablemente inferior al de los padres.
- Son universitarias el 1.4 %, porcentaje también notablemente inferior.
- No saben o no procede en el 4.1 %.

2.-GRUPO CONTROL.-

Los resultados en el grupo control son los siguientes:

- Es nulo en el 20.8 %, porcentaje notablemente inferior al de las madres del grupo estudio.
- No han finalizado EGB o equivalente el 59.1 %.
- Finalizaron EGB o similar o Formación Profesional 1º el 14.1 %.
- Alcanzan BUP o similar o Formación Profesional 2º el 3.4 %.
- Son universitarias el 2.0 %.
- No saben o no procede en el 0.7 %.

Las diferencias entre ambos grupos alcanzan una significación de ($p < 0.01$).

RESULTADOS

ESTUDIOS DE LOS HERMANOS.-

1.-GRUPO ESTUDIO.-

Los resultados obtenidos en el grupo estudio son los siguientes:

- No están aún en edad de estudiar el 3.2 %.
- Es nulo en el 4.5 %.
- No han finalizado EGB el 26.8 %.
- Finalizaron EGB o Formación Profesional 1º el 32.3 %.
- Alcanzan BUP o Formación Profesional 2º el 10.0 %.
- Son universitarios el 5.9 %.
- No lo saben, o no procede en el 17.3 %.

2.- GRUPO CONTROL.-

Los resultados en el grupo control son los siguientes:

- No están en edad de estudiar el 5.4 %.
- Es nulo en el 0.7 %, porcentaje significativamente inferior al grupo estudio.
- No han finalizado EGB el 28.9 %.
- Finalizaron EGB o Formación Profesional 1º el 28.9 %.
- Alcanzan BUP o Formación Profesional 2º el 20.1 %.
- Son universitarios el 6.0 %.
- No lo saben o no procede en el 0.7 %, porcentaje muy inferior al del primer grupo.

La significación estadística alcanzada es de ($p < 0.05$).

ESTUDIOS DE LOS HERMANAS.-

1.-GRUPO ESTUDIO.-

Los resultados obtenidos en el grupo estudio son los siguientes:

RESULTADOS

- No están aún en edad de estudiar el 2.3 %.
- Es nulo en el 2.7 %.
- No han finalizado EGB el 22.4 %.
- Finalizaron EGB o Formación Profesional 1º el 28.3 %.
- Alcanzan BUP o Formación Profesional 2º el 16.0 %.
- Son universitarias el 8.2 %.
- No saben o no procede en el 20.1 %.

2.- GRUPO CONTROL.-

Los resultados en el grupo control son los siguientes:

- No están aún en edad de estudiar el 5.4 %.
- Es nulo en el 0.7 %.
- No han finalizado EGB el 8.1 %. Porcentaje bastante inferior al primer grupo.
- Finalizaron EGB o Formación Profesional 1º el 28.9 %.
- Alcanzan BUP o Formación Profesional 2º el 25.5 %, porcentaje netamente superior al grupo estudio.
- Son universitarias el 11.4 %.
- No saben o no procede en el 20.1 %.

La significación estadística alcanzada es de $(p < 0.01)$.

NIVEL PROFESIONAL DE LOS INTEGRANTES DEL NUCLEO FAMILIAR.-

PADRE.

1.- GRUPO ESTUDIO

El nivel profesional del padre en el grupo estudio es el siguiente:

- Los parados y jubilados suponen el 20 % del total; 10.9 % y 9.1 % respectivamente.
- Trabajan como personal no cualificado el 31.9 %.
- En trabajos cualificados se encuentra el 28.6 %.

RESULTADOS

- La categoría profesional superior solo es alcanzada por el 8.6 %.

2.- GRUPO CONTROL.

En el grupo control los resultados obtenidos son los siguientes:

- Los parados y jubilados suponen el 16.1 % del total; 7.4 % y 8.7 % respectivamente.
- Trabajan como personal no cualificado el 32.9 %.
- En trabajos cualificados se encuentra el 42.3 %.
- La categoría profesional superior es alcanzada por el 6.2 %.

La significación estadística alcanzada es de ($p < 0.001$).

HERMANOS.

1.- GRUPO ESTUDIO

La categoría laboral alcanzada en este grupo es la siguiente:

- Estudian el 15.9 %.
- Los parados representan el 19.5 %.
- Trabajan como personal no cualificado el 30.0 %.
- En trabajos cualificados se encuentra el 14.1 %.
- La categoría profesional superior solo es alcanzada en el 2.7 %.

2.- GRUPO CONTROL.

Los resultados en este grupo son los siguientes:

- Están estudiando el 28.2 %. Porcentaje cercano al doble del grupo en estudio.

RESULTADOS

- Los parados representan el 7.4 %, porcentaje muy inferior al del grupo en estudio.
- Trabajan como personal no cualificado el 20.1 %.
- En trabajos cualificados se encuentra el 13.4 %.
- La categoría profesional superior es alcanzada por el 1.3 %.

Las diferencias entre ambos grupos alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

HERMANAS.

1.- GRUPO ESTUDIO

La categoría laboral alcanzada en este grupo es la siguiente:

- No estudian ni trabajan por propia voluntad el 36.8 %.
- Están estudiando el 17.3 %, porcentaje discretamente superior al de los varones.
- En paro se encuentra el 4.5 %.
- Trabajan como personal no cualificado el 12.3 %, porcentaje notablemente inferior a los varones.
- En trabajos cualificados se encuentra el 5.9 %.
- La categoría profesional superior solo es alcanzada por el 2.3 %.

2.- GRUPO CONTROL.

Los resultados en este grupo son los siguientes:

- No estudian ni trabajan por propia voluntad el 22.1 %, porcentaje notablemente inferior al primer grupo.
- Están estudiando el 41.6 %, porcentaje cercano al doble del grupo estudio.
- Las paradas suponen el 1.3 % del total.
- Trabajan como personal no cualificado el 8.1 %.

RESULTADOS

- En trabajos cualificados se encuentra el 2.7 %, porcentaje claramente inferior al grupo estudio.
- La categoría profesional superior es alcanzada por el 2.7 %.

Las diferencias entre ambos grupos alcanzan una significación de ($p < 0.005$).

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE DROGAS

1.- ALCOHOL

PADRE

Refieren problemas con el alcohol por parte del padre el 44.1 % del grupo estudio y el 10.1 % del grupo control, lo que origina una clara significación, ($p < 0.001$).

Encontramos un consumo de heroína significativamente superior en los que refieren problemas paternos con la bebida. En estos la media diaria de heroína alcanza los 386 ± 313 mg, mientras que en los que no refieren estos antecedentes es de 291 ± 208 mg, ($p < 0.01$).

MADRE

El porcentaje de madres con problemas con la bebida es muy similar: 2.3 % en el primer grupo y 1.7 % en el segundo, lo que no alcanza significación estadística.

RESULTADOS

HERMANOS

El 21.9 % de los integrantes del grupo estudio y el 4 % de los del grupo control manifiesta que alguno de los hermanos ha tenido problemas con el alcohol, ($p < 0.001$).

2.-OTRAS DROGAS.

PADRE.-

Más de las tres cuartas partes de la población estudiada, (78 %), no refiere antecedentes paternos de consumo de drogas. Este porcentaje se eleva al 96 % en el grupo control, lo que está en el límite de la significación estadística.

Sin embargo, encontramos un consumo de heroína claramente superior en los que refieren estos antecedentes: 537 ± 476 mg/día, mientras que en los que no los refieren es de 329 ± 259 mg/día, ($p < 0.005$).

MADRE.-

La practica totalidad de los integrantes de ambos grupos no refiere consumo materno de otras drogas. Este antecedente aparece únicamente en el 2.3 % del grupo estudio y en el 0.7 % del grupo control. No significativo.

HERMANOS.-

En este caso si aparecen importantes diferencias. En el primer grupo manifiestan tener hermanos con problemas con las drogas el 21.9 %, porcentaje que disminuye al 4 % en el grupo control, ($p < 0.001$).

RESULTADOS

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES

PADRE

Encontramos una importante diferencia en los antecedentes de enfermedad psiquiátrica paterna. En el primer grupo alcanza el 11.2 % frente al 3.7 % del segundo, ($p < 0.001$).

MADRE

En este caso las diferencias son aún mayores. Manifiestan antecedentes de enfermedad mental materna el 27.0 % del grupo estudio frente al 10.3 % del grupo control, ($p < 0.001$).

HERMANOS

Al igual que con la madre, también en este caso aparecen importantes diferencias. El 4.1 % del grupo estudio tiene algún hermano con enfermedad psiquiátrica. En el grupo control este porcentaje es del 0.7 %, ($p < 0.001$).

El resumen de los antecedentes psiquiátricos familiares en cada grupo es el siguiente. (Tabla 2 - 13).

TABLA 2 - 13. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES

	<u>GRUPO</u>	
	<u>ADVP</u>	<u>CONTROL</u>
<u>PADRE</u>	11.2 %	3.7 %
<u>MADRE</u>	17.0 %	10.3 %
<u>HERMANOS</u>	3.1 %	0.7 %

RELACION CON LA FAMILIA.RELACION CON EL PADRE.

La calidad de la relación padre - hijo en cada grupo es la mostrada en la siguiente tabla. (Tabla 2 - 14).

TABLA 2 - 14. RELACION CON EL PADRE.

GRUPO	<u>MUY BUENA</u>	<u>BUENA</u>	<u>REGUL</u>	<u>MALA</u>	<u>M. MALA</u>	<u>N. PROCEDE</u>
ESTUDIO	7.3 %	15.9 %	27.3 %	18.6 %	12.3 %	18.6 %
CONTROL	19.5 %	62.1 %	8.7 %	2.7 %	0.7 %	5.4 %

($p < 0.001$)

Como podemos observar las diferencias son notorias. Cabe destacar la relación calificada como "buena", que es cuatro veces superior en el grupo control.

En el grupo estudio la calidad de la relación disminuye conforme aumenta el consumo de heroína, ($p < 0.01$).

RELACION CON LA MADRE.

La relación madre - hijo para cada grupo es la mostrada en la siguiente tabla. (Tabla 2 - 15):

RESULTADOS

TABLA 2 - 15. RELACION CON LA MADRE.

GRUPO	MUY BUENA	BUENA	REGUL	MALA	M. MALA	N.PROCEDE
ESTUDIO	22.7 %	45.9 %	17.3 %	8.6 %	3.2 %	2.3 %
CONTROL	32.9 %	60.4 %	4.7 %	0.7 %	0.0 %	0.7 %

Al igual que en el caso del padre es de destacar la notable diferencia sobre todo en las valoraciones de "muy buena", "buena" y "regular", ($p < 0.001$).

La calidad en la relación con la madre no parece correlacionarse con una significativa diferencia en el consumo de heroína.

RELACION CON LOS HERMANOS

La relación entre los integrantes del estudio y sus hermanos es la siguiente. (Tabla 2 - 16).

TABLA 2 - 16. RELACION CON LOS HERMANOS

GRUPO	MUY BUENA	BUENA	REGUL	MALA	M. MALA	N.PROCEDE
ESTUDIO	12.1 %	42.3 %	31.8 %	8.2 %	2.1 %	3.2 %
CONTROL	22.8 %	65.1 %	10.1 %	1.1 %	0.0 %	0.7 %

Esta distribución es bastante similar a la recogida en la relación con la madre y, como en ese caso, las diferencias entre ambos grupos son muy significativas, ($p < 0.001$).

Tampoco en este caso hemos encontrado relación significativa entre la calidad de la relación y el consumo de heroína.

DROGA DE COMIENZO

La distribución en relación a la legalidad o ilegalidad de la primera droga consumida es la siguiente. (Tabla 2 - 17).

TABLA 2 - 17. DROGA DE COMIENZO

<u>DROGA</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
LEGAL	81.8 %	71.2 %
ILEGAL	10.9 %	2.1 %
AMBAS	5.3 %	1.1 %
NO PROCEDE	0.0 %	20.7 %

Tanto en el grupo estudio como en el control la primera droga consumida es la legal. Le sigue en el primer grupo el inicio con droga ilegal y con ambas a la vez. En el grupo control la distribución sigue también este mismo orden. ($p < 0.005$).

DROGA LEGAL INICIAL

La distribución según la primera droga legal empleada es la siguiente. (Tabla 2 - 18).

TABLA 2 - 18. DROGA LEGAL INICIAL

<u>DROGA</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
TABACO	68.8 %	63.4 %
ALCOHOL	23.7 %	25.8 %
FARMACOS	5.4 %	0.4 %
NINGUNA	0.0 %	4.7 %

RESULTADOS

Aunque la distribución es bastante similar llama la atención que más de un 5 % de los integrantes del grupo estudio comenzaran el consumo de drogas con algún tipo de fármaco.

La significación alcanzada es de ($p < 0.005$).

DROGA ILEGAL INICIAL

La distribución porcentual según la primera droga ilegal consumida es la siguiente. (Tabla 2 - 19).

TABLA 2 - 19. DROGA ILEGAL INICIAL.

DROGA	GRUPO	
	ESTUDIO	CONTROL
HACHIS	94.1 %	53.7 %
COCAINA	0.0 %	0.0 %
HEROINA	2.3 %	0.0 %
LSD	3.6 %	1.3 %
NO PROCEDE	0.0 %	45.0 %

Como podemos observar la primera droga ilegal consumida en ambos grupos es el hachís. La importancia de cualquier otra droga es totalmente secundaria.

Las diferencias entre ambos grupos alcanzan una significación de ($p < 0.005$).

VIA DE ADMINISTRACION DE LA PRIMERA DROGA ILEGAL

Como cabe esperar, la vía de administración de la primera droga ilegal en el grupo estudio es la inhalatoria en el

RESULTADOS

95.9 %. La vía oral supone el 2.3 % y la intravenosa el 1.8 %.

En el grupo control la vía inhalatoria es la de comienzo en el 98.7 % de los casos y la vía oral en el 1.3 % restante, ($p < 0.001$).

MOTIVOS PARA EL INICIO CON LAS DROGAS ILEGALES

Los motivos recogidos en cada grupo para iniciar el consumo de drogas ilegales son los siguientes. (Tabla 2 - 20).

TABLA 2 - 20. MOTIVOS AL INICIAR EL CONSUMO DE DROGAS.

<u>MOTIVOS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
CURIOSIDAD	23.6 %	27.5 %
PLACER	8.2 %	4.7 %
IMITACION	23.6 %	4.7 %
MARGINACION	1.4 %	0.0 %
MOT. PERSONALES	7.3 %	1.3 %
CURIOSIDAD + PLACER	34.1 %	14.8 %
OTRAS	1.8 %	0.0 %
NO PROCEDE	0.0 %	47.0 %

El motivo referido con mayor frecuencia en el grupo estudio es doble: curiosidad y búsqueda del placer. En el grupo control el más frecuente es la curiosidad de forma aislada.

Llama la atención el hecho de que más de la mitad de los integrantes del grupo control haya tenido contacto con drogas ilegales.

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

RESULTADOS

INFLUENCIAS EXTERNAS PARA CONSUMIR DROGAS ILEGALES

La procedencia de las influencias recibidas tendentes a iniciar el consumo de drogas ilegales se refleja en la siguiente tabla: (2 - 21).

TABLA 2 - 21. INFLUENCIAS PARA EL CONSUMO DE DROGAS

	<u>GRUPO</u>	
<u>INFLUENCIA DE</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
HERMANOS	5.0 %	0.0 %
AMBIENTE	75.9 %	40.9 %
LIDER GRUPO	2.7 %	0.0 %
OTROS	5.0 %	0.7 %
NADIE	11.4 %	58.4 %

Como vemos, tanto en el grupo estudio como en el grupo control la presión encontrada con mayor frecuencia para consumir drogas ilegales es la que proviene del "ambiente", considerado éste en su acepción mas general. Sin embargo la ausencia de estas presiones alcanza en ambos grupos el segundo lugar.

La significación alcanzada es elevada, ($p < 0.001$).

TABACOANTECEDENTES DE CONSUMO

El 100 % de los integrantes del grupo estudio ha fumado tabaco frente a solo el 65.8 % del grupo control. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

EDAD AL COMENZAR A FUMAR

La edad media al comenzar a fumar es de 11.3 ± 2.6 años en los integrantes del grupo estudio. En el grupo control es bastante superior: 14.6 años ± 2.1 , ($p < 0.001$).

La distribución por grupos de edad es la siguiente. (Tabla 2 - 22).

TABLA 2 - 22. EDAD AL COMENZAR A FUMAR.

EDAD	GRUPO	
	ESTUDIO	CONTROL
< 12	50.0 %	6.1 %
12 - 16	45.0 %	53.1 %
16 - 19	4.1 %	40.8 %
> 19	0.9 %	0.0 %

CONSUMO ACTUAL DE CIGARRILLOS

La media diaria de cigarrillos consumidos es de 25.4 ± 10.7 para el grupo estudio y de 8.9 ± 8.2 cigarrillos en el grupo control, ($p < 0.001$).

RESULTADOS

La distribución según el número de cigarrillos consumidos es la siguiente. (Tabla 2 - 23).

TABLA 2 - 23. Nº DE CIGARRILLOS

<u>Nº CIGARRILLOS</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
0	0.0 %	34.2 %
1 - 20	19.1 %	44.3 %
21 - 40	61.8 %	20.8 %
> 40	19.1 %	0.7 %

MARCA DE TABACO PREFERIDA

La distribución según la marca de tabaco preferida es la siguiente. (Tabla 2 - 24).

TABLA 2 - 24. MARCA DE TABACO PREFERIDA

	<u>GRUPO</u>	
<u>MARCA</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
MARLBORO	17.1 %	11.1 %
FORTUNA	25.5 %	39.3 %
WINSTON	37.7 %	7.0 %
OTROS		
RUBIOS	12.7 %	5.1 %
DUCADOS	5.5 %	32.2 %
OTROS		
NEGROS	0.9 %	5.1 %

Las preferencias por el tabaco rubio son muy claras en ambos grupos, aunque superiores, más del doble, en el grupo estudio. Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

RESULTADOS

En el grupo estudio la edad media es diferente según el tipo de tabaco preferido. En los consumidores de cigarrillos rubios la edad media es de 18.3 ± 1.1 años, mientras que en los que prefieren cigarrillos negros se sitúa en los 20.4 ± 1.9 años, ($p < 0.001$). En el grupo control no encontramos estas diferencias en relación al tipo de tabaco preferido.

ALCOHOL

ANTECEDENTES DE CONSUMO

En la siguiente tabla, (2 - 25), reflejamos la frecuencia de consumo de alcohol en cada grupo:

TABLA 2 - 25. CONSUMO DE ALCOHOL.

	<u>GRUPO</u>	
<u>CONSUMO</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO CONSUMO	2.7 %	9.4 %
OCASIONAL	12.8 %	6.7 %
SEMANAL	18.5 %	32.9 %
DIARIO	65.9 %	51.0 %

Cabe destacar el elevado consumo diario, superior al 50 % tanto en el grupo estudio como en el grupo control. El consumo de alcohol al menos una vez a la semana es el segundo más frecuente en ambos casos, 17 % y 33 % respectivamente.

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.005$).

En el grupo estudio encontramos unas edades

RESULTADOS

progresivamente superiores a medida que aumenta el consumo de alcohol, como podemos observar seguidamente. (Tabla 2 - 26).

TABLA 2 - 26. EDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL.

<u>CONSUMO</u>	<u>AÑOS</u>
NO CONSUMO	18.8 ± 0.4
SEMANAL	19.2 ± 1.0
DIARIO	19.6 ± 1.3
(p<0.01)	

EDAD AL INICIAR EL CONSUMO

La edad media al comenzar el consumo de alcohol es de 13.1 ± 2.0 años en el grupo estudio y de 15.2 ± 1.6 años en el grupo control, (p<0.001).

La distribución por grupos de edad es la siguiente. (Tabla 2 - 27).

TABLA 2 - 27. EDAD AL INICIAR EL CONSUMO DE ALCOHOL.

<u>EDAD</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
< 12	18.8 %	2.2 %
13 - 14	34.7 %	14.2 %
15 - 16	34.3 %	31.6 %
17 - 18	11.7 %	48.9 %
19 - 20	0.5 %	3.0 %
> 20	0.0 %	0.0 %

Resaltamos que a los 16 años el 87 % del grupo ADVP ya ha consumido alcohol frente al 69 % del grupo control.

RESULTADOS

CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL

En el momento actual la media diaria de consumo de alcohol es de 61.68 ± 45.82 gramos/día en el grupo estudio y de 24.81 ± 25.90 gramos/día en el grupo control, ($p < 0.001$).

La distribución en relación a la cantidad diaria consumida es la siguiente. (Tabla 2 - 28).

TABLA 2 - 28. CONSUMO DIARIO DE ALCOHOL

<u>ALCOHOL</u> <u>GRAMOS DIARIOS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
0	9.0 %	15.0 %
1 - 20	11.4 %	36.1 %
20 - 40	16.6 %	27.8 %
40 - 60	11.8 %	14.2 %
60 - 80	15.6 %	4.1 %
80 - 100	12.8 %	2.0 %
> 100	22.7 %	0.7 %

Como podemos apreciar la distribución es claramente diferente y notablemente superior en el primer grupo. ($p < 0.001$).

TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA

Hemos desglosado el consumo actual de alcohol según el tipo de bebida consumida agrupándolo en tres apartados: cerveza, vino y destilados. Los resultados en gramos diarios de alcohol son los siguientes. (Tabla 2 - 29).

RESULTADOS

TABLA 2 - 29. TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA

	<u>GRUPO</u>	
<u>BEBIDA</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
CERVEZA	29.8 ± 26.5	14.6 ± 14.4
VINO	6.1 ± 19.7	1.9 ± 6.7
DESTILADOS	25.7 ± 16.21	8.3 ± 6.1

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

No hemos encontrado ninguna relación entre la edad o el tiempo de consumo y la preferencia por un determinado tipo de bebida.

INHALANTES

CONSUMO DE INHALANTES

Han consumido inhalantes en alguna ocasión el 3.0 % de los integrantes del grupo control y el 7.2 % de los del grupo estudio, ($p < 0.01$). No hemos encontrado ningún caso de consumo habitual en el primer grupo y sólo en el 0.8 % del segundo.

Ninguno de los integrantes del grupo control ha consumido inhalantes en los últimos treinta días. El porcentaje de consumidores en el grupo estudio es también muy bajo: el 0.4 %. (No significativo).

HACHISANTECEDENTES DE CONSUMO

Los antecedentes de consumo de hachís en cada grupo se recogen en la siguiente tabla. (Tabla 2 - 30).

TABLA 2 - 30. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE HACHIS

<u>TIPO CONSUMO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO CONSUMO	0.0 %	36.2 %
SOLO UNAS VECES	1.8 %	33.6 %
OCASIONAL	5.7 %	24.8 %
1-2 SEMANA	9.3 %	2.0 %
1 - 2 AL DIA	15.2 %	2.3 %
+ DE 2 AL DIA	68.0 %	1.0 %

Esta diferente distribución alcanza una significación de ($p < 0.001$). Cabe destacar que cerca de un 70 % de los integrantes del grupo estudio consume habitualmente más de dos dosis diarias.

EDAD AL INICIAR EL CONSUMO

La edad media en el grupo estudio al iniciar el consumo de hachís es de 13.1 ± 2.2 años. En el grupo control se sitúa en los 15.7 ± 1.6 años. ($p < 0.001$).

La distribución por grupos de edad es la siguiente. (Tabla 2 - 31).

TABLA 2 - 31. EDAD AL INICIAR EL CONSUMO DE HACHIS.

<u>EDAD</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
< 12	22.3 %	1.1 %
13 - 14	29.5 %	6.1 %
15 - 16	34.1 %	29.5 %
17 - 18	13.6 %	51.6 %
19 - 20	0.5 %	11.6 %
> 20	0.0 %	0.0 %

Como podemos ver el principal estrato de edad al inicio del consumo en el grupo estudio es el de 15 - 16 años seguido, muy de cerca, por el intervalo de los 13 - 14. Sin embargo, en el segundo grupo el que registra una mayor frecuencia es, con gran diferencia, el de los 17 - 18 años. A continuación, y ya a distancia, el de los 15 - 16 años. La significación alcanzada es elevada, ($p < 0.001$).

CONSUMO ACTUAL DE HACHIS

En el momento actual la media diaria de consumo de hachis en el grupo estudio es de 5.77 ± 5.23 dosis. En el grupo control se sitúa en 0.23 ± 0.67 dosis diarias, ($p < 0.001$).

La distribución en relación al consumo diario es la siguiente. (Tabla 2 - 32).

TABLA 2 - 32. CONSUMO ACTUAL DE HACHIS.

<u>CONSUMO DIARIO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
0	6.1 %	83.7 %
1 - 4	37.2 %	14.3 %
5 - 8	22.8 %	2.0 %
9 - 12	16.7 %	0.0 %
> 12	17.2 %	0.0 %

Quizás el dato más significativo sea que el 16.3 % del grupo control consume en la actualidad una media diaria igual o superior a una dosis. Esta diferente distribución alcanza también una elevada significación, ($p < 0.001$).

COCAINA.ANTECEDENTES DE CONSUMO

Los antecedentes de consumo de cocaína en cada grupo son los recogidos a continuación. (Tabla 2 - 33).

TABLA 2 - 33. CONSUMO DE COCAINA

<u>CONSUMO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NUNCA	4.1 %	81.3 %
SOLO UNA VEZ	24.1 %	15.7 %
OCCASIONAL	33.6 %	3.0 %
SEMANAL	18.6 %	0.0 %
DIARIO	19.6 %	0.0 %

Como podemos observar, en el grupo estudio, el consumo de cocaína es en alguna de sus formas muy frecuente. Sin embargo en el grupo control el contacto con la misma sólo se ha producido en el 18.7 %, en su mayoría como dosis única de prueba.

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0,001$).

EDAD AL INICIAR EL CONSUMO DE COCAINA

La edad media al iniciar el consumo de cocaína es de 17.0 ± 1.3 años en el grupo estudio y de 17.1 ± 1.3 años en el grupo control. El número medio de meses transcurridos desde el

RESULTADOS

inicio del consumo es de 23.48 ± 16.15 en el grupo estudio y de 19.0 ± 17.0 en el grupo control, ($p < 0.001$).

La distribución por meses de consumo es la siguiente. (Tabla 2 - 34).

TABLA 2 - 34. N° DE MESES DESDE EL INICIO DEL CONSUMO

MESES	GRUPO	
	ESTUDIO	CONTROL
1 - 12	28.3 %	56.8 %
13 - 24	31.6 %	23.1 %
25 - 36	22.2 %	7.7 %
37 - 48	8.0 %	0.0 %
> 48	9.9 %	10.4 %

En el primer grupo llama la atención el alto porcentaje con un tiempo de consumo superior a los 12 meses. En el grupo control cerca del 60 % ha consumido cocaína por primera vez en el último año, ($p < 0.001$).

CONSUMO ACTUAL DE COCAINA

El consumo de cocaína en el último mes es nulo en el grupo control. En el grupo estudio 79 pacientes, (32 %), han consumido cocaína, con una media de 253.4 ± 350.9 mg diarios.

La distribución en base a las cantidades consumidas es la siguiente. (Tabla 2 - 35).

TABLA 2 - 35. CONSUMO ACTUAL DE COCAINA

<u>MILIGRAMOS COCAINA</u>	<u>GRUPO ESTUDIO</u>
1 - 125	45.7 %
126 - 250	30.0 %
251 - 500	18.6 %
501 - 750	1.4 %
> 750	4.3 %

VIA DE ADMINISTRACION DE LA COCAINA

La vía de administración de la cocaína en el 100 % de los integrantes del grupo control es la nasal. Esta vía supone el 26.4 % en el grupo estudio, donde la más frecuente es la intravenosa que alcanza el 45.0 %. El empleo de ambas vías supone el 25.9 %.

Estas diferencias son, lógicamente, muy significativas, ($p < 0.001$).

PSICOFARMACOSANTECEDENTES DE CONSUMO

Los antecedentes de consumo de psicofármacos en cada grupo son los reflejados en la siguiente tabla. (Tabla 2 - 36).

TABLA 2 - 36. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE PSICOFARMACOS

<u>PSICOFARMACOS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO CONSUMO	0.0 %	80.4 %
ANFETAMINAS	2.3 %	3.4 %
BENZODIAZEPINAS	17.7 %	7.1 %
AMBAS	78.6 %	9.1 %
OTROS (BARBITURICOS ETC.)	1.4 %	0.0 %

Observamos como la totalidad del grupo estudio ha consumido algún tipo de psicofármacos. Los empleados con mayor frecuencia son las benzodiacepinas y las anfetaminas, mientras que las benzodiacepinas de forma aislada ocupan el segundo lugar. En el grupo control el 18.6 % ha consumido alguno de los psicofármacos considerados, y al igual que en el primer grupo, el más frecuente es también el consumo conjunto de benzodiacepinas y anfetaminas.

Las diferencias en esta distribución alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

EDAD AL INICIO DEL CONSUMO

La edad media al inicio del consumo de psicofármacos es de 15.9 ± 2.1 años en el grupo estudio y de 16.4 ± 1.4 en el grupo control. La media en meses desde el primer contacto es de 37.6 ± 26.3 en el grupo estudio y de 27.6 ± 17.8 en el grupo control, ($p < 0.001$).

CONSUMO ACTUAL DE PSICOFARMACOS

El consumo de psicofármacos en el último mes es el reflejado en la siguiente tabla (Tabla 2 - 37).

TABLA 2 - 37. CONSUMO ACTUAL DE PSICOFARMACOS

<u>PSICOFARMACOS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO CONSUMO	20.0 %	95.3 %
ANFETAMINAS	6.0 %	0.6 %
BENZODIAZEPINAS	67.7 %	4.1 %
AMBAS	6.3 %	0.0 %
OTROS (BARBITURICOS ETC.)	0.0 %	0.0 %

Para el grupo estudio los fármacos más consumidos en el último mes son las benzodiazepinas, seguidas a gran distancia, por las anfetaminas y el uso conjunto de ambas. En el segundo grupo son también las benzodiazepinas las más consumidas, con un consumo de anfetaminas muy bajo y un consumo conjunto nulo. La significación estadística alcanzada es de ($p < 0.001$).

LSD

ANTECEDENTES DE CONSUMO

Refieren haber consumido LSD el 47.2 % de los integrantes del grupo estudio y el 0.1 % de los del grupo control, ($p < 0.001$).

EDAD AL INICIO DEL CONSUMO

La edad media al inicio del consumo de LSD en el grupo estudio es de 16.4 ± 1.7 años y de 16.6 ± 1.4 años en el grupo control. La media en meses desde el primer contacto es de 30.9 ± 20.7 en el primer grupo y de 26.6 ± 17.0 en el segundo, ($p < 0.001$).

CONSUMO ACTUAL DE LSD.

El consumo de LSD en el último mes alcanza el 10.2 % de nuestros adictos y el 1.3 % de los integrantes del grupo control, ($p < 0.001$). Este consumo es más frecuente (60 %), en los adictos que consumen cantidades de heroína inferiores a los 250 mg/día. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna relación con el tiempo de consumo de heroína ni con la edad de nuestros pacientes.

OTRAS DROGASANTECEDENTES DE CONSUMO

Los antecedentes de consumo de otras drogas son relativamente escasos en el grupo estudio y prácticamente inexistentes en el grupo control, como podemos ver seguidamente, (Tabla 2 - 38).

TABLA 2 - 38. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE OTRAS DROGAS.

<u>OTRAS DROGAS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO CONSUMO	92.0 %	98.3 %
ESTRAMONIO O		
BELEÑO	0.8 %	0.0 %
CRACK	0.0 %	0.0 %
OTRAS	2.1 %	0.0 %
OTRAS NO		
IDENTIFICABLES	5.1 %	2.6 %

Cabe destacar la total ausencia de consumo de "crack" y la relativamente elevada proporción de drogas de las que no se aportó suficiente información para poder ser identificadas, ($p < 0.05$).

CONSUMO ACTUAL DE OTRAS DROGAS.

Los antecedentes de consumo de otras drogas en el último mes son los siguientes, (Tabla 2 - 39).

RESULTADOS

TABLA 2 - 39. CONSUMO ACTUAL DE OTRAS DROGAS

<u>OTRAS DROGAS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO CONSUMO	94.2 %	98.3 %
ESTRAMONIO O		
BELENO	0.4 %	0.0 %
CRACK	0.0 %	0.0 %
OTRAS	1.2 %	0.0 %
OTRAS NO		
IDENTIFICABLES	4.1 %	1.3 %

También en este caso destaca, además del escaso consumo en ambos grupos, el 5 % de drogas que no pudieron ser identificadas en el grupo estudio.

HEROINAANTECEDENTES DE CONSUMO

El consumo intravenoso de heroína define, como sabemos, al grupo en estudio y su ausencia al grupo control.

Sólo 3 de los integrantes del grupo control, (1.2 %), manifiestan haber consumido heroína en una única ocasión y sin emplear la vía intravenosa.

MOTIVOS PARA INICIAR EL CONSUMO

Los motivos referidos para iniciar el consumo de heroína son los siguientes. (Tabla 2 - 40).

TABLA 2 - 40. MOTIVOS PARA INICIAR EL CONSUMO.

<u>MOTIVO</u>	<u>FRECUENCIA</u>
CURIOSIDAD	7.8 %
PLACER - NUEVAS SENSACIONES	16.4 %
IMITACION	10.4 %
CURIOSIDAD + IMITACION	56.6 %
PROBL. PERSONALES	0.4 %
OTRAS	6.0 %

Como podemos ver el principal motivo aducido para iniciar el consumo de heroína es doble, curiosidad e imitación. Literalmente, "para saber que era" y "porque otros lo hacían". El resto de motivaciones tienen un carácter secundario.

EDAD AL INICIAR EL CONSUMO

La edad media al iniciar el consumo de heroína es de 16.9 ± 1.2 años en el grupo estudio y de 18.1 ± 0.8 años en el grupo control. El tiempo medio desde la primera administración de heroína en el grupo estudio es de 24.6 ± 14.5 meses, con un mínimo de 4 y un máximo de 88. En el grupo control la media de los tres únicos casos es de 7.6 ± 10.6 meses.

En nuestros adictos, la distribución por meses de consumo es la siguiente. (Tabla 2 - 41).

TABLA 2 - 41. MESES DE CONSUMO DE HEROINA

<u>MESES DE CONSUMO</u>	<u>GRUPO ESTUDIO</u>
< 12	17.7 %
12 - 24	41.8 %
24 - 36	23.2 %
36 - 48	8.6 %
> 48	8.6 %

Encontramos una relación significativa entre el tiempo de consumo de heroína y la dosis media administrada, aumentando ésta al aumentar los meses de consumo, ($p < 0.005$).

DOSES INICIAL DE HEROINA

Un 81 % de nuestros adictos refiere como dosis inicial el contenido de una papelina, (teórico 50 mg), mientras que el resto ha comenzado con media papelina, (25 mg).

En el grupo control, dos casos consumieron una papelina, mientras que el tercero desconocía la cantidad empleada.

VIA INICIAL DE ADMINISTRACION

El 64.8 % de nuestros adictos comenzó el consumo de heroína directamente por vía intravenosa. El 32.4 % inhalándola y fumada en el 2.8 %. En el grupo control el 100 % emplearon la inhalación. ($p < 0.001$).

No hemos encontrado relación alguna entre la vía de inicio y la cantidad de heroína consumida en la actualidad.

CONSUMO ACTUAL DE HEROINA.

La cantidad diaria media de heroína consumida en el último mes es de 332 mg con una desviación típica de 267 mg.

La distribución según cantidades consumidas es la siguiente. (Tabla 2 - 42).

TABLA 2 - 42. CONSUMO ACTUAL DE HEROINA

<u>MILIGRAMOS/DIA</u>	<u>ESTUDIO</u>
< 125	19.1 %
125 - 250	41.1 %
250 - 500	26.8 %
500 - 750	6.4 %
750 - 1000	4.1 %
> 1000	2.3 %

Como podemos observar, más del 40 % de nuestros adictos consume diariamente cantidades comprendidas entre los 125 y los 250 miligramos, mientras que los intervalos correspondientes a los 250 - 500 mg y 500 - 750 mg agrupan el 33 %.

Encontramos una correlación positiva entre el número de meses transcurridos desde la primera administración y la cantidad de heroína consumida en la actualidad, ($p < 0.005$).

RESULTADOS

FRECUENCIA DE ADMINISTRACION

La mayoría de nuestros adictos (61.8 %), se administra la dosis diaria de heroína en más de dos inyecciones "picos". Un 36.7 % en dos y un 1.3 % en una única administración.

NUMERO DE PROVEEDORES DE HEROINA

El número medio de proveedores de heroína es de 4.2 ± 4.4 .

Apreciamos una correlación significativa entre el número de proveedores y el tiempo de consumo. Al aumentar éste disminuye el número de proveedores. Para los adictos con un tiempo de consumo de heroína inferior a los 24 meses el número medio de proveedores es de 4.43 ± 4.82 , disminuyendo a 3.88 ± 3.69 para tiempos de consumo superiores, ($p < 0.005$).

DISOLVENTE HABITUAL DE LA HEROINA

El disolvente de la heroína más empleado es la mezcla de agua de grifo y limón referida en el 61.4 %. Le sigue el agua de grifo en el 38.7 %. El agua destilada sólo es usada habitualmente por el 0.9 %.

La cantidad media de agua utilizada por dosis es de $0.259 \pm 0.117 \text{ cm}^3$ y la de limón de $0.127 \pm 0.113 \text{ cm}^3$.

El uso del agua destilada es significativamente más frecuente en los adictos con un tiempo de consumo de heroína inferior a los 12 meses, ($p < 0.001$).

EMPLEO OCASIONAL DE OTROS DISOLVENTES

El empleo ocasional de otros disolventes es referido por el 65 % de los estudiados. Los más frecuentes son: el agua de cualquier origen (lavabos, etc), en el 11.7 %, las bebidas envasadas (refrescos), en el 8.1 % y en último lugar una miscelánea de la que cabe destacar el empleo de la saliva y de las bebidas alcohólicas en el 2.3 %.

TECNICA DE APLICACION

La técnica de aspirar sangre y bombearla posteriormente es referida por la mayoría de nuestros pacientes; 82.9 %.

Esta forma de administración es significativamente más frecuente al aumentar el tiempo de consumo, como podemos ver seguidamente, (Tabla 2 - 43).

TABLA 2 - 43. BOMBEO Y TIEMPO DE CONSUMO DE HEROINA

<u>BOMBEO</u>	<u>MESES DE CONSUMO</u>
NO	16.6 ± 8.6
SI	25.4 ± 14.4
(p < 0.01).	

FILTRADO DE LA HEROINA

El 43.2 % de nuestros adictos filtra habitualmente la heroína antes de su administración. De estos, el 4 % emplea algún tipo de tejido: (pañuelo, etc) o algodón. El 96 % restante emplea habitualmente el filtro de los cigarrillos.

Este hábito aparece con mayor frecuencia en los adictos con un tiempo de consumo de heroína inferior a los 12 meses, (p < 0.005).

RESULTADOS

El filtrar la heroína se asocia también a los bajos consumos de heroína, inferiores a la media. Así, el 50.3 % de los casos que consumen menos de 250 mg/día refieren esta costumbre, frente al 22 % de los que consumen cantidades superiores. ($p < 0.01$).

FORMA DE ADMINISTRACION DE LA HEROINA

El 26.4 % de nuestros adictos manifiesta administrarse la heroína preferentemente estando solo. Un 28.2 % prefiere la compañía de algún amigo y no refieren preferencia alguna el 45.5 %.

No hemos encontrado ninguna relación entre la preferencia de administración y la dosis administrada pero sí con el tiempo de consumo de heroína. La administración en compañía de otras personas es más frecuente cuando este tiempo es corto. Posteriormente la forma preferida es la mixta, y finalmente, con tiempos de consumo superiores a los 24 meses, la individual como podemos ver seguidamente. (Tabla 2 - 44).

TABLA 2 - 44. FORMA DE ADMINISTRACION DE LA HEROINA.

<u>ADMINISTRACION</u>	<u>MESES DE CONSUMO DE HEROINA</u>
CON OTROS ADICTOS	18.9 ± 11.7
MIXTA	26.1 ± 15.2
INDIVIDUAL	26.8 ± 14.4
($p < 0.001$).	

EMPLEO DE LA MISMA JERINGUILLA

El 80.9 % de nuestros adictos refiere guardar la jeringuilla después de su uso. El 12.7 % sólo esporádicamente y el 6.4 % no la guarda nunca.

El número medio de dosis administradas con la misma

RESULTADOS

jeringuilla es de 3.8 ± 3.0 .

El uso repetido de la misma jeringuilla es más frecuente al aumentar el tiempo de consumo de heroína, como podemos ver a continuación, (Tabla 2 - 45).

TABLA 2 - 45. EMPLEO DE LA MISMA JERINGUILLA.

<u>GUARDA JERINGUILLA</u>	<u>MESES DE CONSUMO DE HEROINA</u>
NUNCA	18.9 ± 11.0
OCASIONALMENTE	20.4 ± 14.7
FRECUENTEMENTE	25.7 ± 14.6
(p<0.01).	

TIPO DE JERINGUILLA

El modelo de jeringuilla con aguja independiente es el preferido por el 69.6 %. Le sigue el uso indistinto de la jeringuilla de aguja fija (modelo americano) y de aguja móvil en el 17.7 %. Por último el modelo de aguja fija es el preferido por el 12.7 % restante.

La preferencia por este último modelo es significativamente mayor en las primeras etapas del consumo, posteriormente esta preferencia va cambiando a las jeringuillas de aguja independiente, como reflejamos a continuación, (Tabla 2 - 46).

TABLA 2 - 46. TIPO DE JERINGUILLA

<u>TIPO JERINGUILLA</u>	<u>MESES DE CONSUMO DE HEROINA</u>
AMBAS	18.8 ± 15.7
MODELO AGUJA FIJA	20.3 ± 10.6
MODELO AGUJA INDEPENDIENTE	26.9 ± 14.3
(p< 0.01)	

USO COMPARTIDO DE JERINGUILLAS

Emplean de una forma habitual jeringuillas y agujas de otros ADVP el 63.1 % de los estudiados, ocasionalmente el 25 % y no lo hacen nunca el 11.8 %.

Por otro lado, el 76.3 % de nuestros adictos presta frecuentemente la jeringuilla propia, un 16.4 % sólo en algunas ocasiones y el 7.3 % restante no las cede nunca.

La presencia de este hábito se relaciona también con el mayor o menor tiempo de consumo de heroína. Los que no la prestan presentan frecuentemente un menor tiempo de consumo de heroína, (Tabla 2 - 47).

TABLA 2 - 47. USO COMPARTIDO DE JERINGUILLAS

<u>PRESTAN JER.</u>	<u>MESES DE CONSUMO DE HEROINA</u>
NUNCA	17.6 ± 11.1
OCASIONAL	22.4 ± 10.7
FRECUENTE	25.8 ± 15.3
(p<0.01).	

FARMACOS DE SUSTITUCION DE LA HEROINA

Los fármacos de elección en caso de no disponer de heroína son los recogidos en la Tabla 2 - 48.

Es de destacar la elevada preferencia por las benzodiazepinas, más concretamente por el flunitrazepan en casi las tres cuartas partes de los estudiados.

La vía preferida para la administración de estos fármacos es la oral en el 64.1 %, seguida por la intravenosa en el 24.1 %.

Apreciamos un cambio en el fármaco de elección a medida que aumenta el tiempo de consumo de heroína, como reflejamos en la Tabla 2 - 49.

TABLA 2 - 48. FARMACOS DE SUSTITUCION DE LA HEROINA

<u>FARMACO</u>	<u>FRECUENCIA</u>
BUPRENORFINA -	
PENTAZOCINA	17.3 %
METADONA	4.3 %
ANFETAMINAS	2.1 %
FLUNITRAZEPAN	66.4 %
OTRAS	
BENZODIACEPINAS	7.3 %
OTROS	0.5 %
NINGUNO	2.1 %

TABLA 2 - 49. FARMACO DE ELECCION Y TIEMPO DE CONSUMO

<u>FARMACO</u>	<u>MESES DE CONSUMO DE HEROINA</u>
NINGUNO	17.0 ± 10.3
ANFETAMINAS	21.6 ± 13.3
BENZODIACEPINAS	23.3 ± 14.4
OPIACEOS SINTETICOS	30.3 ± 17.7
(p < 0.005).	

GASTO DIARIO EN DROGAS LEGALES.

En los últimos treinta días nuestros adictos han gastado diariamente una media de 630 ± 500 pesetas en la adquisición de drogas legales.

En el grupo control esta media se sitúa en 282 ± 250 ptas. Esta diferencia alcanza una significación de (p < 0.001).

GASTO DIARIO EN DROGAS ILEGALES.

En el último mes la media diaria empleada por nuestros adictos en la adquisición de drogas ilegales es de 8299 ± 7836 ptas.

En el grupo control asciende únicamente a 26.3 ± 105 ptas. La significación estadística es, lógicamente, muy elevada. ($p < 0.001$).

EL ADVP COMO NUCLEO DE DIFUSION DE LAS DROGAS

El ADVP puede actuar como foco de difusión del consumo de drogas. En el presente estudio cada uno de ellos ha facilitado drogas a otras personas con una frecuencia que oscila entre 0 y 300, con una media de 18.4 ± 31.6 personas.

La distribución según el número de personas a las que han facilitado alguna droga es la siguiente, (Tabla 2 - 51).

TABLA 2 - 51. DIFUSION DEL CONSUMO DE DROGAS POR EL ADVP

<u>NUMERO DE PERSONAS</u>	<u>FRECUENCIA</u>
0	4.1 %
1 - 10	33.8 %
11 - 20	42.5 %
> 20	19.6 %

RESULTADOS

ASPECTOS HIGIENICOS

El resultado obtenido del uso compartido de las cuchillas de afeitarse y cepillo de dientes es el siguiente, Tablas (2 - 52) y (2 - 53).

TABLA 2 - 52. USO COMPARTIDO DE LAS CUCHILLAS DE AFEITAR.

	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
FRECUENTE	24.2 %	15.4 %
OCASIONAL	29.1 %	30.9 %
NUNCA	39.1 %	51.7 %
NO USA	7.6 %	2.0 %

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

TABLA 2 - 53. USO COMPARTIDO DEL CEPILLO DE DIENTES.

	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
FRECUENTE	2.3 %	0.7 %
OCASIONAL	3.6 %	2.0 %
NUNCA	42.3 %	70.5 %
NO USA	51.8 %	26.8 %

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

RESULTADOS

CONOCIMIENTO DE LOS PELIGROS DEL CONSUMO DE DROGAS.

El conocimiento, anterior al consumo, de los peligros derivados del consumo de drogas, es el siguiente, (Tabla 2 - 54).

TABLA 2 - 54. CONOCIMIENTO DEL PELIGRO DEL CONSUMO DE DROGAS

<u>GRADO DE CONOCIMIENTO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
ALTO	60.5 %	64.4 %
MEDIO	15.0 %	30.2 %
BAJO	20.5 %	4.7 %
NO CONTESTA	4.1 %	0.7 %

En ambos grupos destaca la alta proporción que refiere un elevado conocimiento de los peligros derivados del consumo de las drogas.

En el grupo estudio, si la respuesta a esta pregunta fue "medio" o "bajo" interrogamos si un mayor conocimiento de las consecuencias derivadas hubiera sido beneficioso. Las respuestas sólo han sido afirmativas en el 22.3 %. Un 45.5 % cree que no habría modificado su conducta y un 32.3 % no lo sabe.

ANTECEDENTES DELICTIVOS.

1 - ANTECEDENTES POLICIALES PREVIOS AL CONSUMO DE DROGAS

En el grupo control no se ha registrado ningún caso de antecedentes policiales previos al consumo de drogas. En el grupo estudio estos antecedentes alcanzan el 9.1 %, ($p < 0.001$).

Su presencia es más frecuente en el subgrupo de menor edad: media 19.1 años, frente a los 19.7 años del subgrupo que no los posee, ($p < 0.01$).

2 - ANTECEDENTES POLICIALES

Del anterior 9.1 % del grupo estudio pasamos a un 76.4 % que refiere antecedentes policiales después de iniciar el consumo de drogas. En el grupo control la presencia de estos antecedentes policiales afecta únicamente al 2.2 %, ($p < 0.001$).

En este caso no encontramos relación entre estos antecedentes y la edad de los pacientes. Sin embargo, si apreciamos una correlación que aunque baja, (+ 0.5184), es estadísticamente significativa, entre los antecedentes policiales y la realización de autolesiones, ($p < 0.005$).

La cantidad de heroína consumida parece también estar en relación con estos antecedentes al ser más frecuentes en los pacientes con un consumo superior a los 250 mg/día, ($p < 0.01$). Esta relación es aún más evidente en los casos con consumo superior a los 500 mg diarios, ($p < 0.005$).

3 - ANTECEDENTES JUDICIALES

Los antecedentes judiciales son referidos por el 53.6 % de los integrantes del grupo estudio. En el grupo control

RESULTADOS

aparecen tan solo en el 1.3 %. ($p < 0.001$). En el primer grupo parecen estar en relación con la edad, aumentando paralelamente a ésta, ($p < 0.005$).

No hemos encontrado ingresos en prisión en el grupo control, apareciendo estos en el 34.6 % del grupo estudio, ($p < 0.001$). El número medio de ingresos en nuestros adictos es de 1.5 ± 2.2 .

Como era de esperar, encontramos una fuerte correlación (+ 0.8110), entre el número de ingresos en prisión y los antecedentes policiales, ($p < 0.001$). El número de ingresos en prisión se correlaciona también con la cantidad de heroína consumida. Son más frecuentes, 1.9, en el subgrupo que consume más de 250 mg diarios, frente a los 1.3 de media, de los que consumen menos de esta cantidad, ($p < 0.01$).

El número de autolesiones también aumenta paralelamente al aumentar el número de ingresos. La media en los casos que no refieren ingresos es de 0.5 autolesiones, elevándose a 2.4 en los que han ingresado dos o más veces, ($p < 0.001$).

CREENCIA RELIGIOSA.

Las creencias religiosas de cada grupo se reflejan en la siguiente tabla, (2 - 55).

TABLA 2 - 55. CREENCIA RELIGIOSA

	<u>GRUPO</u>	
<u>CREENCIA</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
ATEO	7.8 %	1.3 %
NINGUNA	42.0 %	17.4 %
CATOLICO		
NO PRACTICANTE	41.1 %	59.7 %
CATOLICO		
PRACTICANTE	2.7 %	21.5 %
NO CONTESTAN	6.4 %	0.0 %

RESULTADOS

En el grupo estudio cabe destacar la elevada proporción, 42 %, con ausencia de cualquier creencia. Por el contrario, en el grupo control, esta proporción desciende al 17.4 %. Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

AMISTADES.

Respecto a la relación consumo de drogas - amistades, el 65.5 % de nuestros adictos cree que el consumo de drogas le ha hecho perder amigos, el 23.2 % que no le ha afectado y el 11.4 % que tiene más amigos en la actualidad.

Por otro lado, el 71.1 % del grupo control cree pensar como la mayoría de los jóvenes de su edad, mientras que en el grupo estudio esta proporción se reduce justamente a la mitad, 35.8 %, ($p < 0.001$).

Mientras que en el grupo control no encontramos diferencias de forma de pensar en relación a la edad, estas si aparecen en el grupo estudio donde los más jóvenes piensan de forma muy similar, perdiéndose esta similitud a medida que aumenta la edad, ($p < 0.01$).

Las personas, amigos o familiares, en las que confían los integrantes de cada grupo son también diferentes, como podemos ver seguidamente. (Tabla 2 - 56).

TABLA 2 - 56. PERSONA DE MAYOR CONFIANZA.

	<u>GRUPO</u>	
<u>CONFIAN EN</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NADIE	39.1 %	14.1 %
PADRE	2.3 %	12.1 %
MADRE	14.1 %	26.2 %
HERMANOS	6.8 %	4.7 %
AMIGOS	18.6 %	26.8 %
PAREJA	17.7 %	15.4 %

RESULTADOS

Los padres son las personas de confianza en el 16.4 % del grupo estudio con una gran diferencia a favor de la madre, 14.1 %. Esa misma diferencia aparece también en el segundo grupo, aunque en menor proporción, 26.2 % y 12.1 % respectivamente.

Sin embargo, lo más llamativo en el primer grupo es la alta proporción, cerca del 40 %, que no confía en nadie, sobre todo al compararlo con el segundo donde solo alcanza el 12 %.

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

Si estudiamos la relación: persona de confianza - edad encontramos que los más jóvenes del grupo estudio confía en alguno de los integrantes del núcleo familiar, mientras que los de mayor edad no confían en nadie, ($p < 0.01$). Sin embargo esta circunstancia no se aprecia en el grupo de control, ($p < 0.001$).

AFICIONES

La práctica de algún tipo de afición o "hobby": deporte, música, etc, se recoge en la siguiente tabla. (2 - 57).

TABLA 2 - 57. PRACTICA DE AFICIONES

	<u>GRUPO</u>	
<u>PRACTICA</u> <u>AFICIONES</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
MUCHO	4.1 %	57.7 %
REGULAR	21.8 %	25.5 %
MUY POCO	32.1 %	12.8 %
NADA	41.9 %	4.0 %

RESULTADOS

Como podemos observar, la distribución está invertida de uno a otro grupo. Lo más frecuente en el grupo estudio es no practicar nada las aficiones, (42 %) mientras que en el grupo control es precisamente la contraria, es decir, practicarlas, (58 %), ($p < 0.001$).

El grado de realización de las aficiones disminuye paralelamente al aumento en el consumo de heroína. ($p < 0.01$).

PROYECTOS PARA EL FUTURO.

El 73.7 % del grupo estudio manifiesta no tener ningún proyecto para el futuro. En el grupo control este porcentaje disminuye a la tercera parte, (24.9 %), ($p < 0.001$).

En el primer grupo encontramos una correlación con la edad. La presencia de proyectos para el futuro es referida más frecuentemente en el estrato inferior de edad, (media 19.1 años), mientras que su ausencia es más frecuente en el de edad superior, (media 19.8 años), ($p < 0.01$). Sin embargo, no hemos encontrado relación alguna con el tiempo de consumo de heroína o con la dosis administrada.

ANTECEDENTES MEDICOS.

1.- PARTO.

La existencia de problemas en el parto es recogida en la siguiente tabla, (2 - 58).

TABLA 2 - 58. PROBLEMAS EN EL PARTO.

<u>PARTO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NORMAL	81.6 %	91.9 %
CON PROBLEMAS	9.3 %	6.7 %
NS	9.1 %	1.3 %

Esta diferencia está en el límite de la significación estadística.

2.- ENURESIS NOCTURNA.

Los antecedentes de enuresis nocturna en cada grupo son los siguientes, (Tabla 2 - 59).

TABLA 2 - 59. ANTECEDENTES DE ENURESIS.

<u>ENURESIS</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
SI	19.2 %	9.4 %
NO	72.1 %	80.8 %
NS	8.7 %	9.7 %

RESULTADOS

Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.01$).

En los integrantes del grupo estudio que refieren este antecedente la edad media al desaparecer es de 12.2 ± 2.4 años. En el grupo control es algo inferior: 10.9 ± 1.7 años, ($p < 0.005$).

3.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD HEMATOLOGICA.

En el grupo estudio encontramos dos casos, (0.8 %) con antecedentes personales de enfermedad hematológica y tres, (1.3 %), en el grupo control. Todos correspondían a algún tipo de anemia.

Esta pequeña diferencia no alcanza significación estadística.

4.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

Los antecedentes de gonococia son referidos por el 22.7 % de los integrantes del grupo estudio y por el 5.4 % del grupo control. No hemos encontrado ningún caso con antecedentes de sífilis en el grupo control. En el grupo estudio aparecen en el 10.3 %. Refieren antecedentes de las dos enfermedades el 3.4 % de nuestros adictos y ningún integrante del grupo control, ($p < 0.001$)

La existencia de cualquiera de ellos no se correlaciona con la presencia de Ac anti - VIH.

5.- ANTECEDENTES DE ABSCESOS.

Los antecedentes de abscesos cutáneos no son referidos por ningún integrante del grupo control. En el grupo estudio

RESULTADOS

aparecen en el 14.5 %. La significación alcanzada es de ($p < 0.001$).

6.- ANTECEDENTES DE HEPATITIS.

El antecedente de hepatitis es recogido en el 45.9 % del grupo estudio y en el 8.1 % del grupo control, ($p < 0.001$).

En el primer grupo el número medio de meses desde el padecimiento hasta la actualidad es de 26.9 ± 36.7 y en el segundo de 105.7 ± 33.5 meses, ($p < 0.001$).

No encontramos ninguna correlación entre este antecedente y la positividad de los Ac anti - VIH.

7.- ANTECEDENTES DE OTRAS ENFERMEDADES.

Los antecedentes de otras enfermedades son recogidos en la siguiente tabla, (2 - 60).

RESULTADOS

TABLA 2 - 60. ANTECEDENTES OTRAS ENFERMEDADES

<u>GRUPO</u>		
<u>ENFERMEDAD</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NINGUNA	41.8 %	81.1 %
PSIQUIAT.	0.5 %	0.0 %
S. NERV.	1.8 %	2.0 %
PULMONAR	2.3 %	1.2 %
CARDIACA	2.3 %	0.0 %
DIGESTIVO	3.1 %	2.0 %
OSEA-MUSCULAR	0.5 %	0.0 %
RENAL	0.5 %	0.7 %
DERMATOLOG.	0.0 %	2.0 %
OFTALMICA	0.0 %	0.0 %
O.R.L.	0.0 %	1.4 %
INFECCIOSA	2.3 %	0.7 %
ACCIDENTES	15.9 %	5.4 %
INTERV. QCAS.	6.8 %	1.4 %
HERIDAS	8.2 %	1.3 %
ACCIDENTES- TRAFICO	13.2 %	0.7 %

Como podemos apreciar, la frecuencia de estos antecedentes es claramente superior en el grupo estudio. Destaca, también en este grupo, la alta frecuencia de heridas, 8.2 %, accidentes, 15.9 % y accidentes de tráfico, 13.2 %. Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.005$).

8.- DIFERENCIA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.

La pérdida o ganancia ponderal en los últimos tres meses es la recogida en la siguiente tabla, (2 - 61).

TABLA 2 - 61. DIFERENCIA DE PESO ULTIMOS TRES MESES.

<u>PESO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
MENOR	59.6 %	29.5 %
IGUAL	19.6 %	21.5 %
MAYOR	20.3 %	49.0 %

Cabe destacar la mayor frecuencia de pérdida de peso en el grupo ADVP, 60 %, frente al 30 % en el grupo control. Por el contrario, en este último grupo, el aumento de peso es el hecho más frecuente. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

Cuantitativamente hemos estimado la diferencia ponderal aproximada. En el primer grupo la media obtenida es de $- 3.1 \pm 2.7$ Kg, mientras que en el segundo se sitúa en $+ 0.4 \pm 1.7$ Kg, ($p < 0.001$).

En el grupo de ADVP no hemos encontrado correlación entre la diferencia ponderal y el consumo de heroína o la presencia de Ac anti - VIH.

9.- TATUAJES.

Presentan tatuajes el 81.3 % de los componentes del grupo de adictos y el 11.4 % del grupo control.

La distribución según el número de tatuajes es la siguiente, (Tabla 2 - 62).

TABLA 2 - 62. TATUAJES

<u>TATUAJES</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO	18.6 %	88.6 %
1 - 2	32.7 %	10.1 %
> 2	48.6 %	1.3 %

Estas diferencias alcanzan una significación de ($p < 0.001$).

Es de destacar que cerca de la mitad de los integrantes del grupo estudio presenta más de 2 tatuajes. Sin embargo, no hemos encontrado relación entre la presencia de tatuajes y la positividad de los anticuerpos anti - VIH.

Tampoco hemos encontrado relación significativa entre la presencia de tatuajes y el antecedente de hepatitis.

En el grupo estudio la edad media al realizar el primer tatuaje es de 14.7 ± 2.4 años y de 14.2 ± 3.7 años en el grupo control. (No significativo).

Al realizar el último la edad media se sitúa en 17.3 ± 2.0 años en el grupo de adictos y en 14.58 ± 2.5 en el grupo control. En este caso si se alcanza una significación de ($p < 0.001$).

En el grupo estudio encontramos una correlación entre el número de tatuajes y el consumo de heroína. Los adictos con un consumo superior a los 250 mg diarios presentan una media de 4.0 ± 4.0 tatuajes. En los que consumen cantidades inferiores desciende a 3.0 ± 3.6 tatuajes, ($p < 0.01$).

EXPLORACION FISICA.

1.- HEPATOMEGALIA.

Encontramos hepatomegalia en la exploración física en el 18.6 % de los componentes del grupo ADVP y únicamente en el 0.7 % de los del grupo control, ($p < 0.001$).

2.- ESPLENOMEGALIA.

Apreciamos esplenomegalia en la exploración física de 2 pacientes del grupo estudio, (0.8 %) y en ninguno de los del grupo control. (No significativo).

3.- ADENOPATIAS EN DOS O MAS CADENAS GANGLIONARES.

Encontramos adenopatías valorables en dos o más cadenas ganglionares, excluyendo las inguinales, en el 5.2 % de los integrantes del grupo estudio y en el 0.4 % de los del grupo control, ($p < 0.001$). Su presencia es más frecuente en los adictos con Ac anti - VIH, ($p < 0.005$).

Los pacientes con adenopatías presentan un elevado consumo de heroína, con una media superior a los 250 mg diarios. De un total de 13 casos valorables, 4, (30 %), consumen cantidades inferiores a los 250 mg y 9, (70 %), cantidades superiores, ($p < 0.005$).

RESULTADOS

ABANDONO TEMPORAL DEL CONSUMO DE DROGAS.

El 60 % de los integrantes del grupo estudio refiere haber abandonado temporalmente el consumo de alguna droga un mínimo de un mes, después de haberla consumido al menos durante tres meses seguidos. La principal droga, implicada en más del 80 % de los casos, es la heroína.

La distribución según la droga que se ha dejado de consumir es la siguiente, (Tabla 2 - 50).

TABLA 2 - 50. ABANDONO TEMPORAL DE DROGAS.

<u>DROGA</u>	<u>FRECUENCIA</u>
TODAS	3.6 %
HACHIS	6.8 %
COCAINA	6.8 %
HEROINA	19.6 %
HEROINA Y ALGUNA OTRA	62.5 %

TRATAMIENTOS PARA ABANDONAR EL CONSUMO DE DROGAS.

El 45.5 % de los integrantes del grupo estudio no ha seguido ningún tipo de tratamiento para abandonar el consumo de drogas. El 42.7 % manifiesta haber seguido uno o dos tratamientos y el 11.8 % más de dos. La media por paciente se sitúa en 0.97 ± 1.2 tratamientos.

No encontramos una relación clara entre el tiempo de consumo de heroína y el número de tratamientos realizados. Si apreciamos una tendencia positiva a medida que éste aumenta. Esta relación no aparece, sin embargo, al considerar la edad actual de nuestros adictos.

Por otra parte, si valoramos la cantidad de heroína consumida, observamos una significativa diferencia entre los adictos con consumo inferior a los 250 mg diarios y los de consumo superior. En este último subgrupo la media de

RESULTADOS

tratamientos es de 1.26 ± 1.40 , mientras que en el primero es sólo de 0.82 ± 1.06 , ($p < 0.01$).

ASISTENCIA HOSPITALARIA.

El 69.7 % de los integrantes del grupo estudio ha precisado asistencia hospitalaria por causas relacionadas con el consumo de drogas. El 90.3 % la precisaron en una o dos ocasiones y el 9.6 % restante en más de dos.

La media de asistencias hospitalarias por adicto se sitúa en 0.83 ± 0.86 . Los motivos de esta demanda asistencial son los siguientes. (Tabla 2 - 63).

TABLA 2 - 63. MOTIVOS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA.

S.ABSTINEN	25.1 %
DESHABIT	2.0 %
SOBREDOSIS	7.7 %
HEPATOPATIA	26.7 %
ESTUDIO	4.2 %
P.INFECCIOSA	23.1 %
OTROS	9.5 %

Como vemos, las causas más frecuentes de asistencia son el síndrome de abstinencia, las hepatopatías y la patología infecciosa.

La media de asistencias hospitalarias es superior en los adictos con elevado consumo de heroína. Los casos con consumo superior a los 250 mg/día alcanzan una media de 1.37 ± 1.53 asistencias, frente a las 0.64 ± 0.85 precisadas por los que presentan un consumo inferior, ($p < 0.05$).

INTENCION DE SUICIDIO.

Tanto el haber valorado la posibilidad de suicidarse como el haberlo intentado son referidas casi de forma exclusiva por los integrantes del grupo estudio, como podemos apreciar en la siguiente tabla, (2 - 64).

TABLA 2 - 64. INTENCION DE SUICIDIO

<u>SUICIDIO</u>	<u>GRUPO</u>	
	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NO LO HAN PENSADO	35.2 %	88.6 %
SI LO HAN PENSADO	50.2 %	11.8 %
PENSADO E INTENTADO	14.7 %	0.0 %

Sin entrar a valorar las acciones que son referidas como intentos de suicidio, las diferencias entre ambos grupos son muy significativas, ($p < 0.001$).

Por otra parte, aunque no llega a alcanzar significación estadística, es de destacar el progresivo aumento de edad desde los que no han pensado en el suicidio hasta los que lo han intentado. Los que no han pensado en él presentan una edad media de 19.2 años, los que solo lo han pensado de 19.6 años y los que manifiestan haberlo intentado de 19.9 años.

No encontramos, sin embargo, relación alguna con el consumo de heroína.

AUTOLESIONES.

El 44.1 % de los integrantes del grupo estudio refiere autolesiones. En el grupo control no encontramos ningún caso, ($p < 0.001$). La media de autolesiones es de 1.04 ± 1.61 .

No encontramos relación entre la práctica de las autolesiones y la edad, pero sí con el consumo de heroína. Las

RESULTADOS

autolesiones son más frecuentes en los adictos que consumen cantidades diarias de heroína superiores a los 250 mg, ($p < 0.005$).

La práctica de estas autolesiones se correlaciona también, (+0.672), con el número de ingresos en prisión. La media en los que no han ingresado en prisión es de 0.51, para elevarse a 1.52 en los que refieren este antecedente, ($p < 0.005$).

PREFERENCIA EN LAS COMIDAS.

A la hora de elegir el contenido de una comida habitual la preferencia en cada grupo es la siguiente, (Tabla 2 - 65).

TABLA 2 - 65. PREFERENCIA EN LAS COMIDAS.

	<u>GRUPO</u>	
<u>COMIDA</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
CARNES Y PESCADOS	5.9 %	32.9 %
ZUMOS Y PASTERIA	89.4 %	3.4 %
VARIABLE	4.5 %	63.8 %

Es de destacar que la práctica totalidad del grupo estudio, 89.4 %, prefiere una comida "dulce", mientras que en el grupo control es más frecuente el variar de contenido, pasando los zumos y los productos de pastelería al último lugar, ($p < 0.001$).

RESULTADOS

PARAMETROS HEMATOLOGICOS

HEMATIES.

La media de glóbulos rojos en el grupo ADVP es de $5.08 \pm 0.35 \times 10^{12}/l$. En el grupo control es bastante similar, $5.02 \pm 0.35 \times 10^{12}/l$. Esta pequeña diferencia no llega a alcanzar significación estadística.

HEMOGLOBINA.

En el grupo estudio el valor medio de la hemoglobina se sitúa en 15.66 ± 1.0 gr / dl y en el grupo control en 16.0 ± 1.0 gr / dl. Esta diferencia está en el límite de la significación estadística.

HEMATOCRITO.

En el grupo ADVP el valor hematocrito medio se sitúa en el 47.25 ± 3.19 % y en el grupo control en 48.29 ± 2.71 %. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.01$).

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM).

En el primer grupo el valor medio del volumen corpuscular es de 91.14 ± 4.90 fl y en el segundo de 86.57 ± 3.66 fl. También en este caso la diferencia es significativa, ($p < 0.001$).

En el grupo ADVP encontramos un VCM más elevado en los adictos con elevado consumo alcohólico. Así en los que consumen más de 40 g/alcohol/día la media se sitúa en $93.84 \pm$

RESULTADOS

4.30 fl, mientras que en los casos con consumos inferiores es de 88.07 ± 5.45 fl. ($p < 0.05$).

HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA.

El valor medio para la hemoglobina corpuscular en el primer grupo es de 31.14 ± 1.95 pg y de 30.58 ± 1.37 pg, en el segundo, ($p < 0.05$).

PLAQUETAS.

La media de plaquetas en el grupo ADVP es de $247.019 \pm 70.954 \times 10^9/l$ mientras que en el grupo control alcanza las $291.524 \pm 65.971 \times 10^9/l$, ($p < 0.001$).

No hemos encontrado relación entre el número de plaquetas y el consumo de heroína o la presencia de anticuerpos anti - VIH.

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR.

En el grupo ADVP el valor medio para la velocidad de sedimentación globular en la primera hora es de 7.54 ± 8.67 mm/h y de 2.17 ± 1.59 mm/h en el grupo control. Esta diferencia es significativa estadísticamente, ($p < 0.001$).

La elevación de la velocidad de sedimentación se correlaciona positivamente, (+0.706), con la presencia de anticuerpos anti - VIH, ($p < 0.005$), y con los consumos elevados de heroína. El subgrupo con consumo superior a los 250 mg/ día presenta una velocidad media de 10.24 ± 9.4 mm/h mientras que en los que consumen cantidades inferiores es únicamente de 5.77 ± 7.6 mm/h.

RESULTADOS

LEUCOCITOS.

El valor medio de leucocitos en el primer grupo es de $7.510 \pm 1.630 \times 10^9/l$ y en el segundo de $7.760 \pm 1.450 \times 10^9/l$. Esta diferencia no alcanza significación estadística.

NEUTROFILOS.

El porcentaje medio de neutrófilos en el grupo estudio es del $56.24 \pm 8.39 \%$ y del $61.12 \pm 6.18 \%$ en el grupo control.

En valor absoluto la media del primer grupo es de $4.223 \pm 0.629 \text{ cel} \times 10^9/l$ y en el segundo de $4.663 \pm 0.471 \times 10^9/l$. La significación alcanzada es de ($p < 0.001$).

LINFOCITOS.

En el grupo estudio el porcentaje medio de linfocitos se sitúa en el $32.63 \pm 7.40 \%$ y en el $30.27 \pm 6.18 \%$ en el grupo control.

Los valores absolutos son de $2.450 \pm 0.555 \text{ cel} \times 10^9/l$ en el primer grupo y de $2.348 \pm 0.479 \text{ cel} \times 10^9/l$ en el segundo. La significación en este caso es de ($p < 0.005$).

La media de linfocitos en los portadores de anticuerpos anti - VIH es de $2.375 \text{ cel} \times 10^9/l$, mientras que en los negativos es algo superior, $2.490 \text{ cel} \times 10^9/l$. Esta diferencia está en el límite de la significación estadística.

MONOCITOS.

En el grupo ADVP el porcentaje medio de monocitos es del $6.33 \pm 2.23 \%$ y en el grupo control del $5.66 \pm 1.71 \%$. En valores absolutos estos porcentajes representan 0.475 ± 0.167

RESULTADOS

cel $\times 10^9/l$ en el primer grupo y $0.439 \pm 0.132 \times 10^9/l$ en el segundo. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

EOSINOFILOS.

En el primer grupo el porcentaje medio de eosinófilos alcanza el $3.30 \pm 2.42 \%$ y el $2.03 \pm 1.17 \%$ en el segundo, lo que en valores absolutos corresponde a 0.247 ± 0.181 cel $\times 10^9/l$ en el primer caso y 0.157 ± 0.090 cel $\times 10^9/l$ en el segundo, ($p < 0.001$).

BASOFILOS.

En el grupo ADVP el porcentaje medio de basófilos se sitúa en el $0.54 \pm 0.36 \%$ y en el grupo control en el $0.62 \pm 0.40 \%$. En valores absolutos estos porcentajes equivalen a 0.040 ± 0.027 basófilos $\times 10^9/l$ en el grupo estudio y a 0.048 ± 0.031 basófilos $\times 10^9/l$ en el grupo control. (No significativo).

RESULTADOS

PARAMETROS BIOQUIMICOS

PROTEINAS TOTALES.

En el primer grupo el valor medio de las proteínas totales es de 7.25 ± 0.56 g/dL y en el segundo de 7.32 ± 4.27 g/dL. (No significativo).

En el grupo ADVP apreciamos diferencias estadísticamente significativas entre los portadores y no portadores de anticuerpos anti - VIH. En los primeros el valor medio es superior, 7.32 g/dL a los 7.15 g/dL de los segundos. ($p < 0.005$).

Si estudiamos el valor de las proteínas totales en relación a la positividad de los marcadores de hepatitis B, encontramos que cuando éstos son positivos el valor medio es significativamente inferior. En los positivos se sitúa en 7.02 ± 0.52 g/dL para ascender en los negativos a 7.30 ± 0.56 g/dL, ($p < 0.005$).

No encontramos, sin embargo, relación significativa entre el valor de las proteínas totales y el consumo de heroína.

ALBUMINA.

En el grupo estudio el valor medio de la albúmina se sitúa en 4.47 ± 0.33 g/dL y en el grupo control en 4.74 ± 0.26 g/dL. La significación estadística es de ($p < 0.001$).

El valor medio en los portadores de anticuerpos anti - VIH es significativamente inferior, 4.41 g/dL, a los 4.54 g/dl de los casos negativos, ($p < 0.01$).

Por otra parte, en los pacientes con un consumo de heroína inferior a los 250 mg/día el valor medio de la albúmina es de 4.51 ± 0.32 g/dL mientras que en los que consumen cantidades superiores la media se sitúa en 4.40 ± 0.35 g/dL. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.05$).

RESULTADOS

COLESTEROL.

El valor medio de colesterol en el grupo ADVP es de 155 ± 34 mg / dL y de 173 ± 31 mg / dL en el grupo control. Esta diferencia es significativa estadísticamente, ($p < 0.001$).

El subgrupo con consumo de heroína superior a los 250 mg/día presenta una media de colesterol inferior, 154 mg/dL, a los que refieren consumos inferiores, en los que el valor medio se sitúa en 159 mg/dl, ($p < 0.01$).

TRIGLICERIDOS.

Para el primer grupo el valor medio de los triglicéridos es de 96 ± 32 mg / dL mientras que en el segundo sólo alcanza los 89 ± 35 mg / dL, ($p < 0.001$).

No encontramos diferencias significativas en relación al consumo de heroína.

CREATINOSFOQUINASA. (CPK).

El valor medio de la CPK en nuestros adictos es de 293 ± 1211 U/L mientras que en el grupo control sólo alcanza las 90 ± 70 U/L. En este caso la significación es de ($p < 0.001$).

La media de CPK es significativamente más elevada en aquellos pacientes que se administran la heroína en más de 2 "picos" diarios, 320 U/L, mientras que en los que emplean 1 ó 2 "picos" es de 258 U/L, ($p < 0.01$).

RESULTADOS

GLUCOSA.

El valor medio de glucemia en el grupo estudio es de 87 ± 14 mg/dL y de 84 ± 7 mg/dL en el grupo control. Esta diferencia está próxima a la significación estadística.

Los pacientes con consumo de heroína superior a los 250 mg/día presentan una media más elevada que los que consumen cantidades inferiores. En los primeros alcanza los 91 mg/dL frente a los 86 mg/dL de los segundos, ($p < 0.05$).

BILIRRUBINA

El valor medio de la bilirrubina total en el primer grupo es de 0.80 ± 0.37 mg/dL y de 0.66 ± 0.22 mg/dL en el segundo. Esta diferencia es estadísticamente significativa, ($p < 0.001$).

~~GAMMA - GLUTAMIL - TRANSPEPTIDASA. (GGT).~~

El valor medio de la GGT es de 59 ± 63 U/L en el grupo estudio y de 18 ± 13 U/L en el grupo control. La significación alcanzada es de ($p < 0.001$).

El valor medio de la GGT en los adictos con positividad a algún marcador de hepatitis B es superior al obtenido en el subgrupo con marcadores negativos. En el primero la media es de 63.6 ± 68.4 U/L frente a los 44.5 ± 38.3 U/L del segundo, ($p < 0.001$).

TRANSAMINASA GLUTAMICO - OXALACETICA (GOT).

En el primer grupo el valor medio de GOT, (amino - aspartato - transferasa, AST), es de 93.20 ± 104.68 U/L, mientras que en el segundo sólo alcanza las 19.24 ± 9.68 U/L. Como en el caso anterior la significación estadística es de ($p < 0.001$).

También, al igual que ocurría con la GGT, el valor medio en el subgrupo con positividad a algún marcador de hepatitis B es más elevado que en el subgrupo con marcadores negativos: 102 ± 97 U/L en el primero y 66.2 ± 132 U/L en el segundo, lo que alcanza una significación de ($p < 0.001$).

TRANSAMINASA GLUTAMICO - PIRUVICA (GPT).

La media de GPT, (amino -alanina - transferasa, ALT), en el grupo ADVP es de 191.84 ± 248.80 U/L y de 19.58 ± 10.32 U/L en el grupo control, ($p < 0.001$).

En el subgrupo con positividad a algún marcador de la hepatitis B encontramos una media superior al que presenta el subgrupo con marcadores negativos. En el primero la media se sitúa en 224 ± 268 U/L, mientras que en el segundo es sólo de 79 ± 96 U/L. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

LACTATO DESHIDROGENASA.

El valor medio de lactato deshidrogenasa en el grupo estudio es de 184.51 ± 56.55 U/L y de 153.12 ± 33.42 U/L en el control, ($p < 0.001$).

En los portadores de anticuerpos anti - VIH el valor medio es significativamente más elevado que en los adictos sin anticuerpos. En los primeros alcanza las 189 U/L mientras que en los segundos es de 175 U/L, ($p < 0.01$).

RESULTADOS

Si consideramos la positividad a algún marcador de hepatitis B, el subgrupo positivo presenta una media de 192.4 ± 56.2 U/L, frente a las 156.2 ± 51.6 U/L del subgrupo negativo, ($p < 0.005$).

PARAMETROS INMUNOLOGICOSCOMPLEMENTO.C - 3.

El valor medio de C-3 en el grupo ADVP es de 127.6 ± 28.8 mg/dL y de 132.0 ± 25.7 mg/dL en el grupo control, ($p < 0.005$).

El valor medio en el subgrupo con anticuerpos anti - VIH es de 126.3 mg/dL, mientras que en el subgrupo sin anticuerpos es algo superior, 129.7 mg/dL, ($p < 0.05$).

C - 4.

El valor medio para el C-4 en el grupo estudio es de 32.3 ± 9.5 mg/dL y de 32.2 ± 10.0 mg/dL en el grupo control. Esta pequeña diferencia no alcanza la significación estadística.

Como en el caso del C - 3, los valores medios son diferentes para los subgrupos con y sin anticuerpos anti - VIH. En el primer caso la media es de 32.9 mg/dL y en el segundo de 31.3 mg/dL, ($p < 0.05$).

Ig A.

El valor medio de la Ig A en el grupo ADVP es de 179.4 ± 73.3 mg/dL y de 196.7 ± 62.6 mg/dL en el grupo control. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.005$).

No encontramos diferencias en relación al consumo de heroína o a la presencia de anticuerpos anti - VIH.



RESULTADOS

Ig G.

La Ig G en el grupo estudio presenta una media de 1420.3 ± 57.7 mg/dL mientras que en el grupo control es de 1109.3 ± 165.1 mg/dL. Esta diferencia alcanza una significación de ($p < 0.001$).

A diferencia de la Ig A, en la que no apreciamos diferencias significativas entre los adictos con y sin anticuerpos anti - VIH, en este caso si aparecen. En el subgrupo con anticuerpos la media es de 1575 mg/dL, mientras que en los casos negativos es de 1232 mg/dL, ($p < 0.005$).

Asimismo encontramos valores más elevados en los ADVP con consumos de heroína superiores a los 250 mg/día. En éstos el valor medio es de 1572.1 ± 657.4 mg/dL, mientras que en los que consumen menos de esta cantidad la media se sitúa en 1341.5 ± 388.0 mg/dL, ($p < 0.001$).

Ig M.

En el grupo ADVP el valor medio de la Ig M es de 231.60 ± 114.69 mg/dL y en el grupo control de 142.07 ± 67.85 mg/dL. También en este caso la significación obtenida es elevada, ($p < 0.001$).

La diferencia entre los subgrupos con y sin anticuerpos anti - VIH es aquí más evidente. En el primero la media se eleva a 267.6 mg/dL mientras que en el segundo sólo alcanza los 185.8 mg/dL. Esta diferencia obtiene una significación de ($p < 0.001$).

Encontramos también una diferencia significativa en relación al consumo de heroína. En los adictos con consumo superior a los 250 mg la media es de 270 ± 120 mg/dL, mientras que en los que consumen menos de esta cantidad es únicamente de 211 ± 106 mg/dL, ($p < 0.001$).

RESULTADOS

MARCADORES DE HEPATITIS.

VHA Ig M.

En el grupo control no hemos encontrado ningún caso con anticuerpos anti VHA Ig M. En el grupo estudio 2 pacientes son positivos, lo que supone el 0.8 %. Esta pequeña diferencia no alcanza la significación estadística.

HBS Ag.

Como en el caso anterior no encontramos ningún caso con positividad al HBS Ag en el grupo control. Sin embargo son positivos el 14.4 % del grupo ADVP, ($p < 0.001$).

HBS Ag.

Presentan anticuerpos anti HBS el 0.8 % de los integrantes del grupo control y el 40.7 % del grupo estudio. También aquí se alcanza una elevada significación, ($p < 0.001$).

HBE Ag.

No encontramos ningún caso con HBE Ag en el grupo control. En el grupo estudio la positividad alcanza el 7.5 %, lo que consigue una significación de ($p < 0.001$).

RESULTADOS

HBe Ac.

La positividad del HBe Ac en el grupo control es únicamente del 1.2 %. En el grupo estudio alcanza el 46.7 %. Como con los marcadores previos la significación es elevada. ($p < 0.001$).

HbC Ac.

En el grupo control presentan anticuerpos anti HbC el 0.8 %, mientras que en el grupo estudio este porcentaje se eleva al 61.7 %. Como era de esperar la significación es alta. ($p < 0.001$).

HbC Ac Ig M.

La fracción Ig M de los anticuerpos anti HbC es negativa en todos los integrantes del grupo control. En el grupo estudio son positivos el 19.6 %, ($p < 0.001$).

DELTA.

No hemos encontrado ningún caso con anticuerpos antidelta positivos en el grupo control. En el grupo estudio son positivos el 15.1 %, ($p < 0.001$).

VALORACION GLOBAL DE LOS MARCADORES DE HEPATITIS

La positividad a alguno de los marcadores del virus de la hepatitis B, (VHB), es del 3.4 % en el grupo control y del

RESULTADOS

79.8 % en el grupo estudio, ($p < 0.001$).

En este grupo la positividad es más frecuente en los adictos que consumen cantidades elevadas de heroína. La media diaria en los casos positivos es de 353 ± 270 mg mientras que en los negativos solo alcanza los 264 ± 253 mg, ($p < 0.005$).

La positividad a alguno de los marcadores del VHB es también significativamente superior en los que refieren un tiempo de consumo de heroína superior a los 2 años, ($p < 0.001$).

La forma de comienzo con la heroína establece también diferencias significativas en la positividad a los marcadores del VHB. Los adictos con algún marcador positivo comenzaron la administración de heroína mayoritariamente por vía intravenosa, ($p < 0.01$).

La circunstancia de haber compartido las cuchillas de afeitar o el cepillo de dientes no parece influir en la presencia de marcadores positivos del VHB.

ANTICUERPOS ANTI - V.I.H.

En el grupo control no hemos encontrado ningún caso con anticuerpos anti - VIH positivos. En el grupo estudio la positividad alcanza el 57.1 %, ($p < 0.001$).

Encontramos una correlación entre el consumo de heroína y la presencia de anticuerpos anti - VIH. Estos son más frecuentes en los pacientes con un consumo de heroína elevado. media: 421 ± 307 mg/día. En los casos negativos esta media se sitúa en los 225 ± 155 mg/día, ($p < 0.01$).

Encontramos asimismo una mayor frecuencia de Ac anti - VIH en los pacientes que refieren administrarse la heroína preferentemente en compañía de otros adictos, ($p < 0.005$).

Sin embargo, no encontramos ninguna relación entre la presencia de Ac anti - VIH y el uso compartido de las cuchillas de afeitar o el cepillo de dientes.

ESTUDIO DE COAGULACION.

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA. (TTPA).

El tiempo de tromboplastina parcial activada se ha valorado en segundos en relación a los valores de los respectivos controles.

En el grupo estudio la diferencia es de $+ 4.08 \pm 4.07$ segundos, reduciéndose en el grupo control a $+ 0.3 \pm 1.4$ segundos, ($p < 0.001$).

No apreciamos, sin embargo, diferencias significativas en relación a la presencia de anticuerpos anti - VIH. No obstante los pacientes con un consumo de heroína superior a los 250 mg diarios presentan un mayor alargamiento, 4.7 seg, que los que consumen cantidades inferiores, 3.9 seg.

TIEMPO DE PROTOMBINA (TP).

El tiempo de protombina se ha valorado en porcentaje respecto al tiempo standard del 100 %.

En el grupo estudio la media es del 88 ± 10 % mientras que en el grupo control alcanza el 97 ± 3 %, ($p < 0.001$).

En esta determinación no observamos diferencias significativas en relación a la presencia de anticuerpos anti - VIH o consumo de heroína.

TIEMPO DE TROMBINA (TT).

El tiempo de trombina se ha valorado también en segundos, en relación a los valores de los respectivos controles.

RESULTADOS

En el grupo estudio la media se sitúa en $+ 1.84 \pm 2.00$ segundos mientras que en el grupo control desciende a los $+ 0.03 \pm 1.5$ segundos. También en este caso la significación alcanzada es elevada, ($p < 0.001$).

Al igual que en el tiempo de protombina no encontramos diferencias en relación a la positividad de los Ac anti - VIH. Sin embargo, éstas si aparecen en relación al consumo de heroína. Los adictos con consumo superior a los 250 mg/día presentan una media de $+ 2.3 \pm 2.2$ segundos mientras que para consumos inferiores se sitúa en 0.9 ± 1.4 segundos, ($p < 0.01$).

TOXICOS EN ORINA.

Los resultados de la determinación de drogas de abuso en orina, para cada grupo, son los siguientes, (Tabla 2 - 66).

TABLA 2 - 66. DROGAS DE ABUSO EN ORINA

	<u>GRUPO</u>	
<u>TOXICO</u>	<u>ESTUDIO</u>	<u>CONTROL</u>
NINGUNO	1.3 %	79.0 %
CANNABIS	6.0 %	15.2 %
COCAINA	1.4 %	0.0 %
BENZODIAZEPINAS	3.7 %	0.4 %
BARBITURICOS	0.5 %	0.0 %
ANFETAMINAS	0.0 %	0.0 %
OPIACEOS	14.0 %	0.4 %
CANNAB + OPIAC	27.4 %	0.4 %
CANNAB + BENZO	4.3 %	0.0 %
OPIACEOS + OTRA DROGA	6.0 %	0.0 %
OPIACEOS + DOS O + DROGAS	26.4 %	0.0 %
OTRAS DOS O + DROGAS	6.1 %	0.0 %

Las diferencias entre ambos grupos son claras, alcanzando una significación de ($p < 0.001$).

~~POLICONSUMO DE DROGAS~~

POLICONSUMO DE DROGAS.

Los resultados del análisis de los antecedentes de consumo y consumo actual de drogas en el grupo de adictos y en el grupo control son los siguientes:

A.- GRUPO CONTROL, ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS

TABLA 2 - A7. GRUPO CONTROL, ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS.

TOTAL	(A) ALCOHOL	(T) TABACO	(H) MARIHUANA	(F) FARMACOS	(C) COCAINA	(L) LSD
Nº TOTAL DE CASOS	176	130	61	24	8	11
FRECUENCIA	90.6 %	65.8 %	63.7 %	19.6 %	18.7 %	8.1 %
TIPO DE CONSUMO	DIAS SEM	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS	DIAS
FRECUENCIA (X)	7.3 36.3 56.2	62.7 37.3	91.6 3.1 3.6 1.5	17.3 36.2 46.4	18.7	8.1
(Nº CASOS)	13 64 99	81 49	49 4 3 4	4 8 12	8	11
TODAS	6 (2.6 %)	- - 6 4 2	1 - 3 2	2 - 4	6	6
A+T+H+F+C	7 (3.9 %)	- - 7 6 1	1 1 3 2	2 1 4	7	-
A+T+H+F	16 (7.0 %)	3 2 11 13 3	9 1 3 3	2 6 8		
A+T+H	43 (19.5 %)	3 11 29 27 16	37 3 2 1			
T+H+F	19 (8.6 %)		15 4 12 2 2 3	3 7 9		
T+H+C	8 (3.6 %)		7 1 3 1 3 1		8	
A+H+F	17 (7.7 %)	3 2 12		11 2 2 2	4 5 8	
A+F+C	7 (3.1 %)	- - 7		1 2 4	7	

RESULTADOS

TABLA 2 - 67. (CONTINUACION). GRUPO CONTROL. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS

TOTAL	(A)	(T)	(H)	(F)	(C)	(L)
	ALCOHOL	TABACO	MACHIS	FARMACOS	COCAINA	LSO
NR TOTAL DE CASOS	176	130	61	24	8	11
FRECUENCIA	99,6 %	65,8 %	63,7 %	19,6 %	10,7 %	8,1 %
TIPO DE CONSUMO	OCAS. SEM. DIAR.	EUJ. NEG.	OCAS. UNO DOS +DOS	ANF. BENZ. AM+BEN.	OCAS. 0 +	OCAS. 0 +
A+T	119 (54,0 %)	8 36 75 76 43				
A+H	54 (24,5 %)	3 13 38	45 4 3 2			
A+F	21 (9,5 %)	2 4 15		3 7 11		
A+C	7 (3,1 %)	- - 7			7	
A+L	9 (4,0 %)	- 2 7				9
T+H	50 (22,7 %)	30 20	41 3 2 4			
T+F	23 (10,4 %)	19 4		3 8 12		
T+C	8 (3,6 %)	7 1			8	
T+L	11 (5,0 %)	9 2				11
H+F	20 (9,0 %)		13 2 3 2	4 7 9		
H+C	8 (3,6 %)		3 1 3 1		8	
H+L	8 (3,6 %)		3 1 3 1			8
F+C	8 (3,6 %)			1 1 6	8	
F+L	9 (4,0 %)			2 7		9

RESULTADOS

B.- GRUPO ESTUDIO, ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS.

TABLA 2 - 68. GRUPO ESTUDIO, ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS.

TOTAL	(A) <u>ALCOHOL</u>	(H) <u>MECHIS</u>	(F) <u>FARMACOS</u>	(C) <u>COCAINA</u>	(L) <u>LSD</u>					
Nº TOTAL DE CASOS	240	247	238	237	117					
FRECUENCIA	97.2 %	100 %	100 %	95.9 %	47.2 %					
<u>TIPO DE CONSUMO</u>	<u>SEM-DIAR</u>	<u>SEM-DIARIO</u>	<u>BENZO</u>	<u>AMFETAS</u>	<u>OCAS</u>	<u>SEM-DIAR</u>	<u>TOCOS</u>			
FRECUENCIA (%)	29.4	70.5	20.1	79.9	96.3	80.9	60.1	39.8	47.2	
Nº CASOS	71	169	50	197	238	200	143	94	117	
TODAS	97 (29.2 %)	25	72	16	81	80	17	72	25	97
HANF+C	145 (58.7 %)	39	106	13	132	125	20	109	36	
HANF+L	110 (44.5 %)	25	85	10	100	90	20			
HANF+H	103 (41.7 %)	30	73	18	85			74	29	103
HNF+H	99 (40.0 %)			8	91	82	17	75	24	99
ANF+H	103 (41.7 %)	24	79			85	18	76	27	103
HANF	197 (79.7 %)	53	144	21	176	165	32			
HANF+C	155 (62.7 %)	45	110	15	140			115	40	
HANF+L	117 (47.3 %)	31	86	10	107					117
HNF+C	150 (60.7 %)			14	136	130	20	114	36	
HNF+L	113 (45.7 %)			11	102	93	20			113

RESULTADOS

TABLA 2 - 66. (CONTINUACION). GRUPO ESTUDIO. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS..

TOTAL	IAJ		BIJ		FJ		CJ		(L)
	ALCOHOL		MACHIS		FARMACOS		COCAINA		LSO
NR TOTAL DE CASOS	240		247		238		237		117
FRECUENCIA	97.2 %		100 %		100 %		95.9 %		47.2 %
TIPO DE CONSUMO	SEM. DIAR		SEM. DIARIO		BENZO. AMFETAS		OCAS. SEM-DIAR		TODOS
FRECUENCIA	29.4	70.5	20.1	79.8	96.3	80.9	60.1	39.8	47.2
NR CASOS	71	169	50	197	238	200	143	94	117
HCML	105 (42.5 %)		8	97			77	29	105
AMFC	135 (62.7 %)	41	114		134	21	117	38	
AMFL	119 (48.1 %)	29	90		98	21			119
AMCL	107 (45.3 %)	29	78				78	29	107
FACL	106 (42.9 %)				88	18	78	28	106
AMH	216 (87.4 %)	65	151	25	191				
AMF	210 (85.0 %)	58	152		177	33			
AMC	167 (67.6 %)	49	118				123	44	
AML	127 (51.4 %)	35	92						127
AMF	202 (81.7 %)		21	181	170	32			
AMC	163 (65.9 %)		17	146			121	42	
AML	119 (48.1 %)		9	110					119
FAC	163 (65.9 %)				142	21	122	41	
FAC	123 (49.2 %)				102	21			123
CM	112 (45.3 %)						80	32	112

RESULTADOS

TABLA 2 - 69. GRUPO ESTUDIO. CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO MES.

TOTAL	(H)		(A)		(F)		(C)		(L)	
	HACHIS		ALCOHOL		FARMACOS		COCAINA		LSR	
NR TOTAL DE CASOS	218		205		181 31		95		26	
FRECUENCIA	88.1 %		82.7 %		73.0 %		38.2 %		10.2 %	
<u>TIPO DE CONSUMO</u>	<u>SEMAN DIAR</u>		<u>SEMAN DIARIO</u>		<u>BENZO</u>		<u>ANFETAM</u>		<u>SEMAN DIARIO</u>	<u>TOBOS</u>
FRECUENCIA	8.2	91.7	20.2	79.6	73.0	12.3	48.6	51.3	12.2	
NR CASOS	18	200	42	163	181	31	46	49	26	
TODAS	12	(4.8 %)	12	1	11	8	4	9	3	12
H+A+F+C	45	(18.2 %)	6	39	8	37	34	11	40	5
H+A+F+L	14	(5.6 %)	1	13	1	13	9	5		14
H+A+F	99	(40.0 %)	16	83	19	80	72	27		
H+A+C	69	(27.9 %)	11	58	11	56		58	11	
H+A	185	(74.8 %)	35	150	36	149				
H+F	110	(44.5 %)	21	89			78	32		
H+C	82	(33.1 %)	16	66				68	14	
H+L	24	(9.7 %)	4	20						24
A+F	107	(43.3 %)		21	86	79	28			
A+C	77	(31.1 %)		13	64			64	13	
A+L	21	(8.5 %)		2	19					21

RESULTADOS

TABLA 2 - 49. (CONTINUACION). GRUPO ESTUDIO. CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO MES.

TOTAL	(H)		(A)		(F)		(C)		(L)			
	MACHOS		ALCOHOL		FARMACOS		COCAINA		LSD			
Nº TOTAL DE CASOS	218		205		181		31		95		26	
FRECUENCIA	88.4 %		82.7 %		73.0 %		38.2 %		10.2 %			
<u>TIPO DE CONSUMO</u>	<u>SEMAN DIAR</u>		<u>SEMAN DIARIO</u>		<u>BEZVO</u>		<u>ANFITAS</u>		<u>SEMAN DIARIO</u>		<u>TOCOS</u>	
FRECUENCIA	8.2 91.7		20.2 79.6		71.0 12.3		48.6 51.3		12.2			
Nº CASOS	18 200		42 163		181 31		46 49		26			
FMC	58 (23.4 %)				44 14		49 9					
FAL	16 (6.4 %)				11 5						16	
CHL	18 (7.2 %)						13 5		18			

DISCUSION

LA MUESTRA

La mayoría de los autores destacan la gran heterogeneidad de las muestras de heroínómanos, (34, 208). En nuestro caso tiene unas características de edad y sexo claramente definidas. Dado que ningún integrante solicitó asistencia médica en el momento de realizar el estudio podemos pensar que dicha muestra es fiable en cuanto a representatividad para el contexto de varones heroínómanos intravenosos en edad de realizar el Servicio Militar.

Por estas particularidades resulta difícil la comparación de nuestros resultados con los de otros autores. En general, la proporción hombre - mujer oscila de tres/ cuatro a uno, (116, 129, 209, 210), cuando son realizados sobre población heroínómana que demanda tratamiento y de cinco a uno en el caso de trabajos realizados en medios policiales, (208).

No existe, sin embargo, unanimidad en estas proporciones. Así, Judson (211), en una amplia muestra de pacientes que demandaron tratamiento encuentra una proporción hombres - mujeres de 9 a 1.

En cualquier caso las diferencias entre la drogadicción masculina y femenina son conocidas y ampliamente aceptadas: Ramsey (160, 212).

EDAD

La media de edad de nuestros adictos es de 19.3 ± 1.33 años, algo superior a la del grupo control. Por la razón anteriormente comentada nuestra edad media es algo menor a la referida en la mayoría de los trabajos. La edad media de nuestros adictos es inferior la encontrada por Simpson (176),

DISCUSION

con una media de 22 años; Tunving (213), 22 ± 4 años, o Altenkirch (214), con 23 años.

Más próximos están los resultados de Parker (208), en el Reino Unido. El 98 % de los integrantes de una amplia muestra estudiada por este autor (208), estaba comprendida entre los 17 y los 34 años, con una moda de 19 años.

Más alejados quedan los resultados de Judson (211), con una media de 27.5 años, Kosten (146), con una edad media de 28 años o Magura (206), con una media de edad de 32 años.

En nuestro país, Cabezón (215), refiere una media de 20.0 años; Zulaica (216), de 21.2 años; Herrero (217), de 23 años; Luna (218), de 22 años y Aguilar (219), de 23.4 años. Los resultados de otros autores españoles muestran también edades algo superiores a la nuestra: Vargas (220), y Lligona (221), refieren una media de edad de 24 años; Díez (210), de 24.02 años; García Álvarez (104), de 24.10 años; Brigos (222), de 24.70 o Sánchez - Carbonell (223), de 24 años. Como comentamos anteriormente, la mayoría de estos trabajos se realizaron en grupos que demandaron alguna tipo de tratamiento médico.

ESTADO CIVIL

La circunstancia de tener pareja parece influir en la historia natural del adicto. La pérdida de la pareja, sea esta legal o no, ocasiona frecuentemente una disminución en la dosis de heroína y un aumento en la de alcohol, en posible relación con la pérdida de ingresos que en ocasiones supone la separación.

En general, la estabilidad de la pareja en los adictos suele ser escasa. Taylor (224), en su estudio de las relaciones maritales refiere que el 68 % vivía con su pareja y el 31 % estaba separado.

Los patrones de interacción en la pareja son habitualmente rígidos durante los períodos sin consumo de drogas y caóticos o negociados en los de consumo. (225).

Por otro lado, la presencia de pareja parece tener un efecto favorable en el tratamiento del drogadicto, (226 -

DISCUSION

227).

La juventud de nuestra muestra, ya comentada anteriormente, parece influir en su estado civil. La mayoría, 80.4 % están solteros. Llama la atención que el 15.4 % viva "con pareja", mientras que los menos, 4.0 % están casados. Por esta razón, al analizar el núcleo familiar, observamos que una gran parte vive con sus padres, circunstancia que concuerda con gran parte de la literatura revisada. (228).

No encontramos "separados" de forma legal en nuestro grupo estudio. Los trabajos de Ling (229), o Judson (211), apuntan a cifras de separados o divorciados más elevadas, cercanas al 30 %, mientras que para Bransby (230), disminuye este porcentaje al 7 %.

En este sentido, Rounsaville (231), refiere que el 50 % de sus adictos están solteros, el 29 % casados y el 21 % separados o divorciados.

Otro estudio realizado por Parker (208), encuentra una mayor proporción de solteros, el 78 %, mientras que los casados representan el 11.5 %, las parejas estables no legalizadas el 5 % y los divorciados o separados el 6 %. Estos resultados son muy similares a los encontrados por Hser (232), con un 83 % de solteros.

Nuestros resultados son comparables a los aportados en nuestro entorno por Vargas (220), con un 72 % de solteros, un 16 % de separados y divorciados, un 8 % que viven en pareja y un 4 % de divorciados. También están próximos los de Diez (210), con un 71 % de solteros y un 21.5 % de casados, y los de Lligona (221), con un 41 % de solteros, una proporción de casados algo superior, 20 %, un 6 % de separados y un 20 % que viven juntos sin legalizar dicha situación.

Por su parte, Pascual (233), refiere un 71 % de solteros y un 23.6 % de casados, porcentajes cercanos a los de García Alvarez (104), con un 65 % de solteros y un 28 % de casados. También De la Serna (234), encuentra una amplia mayoría de pacientes solteros, cercana al 84 %. Este autor llama la atención del elevado predominio de la residencia urbana y de la elevada frecuencia de adictos que continúan viviendo con su familia de origen: el 85 %.

El elevado porcentaje de solteros es algo inferior, 73 %, en el trabajo de Sánchez - Carbonell (223). Como dato

DISCUSION

significativo de su seguimiento de dos años cabe destacar el mayor consumo de cánnabis en los adictos que continuaron viviendo con sus padres o familia de origen.

En este contexto general incluimos los resultados de Brigos (222), con un 3 % de adictos que viven solos, un 26 % en pareja, un 3 % con amigos y un 68 % con la familia de origen. En el trabajo de Pascual (233), conviven con la familia de origen el 75 % de los varones, con la propia el 16 %, solos el 6 % y con amigos el 2.1 %.

En la muestra de Herrero (217), el 69.5 % están solteros y el 23.2 % casados. Por su parte, Vargas (220), encuentra un 4 % de divorciados, mientras que para Martínez (235), los solteros suponen el 62 %, los casados el 32 % y los separados el 5 %. No se ha considerado en este caso el estado civil legal sino la presencia o ausencia de pareja estable.

Los resultados de Magura (206), son bastante diferentes. En su estudio de toxicómanos en tratamiento sólo están solteros el 34 %. En la misma línea están los aportados por Novick (236). En sus adictos intravenosos el 20 % vive solo, con la esposa el 38 %, con la familia el 24 %, con los amigos el 11 % y sin estabilidad el 3 %.

Nuestros resultados están más próximos a los de Tunving (213), con un 7 % de casados y únicamente un 2.5 % de divorciados.

Sin embargo, debemos considerar, que una gran parte de estos trabajos ha sido realizada en países anglosajones donde el divorcio es más frecuente que en España. Por esta razón, las diferencias encontradas pueden deberse más a factores socioculturales que a realidades comparables.

En conjunto, nuestros resultados difieren globalmente menos de los trabajos realizados en nuestro entorno geográfico y algo más de los realizados en los países anglosajones.

DISCUSION

NUMERO DE HIJOS

El número de hijos de los adictos ha sido recogido con menor frecuencia en los estudios revisados. Sin embargo, creemos que tiene una gran importancia por la carga social que supone y por la repercusión sanitaria que puede tener.

Un 16.3 % de nuestros adictos tiene hijos, de los que un 2 % refieren 2 ó más. La media se sitúa en 0.20 hijos por adicto. En el estudio de Fraser (116), la media es algo superior: 0.35 hijos. Un 32 % de los integrantes de su trabajo tiene hijos, proporción que podría parecer elevada dada la juventud de su muestra. Taylor (224), refiere que el 62.5 % de sus adictos tiene descendencia, de los que el 31 % tiene más de un hijo.

En otro estudio realizado por Diez (210), el número de toxicómanos con hijos desciende al 29.6 % y en el estudio de Tunving (213), es aún inferior, el 17.5 %.

El número medio de hijos en los trabajos de Gaona (237), y Herrero (217), es muy similar, 0.51 y 0.52 respectivamente. Es decir, prácticamente el doble que el recogido por nosotros. Sin embargo, dado la menor edad de nuestra muestra era previsible este menor número de hijos.

LUGAR DE RESIDENCIA

La importancia de una mayor accesibilidad a la droga queda patente en el hecho de que más del 60 % de nuestro grupo estudio reside en ciudades de más de 100.000 habitantes. Este predominio del hábitat urbano es recogido por la práctica totalidad de los autores, (238 - 239).

CAMBIOS DE RESIDENCIA

El antecedente de migración ha sido descrito como factor coadyuvante al consumo de drogas, no solo en los que emigran, sino también en los que se quedan, (240).

DISCUSION

En este sentido, la falta de residencia estable se ha mostrado entre los adictos a drogas como uno de los mejores predictores negativos en la abstinencia de alcohol y en la aparición de problemas relacionados con su uso. (241).

Sólo el 15 % de nuestros adictos ha realizado cambios de residencia en los últimos años. Este porcentaje es similar al encontrado en el grupo control, por lo que consideramos que esta circunstancia no ha tenido una repercusión significativa en el consumo de drogas de nuestros adictos.

NIVEL DE ESTUDIOS

La baja autoestima y los malos resultados escolares se han asociado frecuentemente con una mayor predisposición al abuso de drogas, (167). También el nivel educativo es un factor importante en el mantenimiento del puesto de trabajo en los adictos a opiáceos, (176).

En nuestros adictos el nivel de estudios es nulo en el 3.2 %, no ha finalizado la E.G.B. el 56 %, la ha finalizado el 33 % y sólo el 6.9 % tiene estudios superiores. Estos resultados son claramente inferiores a los referidos por Vargas (220), al señalar que un 60 % de los integrantes de su muestra había cursado E.G.B. y un 36 % B.U.P.

Nuestros resultados son más comparables a los de Díez (210), al referir un 0.6 % de analfabetos, un 13.1 % que sólo tiene estudios primarios incompletos, un 21.5 % que no ha finalizado EGB, y un 34.5 % si los ha acabado. Los estudios de F.P. representan el 12.3 %, y las titulaciones media y superior el 2.6 %.

Por su parte Lligona (221), encuentra que el 2.7 % de sus adictos sólo sabe leer, el 6.7 % tiene estudios primarios incompletos, el 24 % los ha completado; el 4 % ha realizado estudios secundarios incompletos y otro 4 % los ha finalizado. Muy parecidos son los resultados de Martínez (235), con un 6 % de analfabetos, un 32 % que no ha finalizado el EGB, un 42 % que sí lo ha acabado, un 22 % en el 2º grado de estudios y un 2 % de universitarios.

DISCUSION

El nivel de estudios de nuestros adictos también es comparable al encontrado por García Alvarez (104). En su muestra un 33 % tiene estudios primarios, un 46 % EGB/Graduado Escolar, un 7 % BUP o COU y un 1.8 % estudios universitarios.

También los adictos estudiados por Pascual (233), presentan un nivel de estudios similar. Son analfabetos el 0.7 %, tienen estudios primarios el 86.3 %, estudios secundarios el 12 %, y estudios superiores el 1 %.

La diferencia entre el nivel de estudios de nuestros adictos y el grupo control ha sido descrita frecuentemente. Así, Revuelta (242), refiere que el 32 % de su muestra de jóvenes, con edades entre los 18 y 25 años, tiene estudios incompletos de EGB y un 43 % los ha completado. Los porcentajes para BUP, COU y universitarios son del 11 %, 3 % y 7 % respectivamente. El nivel de estudios en el subgrupo de consumidores de heroína es significativamente inferior al alcanzado en el de no consumidores.

Los trabajos de Altenkirch (214), y de Parker (208), refieren que más de la mitad de los heroínómanos de sus muestras no ha completado los estudios primarios; los han finalizado el 30 %; tienen estudios secundarios el 16.5 % y menos del 1 % son universitarios.

La presencia de un nivel de estudios relativamente alto es recogido con menor frecuencia. Novick (236), señala que un 24 % no ha finalizado los estudios secundarios, un 29 % los ha concluido, un 37 % ha realizado algún estudio universitario y los ha finalizado el 10 %.

En esta misma línea están los resultados de otros autores como Ling (229). En su estudio el 48 % ha finalizado los estudios secundarios. También Judson (211), encuentra en sus adictos un nivel de estudios discretamente superior. El 28 % de sus pacientes tiene más de 12 años de estudios; entre 7 y 11 se sitúa el 68 % y únicamente el 4 % ha estudiado menos de 6 años.

Un nivel medio de estudios aún más elevado es referido por Tunving (213), con un 80.5 % de pacientes que ha finalizado los estudios básicos.

DISCUSION

Sin embargo, y a diferencia de Gaona (237), no encontramos una relación clara entre el nivel de estudios y las cantidades de heroína consumidas. Creemos que esto puede ser debido al menor tiempo de consumo de heroína en nuestra muestra.

En conjunto nuestros resultados concuerdan con el desfavorable nivel socioeconómico encontrado y con los resultados recogidos por otros autores: Einstein (205), Calafat (112).

ADAPTACION ESCOLAR

La mala adaptación escolar y las ausencias no justificadas a la escuela son referidas por Yamaguchi (183), como un importante predictor en el consumo de cánnabis.

Resultados similares son referidos por Pritchard (243), al encontrar que el abuso de drogas es hasta 8 veces más frecuente en los jóvenes que referían ausencias escolares no justificadas.

La adaptación escolar de nuestros adictos es considerada "mala" en el 70 % de los casos. Estos resultados son comparables a los encontrados en la mayoría de los trabajos consultados. Así, Jacobs (244), refiere un 70 % de expulsiones de la escuela en su grupo de adictos frente a sólo un 17 % en el grupo control.

La edad media de aparición de los problemas escolares es para Rounsaville (129), de 13.7 años. Esta media resulta compatible con nuestro bajo nivel de estudios. Nuestros resultados son también comparables a los obtenidos por Revuelta (242), en jóvenes de población general. En el subgrupo consumidor de drogas el absentismo escolar aparece en el 31 %, con una frecuencia de expulsiones del 6.7 %. Estos porcentajes son significativamente más elevados que en el grupo que no ha consumido drogas. Las expulsiones escolares son igualmente más frecuentes en los consumidores de drogas. En este estudio la adaptación escolar es referida como "buena" por el 63 %, porcentaje que disminuye al 40 % en los jóvenes que han consumido heroína.

TRABAJO

Por la importante carga política y social es un aspecto muy discutido en la mayoría de las publicaciones.

En nuestra muestra el principal aspecto laboral es justamente el no trabajar. El 61 % de nuestros adictos se encuentran en paro. Los más afectados son los más jóvenes. Sin embargo, sólo el 2 % refiere no haber tenido ningún trabajo. El elevado porcentaje de paro, 61 %, contrasta con el del grupo control 18 %, más aún si tenemos en cuenta que para los varones de la población general con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años la tasa de paro en 1985 se situaba en el 42.9 %, (245).

El nivel profesional de nuestros adictos es muy bajo. La categoría laboral más frecuente es la de trabajador manual no cualificado, (80 %), seguida por el manual cualificado en el 15 %. La media de cambios de trabajo es también elevada: 3.25. Estos resultados son bastante similares a los recogidos por Parker (208). En su estudio tienen trabajo el 12.0 %, la mayoría en trabajos manuales: 71.6 %. Los trabajos no manuales representan el 20.0 % y otros tipos de trabajo el 7.5 % restante. También Martínez (235), refiere una alta proporción de trabajadores no cualificados. El 57 % de los integrantes de su muestra habían sido trabajadores eventuales, un 50 % está parado y un 6 % buscando el primer trabajo.

También próximos están los resultados de Pascual (233), al referir un 67.6 % de adictos que estaban en paro.

Los resultados obtenidos por Ghodse (246), con un 73 % de desempleados, y los de Díez (210), con un 66 % de pacientes que no disponían de un trabajo legal y estable, son también comparables.

En otros estudios el número de parados es algo inferior. Ling (229), encuentra que el 57 % de los integrantes de su muestra no ha trabajado en los últimos seis meses. Judson (211), refiere un 43 % de parados, mientras que en el trabajo de Clayton (247), este porcentaje es del 48 %. En la misma línea están los resultados de Bransby (230), con un 41 % de

DISCUSION

empleados, y un 10 % de trabajadores ocasionales. Para Novick (236), el número de parados es algo menor: 37 %, mientras que para Magura (206), alcanza el 44 %.

Para otros autores el número de parados es sensiblemente más elevado. Así para Parker (208), alcanza el 81.3 %.

Nuestros resultados son globalmente comparables a los recogidos en nuestro entorno por Vargas (220), al señalar que sólo trabajan el 10 % de los integrantes de su muestra, alcanzando los parados más del 60 %, de los que sólo un 4 % cobra el paro. García Álvarez (104), aporta resultados en esta misma línea: en su estudio están parados el 52 %, con subsidio el 18.5 %, con trabajos eventuales el 16.6 % y con trabajo fijo el 12.9 %.

En el mismo orden de cosas, Lligona (221) observa que el dato más característico de la situación laboral de su muestra es la deficiente integración laboral. Los obreros no cualificados representan el 13 %, mientras que los que no tienen profesión alcanzan el 21 %.

Nuestros resultados son también comparables a los recogidos por otros autores en nuestro país. Navarro, (5), refiere que "el encontrarse en paro es una de las variables más fuertemente asociadas al consumo de drogas". En el estudio de Cabezón (215), el 15 % de toxicómanos tiene trabajo, un 61 % está parado sin percibir el subsidio de desempleo, lo perciben un 15 % y un 7 % nunca ha trabajado. Por su parte Herrero (217), refiere que el 48 % de sus toxicómanos está en paro, el 34 % ha tenido un trabajo previo y sólo el 10 % no ha alcanzado ningún puesto de trabajo. Esta frecuencia de paro es idéntica a la referida por Brigos (222), mientras que en el estudio de Sánchez - Carbonell (223), un 53 % ha trabajado en el último año, aunque la estabilidad en el puesto de trabajo es muy baja. No se encontró, en este caso, relación significativa entre el consumo de heroína y la situación laboral.

El alto número de adictos que ha tenido un primer trabajo, así como el elevado número de cambios de trabajo realizados, plantea la duda de si la falta actual de trabajo se debe a causas generales, a que el consumo de drogas

DISCUSION

disminuya el rendimiento laboral, o bien a la acción conjunta de ambas circunstancias.

Tras el análisis de la edad, el nivel de escolarización y la situación laboral, parece que, como ya comentaba Parker (208), estamos asistiendo a un cambio en el toxicómano actual en relación al de hace unas décadas. Mientras años atrás no se apreciaban diferencias en status social o educación, en relación a sus contemporáneos, actualmente los pacientes son más jóvenes, están mal escolarizados y proceden de las clases sociales menos favorecidas.

EXPECTATIVAS DE MEJORIA ECONOMICA

El estado de moral en relación a las oportunidades y posibles mejoras en el trabajo ha sido estudiado por Diamond (248), en consumidores de drogas y en un grupo control con una valoración claramente inferior en los primeros. Nuestros resultados apuntan en el mismo sentido. Mas del 75 % de los integrantes del grupo estudio no están satisfechos con el trabajo que realizan y el 66 % no tiene expectativas de mejora económica. Esta falta de expectativas junto a la baja concepción de la sociedad, referida por la práctica totalidad de nuestros pacientes, hacen pensar que estos factores pueden desempeñar un importante papel en el mantenimiento del consumo de drogas y en la integración de estos pacientes en culturas marginales.

RELACIONES INTERPERSONALES

Los resultados de las relaciones interpersonales obtenidos por Revuelta (242), son muy significativos. Mientras el 50 % de la población estudiada que consume drogas refiere "facilidad para entablar relaciones interpersonales", el porcentaje disminuye al 20 % en el caso de los consumidores de heroína.

En este sentido destaca en nuestros adictos una mayor frecuencia de relaciones con chicas en relación al grupo control. Sin embargo, la gran mayoría de nuestros pacientes refiere haber perdido amistades desde que consumen heroína. Esta circunstancia concuerda con lo referido por Smart (249), al señalar que más de la mitad de los toxicómanos de su muestra había tenido problemas en el último año por discusiones con la familia y con los amigos. Igualmente, la frecuencia de actividades grupales realizadas con los amigos es prácticamente nula en nuestro grupo de adictos, limitándose generalmente a las relacionadas directa o indirectamente con la adquisición y el consumo de drogas.

Todo ello nos hace pensar que la mayor frecuencia de relaciones con chicas, puede ser debida a un cierto efecto desinhibidor, determinado por el empleo de drogas o bien a una valoración diferente de estas relaciones por parte del adicto.

INFLUENCIA DEL GRUPO EN EL CONSUMO DE DROGAS

La transmisión de los valores y actitudes sociales de padres a hijos se suplementa en la adolescencia con los valores propios construidos dentro del grupo de amigos, (250).

En este sentido la influencia de los integrantes del grupo de amigos en el consumo de drogas ha sido demostrada frecuentemente, (151 - 154).

Nuestros resultados apuntan también en este sentido. En las pandillas y grupos de amigos de nuestros adictos la

DISCUSION

frecuencia de uso de drogas ilegales es muy elevada, 92 %, frente al 35 % del grupo control.

Needle (251), en un amplio estudio, encuentra que las actitudes del grupo de amigos, junto a las de los hermanos mayores, ejercen una gran influencia en el inicio del consumo de drogas. En el mismo sentido se manifiesta Clayton (247) y Yamaguchi (183), al referir que el uso de marihuana entre los amigos es un importante predictor en el inicio de su consumo. Aún reviste mayor importancia si consideramos que el uso de la marihuana es, en su opinión, un paso necesario en la progresión al consumo de otras drogas ilícitas y que en los grupos de amigos de nuestros adictos la droga más empleada es precisamente el hachís.

AMBIENTE SOCIAL

La pérdida de amigos referida por la mayoría de nuestros adictos, junto a las escasas perspectivas de mejoría económica y laboral y el entorno de base, ya marginal, nos lleva a constatar que la práctica totalidad de nuestros pacientes se mueven en un ambiente social formado casi exclusivamente por toxicómanos.

SEXUALIDAD. HABITOS SEXUALES

Los datos sobre los hábitos sexuales tanto en la población general como en los ADVP, son escasos. Además, gran parte de los informes realizados hasta ahora, como el "Kinsey", "Ramsey" o el "Hite", han sido llevados a cabo en colectivos poco representativos de la población general, en colectivos que solicitaron asistencia psicológica o psiquiátrica y, en otros casos, la misma metodología empleada, ha contribuido a desvalorizar los resultados obtenidos. Este es el caso del informe "Hite", realizado a través de asociaciones feministas.

Sin embargo, los estudios de los efectos de las drogas en la esfera sexual son muy antiguos. Ya en 1926, Rado desarrolló el concepto de la similitud entre la inyección intravenosa de heroína y el orgasmo, (252).

Más recientemente, Schwartzman (253), encuentra una disminución del interés sexual en su muestra de adictos. Mendelson (254), refiere una disminución de los niveles séricos de LH y testosterona durante el uso de opiáceos y una disminución de la primera y elevación de la segunda con el consumo de alcohol. El empleo de estas dos sustancias origina una disminución de la capacidad sexual, con un aumento de la agresividad y de la libido, en el caso del alcohol y disminución de ambos, en el caso de los opiáceos.

La disminución de la libido y el deterioro de la función sexual junto a la disminución de los niveles de testosterona plasmáticos ha sido también informado por Mirin (255), en los adictos a la heroína.

Para Kaplan (256), el número de sustancias capaces de debilitar o impedir la erección es muy elevado. Entre ellas se incluyen el alcohol, la cánnabis, la cocaína y la heroína. Todas ellas, excepto la cánnabis, son capaces igualmente de imposibilitar la eyaculación.

Resultados similares de disminución de la libido, impotencia y otras alteraciones sexuales han sido descritas en más del 50 % de los pacientes que usaban habitualmente estas

DISCUSION

sustancias, (257).

El efecto del alcohol en la desinhibición de la respuesta sexual es referido con menor frecuencia. Ratliff (258), describe este efecto dependiendo más de las necesidades sexuales individuales que de las cantidades ingeridas.

Por otra parte, Lex (259), no encuentra alteración en el comportamiento sexual de una muestra de consumidores de cánnabis y alcohol en relación a las diferentes pautas de consumo de estas drogas.

En general se admite que los hábitos sexuales de los adictos son promiscuos. La aparición del SIDA ha influido poderosamente, en los últimos años, en el cambio de estos hábitos. Esta circunstancia junto a la existencia de técnicas de detección de anticuerpos sensibles y específicas y el conocimiento general y por los grupos de riesgo, de la posibilidad de transmisión sexual del VIH, puede ser una poderosa herramienta de cambio a hábitos sexuales más seguros, (260).

En el Reino Unido como en otros países se ha comprobado que desde la aparición del SIDA el comportamiento sexual se está modificando tanto en los homosexuales como en los heterosexuales, (261).

Sin embargo, los datos sobre la conducta sexual de los adictos españoles son escasos. Lluch (262), aplica un cuestionario de conducta sexual a 21 pacientes afectados de SIDA de los que 12 son ADVP. En éstos, la conducta sexual actual es heterosexual en el 58 %, bisexual en el 8 %, autoerótica en otro 8 % y ausente en el 17 % restante.

Para el conjunto de la muestra, el patrón de relaciones sexuales es calificado de muy promiscuo en el 52 %. Las conductas sexuales de alto riesgo y la escasa utilización de medios preventivos son frecuentes en los ADVP de este estudio.

Aunque el empleo de preservativos ha demostrado su utilidad preventiva en la transmisión sexual del VIH en diversos colectivos de riesgo, su empleo por estos colectivos es aún escaso, (263).

EDAD DE INICIO DE LA SEXUALIDAD

La masturbación ha sido practicada por el 100 % de nuestros adictos con una edad media al iniciar la práctica de 11.9 ± 1.8 años. Esta edad media es algo superior a la encontrada en los adolescentes estudiados por Gomberoff (264), al referir una media al comienzo de las prácticas masturbatorias de 9 años. También en este estudio la masturbación es realizada por el 100 % de los varones.

La edad media de nuestros adictos es comparable a la recogida por Malo de Molina (265), en la población general española. El 80 % de los varones entrevistados que indicaron la edad a la que comenzaron a masturbarse está comprendido entre los 10 y los 15 años. El desglose por edades es el siguiente: de 7 a 9 años el 7.7 %; de 10 a 12 el 33.5 %; de 13 a 15 el 43.2 %; de 16 a 18 el 13.9 %, y por encima de los 19 años el 1.7 %. Los resultados obtenidos en nuestros adictos estarían comprendidos mayoritariamente en el segundo estrato de edad, mientras que los del grupo control se situarían en el tercero.

La precocidad de nuestro grupo estudio también aparece al comparar nuestros resultados con los obtenidos por Zárraga (266). Este autor refiere que, por edades, el 16 % de los varones menores de 20 años no ha tenido experiencia sexual alguna, (incluida la masturbación). En su trabajo el comienzo de las prácticas masturbatorias se sitúa antes de los 10 años en el 7 %; en el 28 % entre los 10 y los 12; en el 59 % de los 13 a los 15; en el 6 % de los 16 a los 18 años y en el 0.3 % por encima de los 18 años.

La precocidad de nuestros adictos es también equiparable a la reseñada por Hochman (39). Este autor encuentra ciertas características diferenciales en el comportamiento sexual, entre consumidores habituales de hachís y un grupo control no consumidor. Entre ellas destaca que las relaciones sexuales han tenido lugar antes de los 18 años en el 74 % del grupo que consume hachís, frente al 30 % del grupo control. Las experiencias homosexuales son también más frecuentes en este

grupo, 6 % frente al 3 % en el grupo control.

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES HETEROSEXUALES

Según una encuesta del Instituto Nacional de la Juventud, dirigida por Zárraga (266), y realizada en españoles con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, el 94 % ha tenido algún tipo de experiencia sexual, pero sólo el 56 % llegó a mantener relaciones sexuales completas con personas del otro sexo. En nuestros adictos las relaciones sexuales completas alcanzan al 93.7 %, porcentaje claramente superior al recogido por éste autor. Las edades referidas en su estudio al realizar el primer coito, son las siguientes: entre los 10 y los 12 años el 3 %; de los 13 a los 15 el 19 %; de los 16 a los 18 el 47 % y por encima de los 18 años el 31 %. En nuestro grupo de adictos la edad media se sitúa en los 15.3 años, es decir se incluirían en los estratos inferiores de edad.

La promiscuidad de nuestros adictos se hace también evidente en la mayor frecuencia de relaciones heterosexuales grupales, (0.9 %), o con más de una mujer simultáneamente (12.7 %). En el estudio de Zárraga el primer coito es realizado con prostitutas por el 9 % de los varones, mientras que en nuestros adictos las relaciones sexuales con prostitutas alcanzan el 61 %, de las que un 10 % fueron relaciones de comienzo.

En el trabajo de Malo de Molina (265), el porcentaje de inicio con prostitutas es inferior. Únicamente un 10 % de los varones menores de 30 años refieren haber tenido algún tipo de relación sexual de esta forma.

Nuestros resultados están más próximos a los de Lluch (262), al señalar que la primera relación sexual completa se realiza antes de los 16 años en el 80 % de los casos.

En los varones españoles de 14 a 29 años, estudiados por Malo de Molina (265), las edades al realizar la primera relación sexual completa son las siguientes: con menos de 12 años el 0.7 %; entre los 12 y los 15 el 13.1 %; entre los 16 y los 18 el 36.8 % y por encima de los 18 años el 23.8 %. Nuestros adictos también se encontrarían, según estos

resultados, en los primeros estratos de edad.

Para este mismo autor, la precocidad absoluta, (primeros contactos antes de los 10 años), sólo aparece en los residentes en núcleos de población de más de 500.000 habitantes. Es decir, el medio en el que se vive es un elemento de gran importancia en la edad de la primera relación. Los habitantes de las grandes urbes son en general más precoces. Otro factor importante es la creencia religiosa. Los católicos practicantes demoran sus contactos aloeróticos hasta los 16/18 años.

Nuestros adictos, mayoritariamente aconfesionales o católicos no practicantes, y de extracción más urbana que rural, parecen confirmar los resultados de Malo de Molina.

TIPO INICIAL Y ACTUAL DE RELACION SEXUAL.

El comienzo de las relaciones sexuales con prácticas heterosexuales alcanza el 92 % de la muestra de ADVP estudiada por Lluch (262), mientras que en el momento actual, el 68.7 % de los varones estudiados por Malo de Molina mantiene relaciones heterosexuales, mayoritariamente con una sola persona (80.9 %). En nuestros adictos la relación sexual más frecuente en el momento actual es precisamente la ausencia de relación (34 %), seguida por un patrón mixto auto - heterosexual (23 %). Este desinterés sexual parece estar en relación al consumo de heroína apareciendo con mayor frecuencia en los adictos con consumos más elevados.

En la muestra de Lluch (262), los patrones de conducta sexual son discretamente diferentes: heterosexual en el 58 %; homosexual en el 0 %; bisexual en el 8 %, autoerótica en el 8 % y ausente en el 16 %.

RELACIONES HOMOSEXUALES

Mientras que Ransey (1968), señala que un 38 % de jóvenes americanos ha conseguido el orgasmo en una relación homosexual, en nuestro país sólo el 8.1 % de los varones reconocen haber tenido algún tipo de relación homosexual y el 4.6 % una relación sexual completa. La homosexualidad estricta es aún más infrecuente; sólo alcanza el 54.5 % de los que refieren contactos homosexuales, (265).

En el estudio de Zárraga (266), las experiencias homosexuales son aún menos frecuentes, apareciendo únicamente en el 0.3 % de los jóvenes, mientras que las bisexuales alcanzan el 10 %.

Ninguno de los ADVP estudiados por Lluch (262), comenzó sus relaciones con prácticas homosexuales. Tampoco nosotros hemos encontrado ningún caso de comienzo con este tipo de prácticas. La frecuencia de relaciones homosexuales en nuestros adictos es también baja, el 2.3 %.

CONSUMO DE DROGAS POR LA PAREJA

Para Kosten (225), la relación de los adictos con su pareja muestra unos patrones de conducta muy rígidos en los períodos sin consumo de drogas, convirtiéndose en negociados o caóticos en los de consumo. Esta puede ser una de las causas de la escasa estabilidad de las parejas de los adictos. Taylor (224), en su estudio de las relaciones maritales de una muestra de adictos casados encuentra que un 68 % permanecía con la pareja y un 31 % estaba separado.

El 60 % de las parejas de nuestros adictos consume alguna droga. De ellas el consumo habitual de heroína aparece en el 0.9 %. Estos resultados son comparables a los ya publicados, excepto en el caso de la heroína que resulta bastante inferior.

La dependencia a drogas por parte de la pareja del adicto es referida por el 56 % de los adictos que tenían pareja en el momento del estudio, (246).

Parker (208), encuentra resultados similares: el 43.2 % de los adictos que viven con pareja en el momento del estudio manifiestan que éstas consumen drogas.

En nuestro medio Martínez (235), encuentra adicción a otra droga diferente a la heroína en el 3 % de las parejas de los ADVP estudiados, mientras que la proporción de heroínómanas es muy superior, 22 %, a la hallada por nosotros.

LA FAMILIA

La posible influencia del entorno familiar en la aparición y/o mantenimiento del consumo de drogas es un factor estudiado frecuentemente: (129, 242, 267 - 271), y sobre el que aún siguen pesando ciertas controversias.

A pesar de ello, los estudios comparativos entre familias con y sin hijos toxicómanos son relativamente escasos, destacando el realizado por Stanton (149). En opinión de este autor, existe una constelación de factores característicos de las familias de adictos, entre los que destaca una mayor dependencia de sustancias y una mayor frecuencia de conductas adictivas.

NUCLEO FAMILIAR

Los antecedentes de núcleos familiares rotos han sido encontrados frecuentemente en los adictos a la heroína. Taylor (224), los refiere en el 42 % de los integrantes de su muestra. En nuestro trabajo este hallazgo es más infrecuente, alcanzando únicamente el 25 %.

La importancia de la pérdida parental ha sido recogida por Gordon (272), al referir que más del 50 % de los consumidores de heroína de su muestra había perdido a alguno de sus padres antes de los 16 años. Resultados similares son encontrados también por Svobodny (167).

La alteración global de la estructura familiar del adicto es informada también por Cloe (273). En este sentido, Jaffé (274), destaca la importancia que tiene la existencia de relaciones familiares violentas en la posterior aparición de alteraciones de conducta en los hijos.

DISCUSION

Otro esquema muy frecuente en la familia del toxicómano es el de padre ausente - distante o autoritario - violento y madre superprotectora o depresiva, (166). Otras características incluyen la conducta inadecuada de los padres respecto a las necesidades reales del adolescente y la alternancia entre un "dejar hacer" y una alta coerción, ambas ajenas a las situaciones reales que atraviesa el joven, (275). En este sentido apunta Rodríguez (276), al afirmar que en gran parte de las familias de los toxicómanos el padre se sitúa en una posición periférica y de debilidad y la madre aparece con un papel muy central, con una relación especialmente estrecha con el hijo heroínmano y con una dependencia recíproca.

Otros autores han encontrado una notable proporción de heroínmanos que fueron en su infancia "niños abandonados" o confiados al cuidado de múltiples "madres", (144, 253).

El 7 % de nuestros adictos vivió en su infancia con familiares de segundo grado y un 9 %, únicamente con la madre. Porcentajes bajos aunque significativamente superiores a los del grupo control y comparables a los de la literatura revisada.

La mala integración familiar, referida anteriormente, se pone también de manifiesto en nuestros adictos, al observar el elevado número de fugas del domicilio familiar: 2.80 de media frente a las 0.19 del grupo control.

El nivel de estudios del padre se ha correlacionado inversamente con el grado de ingesta alcohólica en los hijos. Así, Zucker (69), encuentra una mayor frecuencia de hijos bebedores cuando el nivel de estudios de los padres es bajo. De forma recíproca el número de hijos abstemios aumenta al hacerlo el nivel de estudios paternos.

En este sentido, Torres (277), encuentra un consumo más elevado de cocaína y heroína en los hijos de padres con un nivel de estudios bajo. Nuestros resultados apuntan también en esta línea. Los estudios paternos y maternos son inferiores en nuestro grupo de adictos, excepto en el caso de los estudios universitarios, que son similares o ligeramente superiores. Desconocemos la significación de esta última circunstancia aunque dada su baja frecuencia la repercusión global es escasa.

DISCUSION

En cualquier caso, el nivel de estudios paternos es comparable al señalado por Vega (278). En su muestra el nivel de estudios es nulo o mínimo en el 22 % de los padres y en el 46 % de las madres, primarios en el 56 % y 44 % y secundarios en el 4 % y 2 % respectivamente.

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES

El 11 % de nuestros adictos refiere antecedentes psiquiátricos paternos, porcentaje que se eleva al 27 % en el caso de la madre y al 4 % en el de los hermanos.

Tunvins (213), sobre una muestra de 191 adictos a la heroína encuentra estos antecedentes en el 14 %, resultado similar al indicado por Hartnoll (268).

Por su parte, Martínez (235), aprecia antecedentes psicopatológicos familiares en el 46 %, porcentaje que disminuye al 28 % en la muestra de Vargas (220).

Los antecedentes psiquiátricos maternos aparecen en el 21 % de la muestra de Herrero (217). mientras que Rodríguez (276), hace más hincapié en la alta frecuencia de fondos depresivos.

Hemos de considerar, sin embargo, que en nuestro caso no hemos podido realizar confirmación de este punto. Por ello, los resultados se basan únicamente en la información aportada por el paciente y no en la demostración de un diagnóstico psiquiátrico concreto.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE DROGAS

La importancia del consumo familiar de drogas ha sido puesta de manifiesto en numerosas ocasiones.

Las actitudes de los hijos hacia el alcohol están determinadas en buena parte por la que manifiestan los padres hacia el mismo. (275, 279). Para González Marín (271), la

DISCUSION

existencia de alcoholismo paterno es un factor importante en la aparición de alteraciones del comportamiento de los hijos y de conductas de abuso de sustancias.

El consumo elevado de sustancias tóxicas en la familia, especialmente el consumo patológico de alcohol es un hecho encontrado por diversos autores; Rodríguez Martos (99), Vargas (220), Baumrind (250). En nuestro trabajo el 44 % de los padres de nuestros adictos parece tener problemas con la bebida. Los antecedentes maternos son mucho menos frecuentes, 2 %, para volver a elevarse al 22 % en el caso de los hermanos. Estos resultados son bastante similares a los hallados por Vega (278). En su muestra los antecedentes étlicos aparecen en el 48 % de los padres, 10 % de las madres y 38 % de los hermanos.

Globalmente, los problemas con la bebida parecen alcanzar al 69 % de las familias de nuestros adictos. Este porcentaje es similar al 64 % referido por Vargas (220), algo superior al 42 % de Tunving (213) y muy superior al 24 % de Martínez (235) o al 12 % de Weisman (279).

Creemos que éstas pequeñas diferencias pueden ser debidas, más a los aspectos socioculturales y metodológicos entre los diversos estudios, que a las diferencias reales existentes.

La importancia del consumo de drogas por los padres del adicto ha sido informada frecuentemente: Stanton (166), Westermeyer (280), aunque con una gran variabilidad en los resultados ofrecidos.

El consumo de drogas alcanza al 2.4 % de los padres de nuestros adictos, al 1.1 % de las madres y al 45.4 % de los hermanos. De una forma global, cuatro de cada diez heroínómanos, tiene algún familiar consumidor de drogas. Esta proporción es algo superior a la encontrada por Sörensen (281), 33 %, y tal vez pudiera apuntar al fenómeno del "contagio intrafamiliar", sobre todo en el caso de los hermanos. Resultados equivalentes son aportados por Herrero (217), con un 35.2 % de toxicómanos entre los hermanos, mientras que en el trabajo de Martínez (235), es del 24 %, y en el de Cabezón (215), del 15 %. Para Vargas el porcentaje de adictos entre los miembros familiares es inferior, alcanzando únicamente el 8 %.

DISCUSION

Coincidimos con Calafat (114), en la importancia de la familia en la adquisición de hábitos de consumo, reflejado entre otros, en la relación de consumos entre ambas generaciones.

NIVEL PROFESIONAL PATERNO

En nuestro grupo de adictos más del 30 % de los padres están en paro, incapacidad laboral o han fallecido. Para Rodríguez (276), las causas del elevado número de defunciones estarían en relación con el frecuente abuso de tabaco y alcohol.

El nivel profesional paterno referido con mayor frecuencia es el de trabajador no cualificado, 32 %, seguido por el de trabajador cualificado en el 28 %. Esta estratificación es comparable a la obtenida por Jacobs (244), al referir un claro predominio de las clases sociales menos favorecidas.

CONVIVENCIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR

La presencia de un distanciamiento o relación negativa entre el adicto y su familia ha sido referida por Kojak (267), como una de las principales diferencias entre sus adictos a la heroína y el grupo control. Nuestros resultados no apoyan, sin embargo, esta opinión. El porcentaje de adictos que no mantienen relación con sus familias es del 8 %, porcentaje más cercano al recogido en nuestro país por Cabezón (215).

Creemos que estas diferencias pueden deberse a la mayor dependencia económica de nuestros adictos con el núcleo familiar.

En el momento actual conviven con la familia de origen un elevado porcentaje de nuestros adictos: 77 %, mientras que con

la familia propia o pareja habitual conviven únicamente el 2 %.

La figura tópica del heroínómano solitario apenas aparece en nuestra muestra, alcanzando únicamente el 5 %. Las diferencias con otros autores no parecen relevantes.

Parker (208), informa que el 70 % de los heroínómanos revisados vive con sus padres y un 29 % se ha establecido separadamente, mientras que para Fraser (116), el porcentaje de los que viven solos es únicamente del 3 %.

La heroína aparece como una droga que se consume mayoritariamente entre personas aparentemente integradas en núcleos familiares. El vivir con amigos apenas alcanza un 4.5 % de la muestra. Estos hallazgos confirman los encontrados en nuestro entorno por Carbonell (148).

Es lógico que el estado civil de nuestros adictos, mayoritariamente solteros, medie también en la convivencia familiar. El que gran parte de nuestros pacientes viva con sus padres apunta al grave problema que esta circunstancia puede revestir, no solo en nuestros adictos por la falta de independencia, sino también en la familia de origen. Este hecho cobra también interés por la importancia que el fenómeno del "contagio" pudiera tener en otros miembros familiares, sobre todo si consideramos que la media de hermanos por paciente es muy elevada: 3.87. Un número de hermanos también elevado ha sido referido, en nuestro entorno, por Herrero (217).

Si analizamos más a fondo la estructura familiar del adicto, encontramos que un 7 % de los padres se han divorciado o separado. Esta proporción es muy inferior a la citada por otros autores que llegan a encontrar proporciones cercanas al 50 %, como Jaffé, (35), y 44 % Bale (282). También Alonso Fernández (269), afirma que entre los drogadictos abundan los hogares rotos y más frecuentemente aún los "ambientes familiares disociados y conflictivos".

Para Jacobs (244), esta frecuencia es superior alcanzando entre padres separados, divorciados y nuevamente casados el 70 %, frente al 15 % del grupo control.

Para Tunving (213), los casos de "familias rotas" aparecen en el 47 % de los adictos a la heroína y en el 43 % en el grupo de politoxicómanos.

DISCUSION

En general, el drogadicto que vive con su familia de origen lo suele hacer con ambos progenitores y cuando falta alguno, éste suele ser el padre, bien por razones de viudedad o como dice Jaffé, (35), porque las alteraciones de las relaciones padres - hijos se dan con mayor frecuencia, con el progenitor del mismo sexo.

La influencia en el heroinómano del fallecimiento de algún miembro familiar, sobre todo el del padre, ha sido estudiada por Kojak (267), Rounsaville (231) y Baumrind (250). Estos autores encuentran una mayor proporción de muerte parental en los heroinómanos en relación a los grupos control. En el mismo sentido se manifiesta Ghodse (246), al encontrar que el fallecimiento o separación de los padres alcanza el 38 % de su muestra de adictos en tratamiento hospitalario. En este sentido, nuestros resultados son bastante similares. Las defunciones paternas son casi tres veces más frecuentes en nuestros adictos que en el grupo control.

En otro orden de cosas, resulta interesante observar la relación existente entre el consumo de heroína y la ausencia parental. Los adictos que refieren esta ausencia presentan frecuentemente un consumo de heroína más elevado. Es posible que los conflictos familiares agudicen la necesidad del toxicómano de aumentar la dosis, al objeto de evadirse de la realidad que le rodea. Esta circunstancia sólo la hemos encontrado referida por Gaona (237).

En resumen, pensamos que nuestros resultados apoyan la tesis, compartida por la mayoría de los autores, de que si bien no existe un perfil familiar único ni definitorio del adicto a drogas, si existen unas características comunes en las familias de estos pacientes.

RELACION INTRAFAMILIAR

Las pobres relaciones intrafamiliares han sido descritas como un factor predisponente al consumo de drogas, (167).

Los resultados de Blanquez (283), indican que la calidad

de las relaciones entre los consumidores de hachís y sus padres es claramente inferior a la encontrada en los no consumidores.

Resultados similares son aportados por Revuelta (242). En su estudio, el 100 % de los consumidores de heroína refiere que las relaciones tanto con el padre como con la madre son de mala calidad. En los consumidores de otras drogas las relaciones de este tipo sólo alcanzan el 13 % y el 7 % respectivamente.

Nuestros resultados confirman las opiniones anteriores. Es decir, nuestros adictos presentan, en relación al grupo control, una relación de inferior calidad tanto con el padre como con la madre y los hermanos.

NIVEL SOCIOECONOMICO

La media mensual de ingresos por unidad familiar es inferior en el grupo de adictos. Mientras en el grupo control se alcanzan las 154.000 ± 121.000 pesetas en el grupo estudio la media se sitúa en las 106.000 ± 78.000 pesetas.

En base a los datos del nivel educativo paterno, nivel profesional e ingresos familiares, creemos poder valorar con una aceptable objetividad, el nivel socio - económico de nuestros adictos.

Estos pertenecen mayoritariamente a las clases sociales más desfavorecidas, lo que concuerda con los datos recogidos por gran número de autores, al señalar como las clases con inferior nivel socioeconómico son las que presentan un mayor número de toxicómanos, (208, 284).

Los resultados de Navarro (5), muestran también que el nivel de integración social de los consumidores de heroína es cercano a la marginalidad e inferior a la del resto de consumidores de drogas. En este sentido, el 56 % de la muestra de Vargas (220) se incluye en el nivel socioeconómico bajo, mientras que un 40 % lo hace en el medio y sólo un 4 % en el alto.

Hser (232), es uno de los pocos autores que aporta unos resultados diferentes. En su estudio el 22 % pertenece a la

DISCUSION

clase acomodada, un 61 % a la clase media, un 22 % a la clase trabajadora y únicamente un 2 % al estrato social inferior.

Volviendo a la tónica general, Diez (210) encuentra que el 64.7 % de los integrantes de su estudio tienen un nivel socioeconómico bajo o medio bajo, un 17.6 % medio y un 3.9 % alto o medio alto.

Igualmente Gaona (237), aporta resultados similares. El 50 % de su muestra refiere un nivel social bajo o muy bajo y tan sólo un 11.6 % un nivel elevado.

La cantidad de heroína consumida parece encontrarse en relación inversa al nivel socioeconómico: los adictos con un menor nivel presentan un consumo de heroína superior a los que tienen un nivel socioeconómico más elevado.

MANTIENEN LA CONFIANZA EN:

La madre y los amigos son las personas que más frecuentemente consiguen mantener la confianza de nuestros adictos: 26 % en cada caso. Los niveles de confianza con el padre y los hermanos son muy inferiores.

La mejor relación dentro de la familia es con la madre, que además actúa frecuentemente sobreprotegiendo al adicto. Esta circunstancia puede hacer que las relaciones entre los hermanos se vean perjudicadas. Igualmente puede crear conflictos con el padre que con el paso del tiempo se volverán contra el adicto, (253).

DROGA Y EDAD DE INICIO.

La adolescencia es el periodo de desarrollo en el que se producen el mayor número de cambios físicos, intelectuales, psicosociales y morales. Como otros estadios transicionales es un periodo de rotura y desequilibrio, generalmente con grandes posibilidades de experimentación, que puede ocasionalmente resultar altamente peligroso. (250).

La importancia de la edad al inicio del consumo de drogas es muy elevada, entre otras razones, por constituir uno de los más importantes predictores en la posterior aparición de problemas relacionados con su empleo. El comienzo a una edad inferior a los 15 años representa un riesgo doble, en la posterior aparición de dependencia severa. (138).

En la actualidad se ha apreciado una disminución en la edad de inicio al consumo de drogas, aunque no encontramos unanimidad a la hora de fijar ésta. Este cambio tiene también una importante repercusión en la planificación de la prevención primaria. (285).

Rounsaville (286) refiere que la edad media al usar drogas ilegales por primera vez es de 16.4 años, mientras que para Hser (232), es de 16 años y para Dembo (287), bastante inferior: 11.1 años, al comenzar con la primera droga, que en la mayoría de los casos es el alcohol.

Para De la Serna (234), el primer contacto con las drogas se realiza con cánnabis en el 91.2 % de los casos. Las anfetaminas y alucinógenos están implicados en el 6.2 % y los opiáceos en el 2.7 %.

La primera droga consumida por nuestros adictos es el tabaco a los 11.3 años. Le siguen el alcohol y el hachís a los 13.1 años. Conviene destacar que un buen número de los trabajos consultados no estudian la edad de inicio con el tabaco.

Para Isaacson (86), la edad de contacto con la droga en el 19 % de los casos es a los 13 años o antes. Este porcentaje se

DISCUSION

eleva al 70.7 %, si el límite se establece a los 17 años.

En opinión de Tunving (213), el 71 % de los adictos estudiados y el 44 % de los politoxicómanos comenzaron con cánnabis. Con solventes el 10 % del primer grupo y el 12 % del segundo. Con los estimulantes el 5 % de cada grupo. Con opiáceos el 5 % del primero y el 1 % del segundo y con alcohol u otras drogas el 7 % del primer grupo y el 36 % del segundo.

Estos resultados están en franca contradicción con los de Welte (124), al encontrar en su estudio, realizado en más de 27.000 estudiantes de Nueva York, que el alcohol es la droga de inicio, seguido como paso intermedio al consumo de otras drogas, por el empleo de cánnabis.

En opinión de la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el Problema de las Drogas (156), no es frecuente encontrar un adicto a "drogas duras" que no haya empezado su dependencia a través del consumo de drogas blandas y de alcohol.

MOTIVOS PARA INICIAR EL CONSUMO

La opinión de Freixa (288), de que en algunos casos el inicio de la toxicomanía ha tenido lugar por la administración intravenosa de pentazocina, ha quedado ya muy alejada en el tiempo.

En el estudio de Navarro (5), las principales motivaciones para el consumo de drogas son las experimentales: "experimentar placer" y la "curiosidad", y en segundo lugar por "pasar el rato".

En nuestros adictos la "curiosidad" y la "imitación" alcanzan un 23 % cada una, mientras que por "experimentar placer" es referido en el 8 %, y los motivos personales en el 7 %. Aducen más de uno de estos motivos el 34 %.

En otro estudio de este mismo autor, Navarro (289), que incluye las motivaciones para el consumo del tabaco y del alcohol, encontramos unos resultados diferentes: por "pasar el rato", 19.0 %; porque "es costumbre social", 16.8 %; por

DISCUSION

"experimentar placer y animarse", 11.8 % y para "facilitar el contacto social", 10.4 %.

Las principales razones encontradas por Rouse (290), al comenzar el consumo de drogas incluyen: la "curiosidad" en el 90 %; las "presiones de los amigos" en el 17 %; y "para buscar nuevas sensaciones" en el 14 % . Bastante similares son los motivos encontrados por Vargas (220): 32 % por "curiosidad"; 32 % por "imitación"; 16 % por "inducción" y un 20 % por combinaciones de las anteriores.

Jhonston (291), tras revisar más de 30.000 cuestionarios de estudiantes norteamericanos sobre las motivaciones para el consumo de drogas, encuentra que las respuestas más frecuentes son: 65 % "para estar a gusto con mis amigos", 54 % "para ver que son", 49 % "para sentirme bien o mejor", 41 % "para relajarme" y 41 % "porque me gustan". Con porcentajes menores aparecen el "aburrimiento", los "enfados" y los "problemas". Resultados muy similares son referidos por Segal (121).

De una forma global, las motivaciones de nuestros adictos son comparables a las recogidas por la mayoría de los autores. Llama sin embargo la atención, el bajo porcentaje de motivaciones relacionadas con la pasividad, lo que contrasta con la inseguridad de muchos adictos a la hora de referir un motivo concreto.

INFLUENCIAS PREVIAS AL PRIMER CONTACTO CON LA DROGA

Las influencias de los "amigos", el "ambiente" o el "líder de la pandilla" son referidas mayoritariamente por nuestros adictos como inductoras al inicio del consumo de drogas. El "ambiente" es el principal implicado, alcanzando el 75 %. Estos resultados son en general similares a los obtenidos por la mayoría de los autores: Segal (121, 128), Comisión Inv. Parl. Europeo, (156).

DISCUSION

La gran influencia ejercida por los hermanos mayores y el grupo de amigos ha sido también puesta de relieve por Needle (251). Sin embargo, este mismo autor, refiere haber encontrado en los toxicómanos estudiados, una mínima proporción de empleo de drogas por vía parenteral, en comparación tanto con los hermanos como con la pandilla que actuaron de inductores.

En la muestra de Hser (232), las principales influencias para consumir drogas son las derivadas de los amigos y de la situación grupal. En un informe de la Brigada Central de Estupefacientes realizado en 1982, el 10.6 % de los encuestados manifestaron haber sido "invitados", alguna vez, a consumir drogas.

Swadi (147), en un estudio sobre 3.333 adolescentes londinenses, valora la influencia de los amigos y de los miembros familiares que consumían drogas. La influencia de los amigos fue superior a la de los miembros familiares, aunque ambos pueden tener un efecto sinérgico.

Podemos enmarcar aquí, el gran número de investigaciones y campañas, que se realizan en la actualidad, encaminadas a resaltar la importancia de la promoción de la salud en la adolescencia, y a la prevención del consumo de drogas en la población de esta edad, (165, 203).

DRUGA DE INICIO

Los diferentes patrones de inicio y consumo de drogas legales e ilegales son con frecuencia aplicados a países diferentes a aquel en el que se ha realizado el estudio. Kandel (120), no encuentra diferencias significativas en la prevalencia del consumo de varias drogas entre Israel y Francia, ni entre los diferentes grupos socioeconómicos considerados. Sin embargo, Marcos (292), tras revisar 12 de los últimos trabajos publicados sobre la prevalencia del consumo de drogas y factores implicados en el mismo, con un total acumulado de más de 45.000 cuestionarios, referidos fundamentalmente a EE.UU. y Europa, concluye que las teorías americanas asumen ciertas condiciones culturales específicas,

DISCUSION

por lo que puede ser necesaria realizar una revisión antes de su aplicación a jóvenes de culturas diferentes.

Smart (182), llega a conclusiones semejantes en su trabajo sobre consumo de drogas en la India, Canadá y México.

En este sentido y sobre población residente en la misma zona geográfica, Hughes (293), encuentra diferentes patrones de consumo de alcohol en función de diversos factores étnicos y socioculturales.

Por otro lado, Goldstein (294), tras revisar los trabajos publicados en 50 de las principales publicaciones internacionales en el periodo comprendido entre 1969 y 1979, encuentra una gran heterogeneidad en la metodología empleada, lo que dificulta aún más, la comparación de los resultados obtenidos.

La mayoría de nuestros adictos, 82 %, comenzaron el consumo con alguna droga legal, frente al 11 % que lo hizo con drogas ilegales. En nuestros adictos la principal droga legal inicial es el tabaco, 69 %, seguido del alcohol, 23 %. El comienzo con fármacos sólo alcanza el 5 %. El predominio del hachís como droga ilegal inicial es aún mayor, 94 %.

Estos resultados son comparables a los de Altenkirch (214), al referir como droga legal inicial el tabaco y como ilegal la cánnabis. En nuestro medio, Navarro, (5), encuentra que el hachís es la primera droga ilegal consumida, mientras que en el estudio de Rodríguez Marín (295), el tabaco es la droga legal inicial.

Como cabía esperar, dado que el hachís es la principal droga ilegal de inicio, la vía de administración empleada, en la práctica totalidad, es la inhalatoria. Este resultado es similar al ya referido por Hamburg en 1975, (296).

TABACO

Según el estudio realizado en España en 1978 por Tabacalera, (297), el 45 % de los españoles mayores de 16 años son fumadores. Los fumadores de cigarrillos representan el 41 %, de los que un 20 % consume más de 20 cigarrillos diarios y un 30 % entre 16 y 20 unidades.

Ese mismo año, el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, realizaba otro estudio (298), según el cual, el 53.9 % de los hombres y el 16.3 % de las mujeres son fumadores habituales, mientras que el 37.3 % de los varones no habían fumado nunca.

Otra investigación realizada en 1982, por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, encuentra una elevada prevalencia de fumadores entre los jóvenes de 16 a 24 años de edad: el 58.6 %, (299).

Este mismo Departamento realiza en 1985 otra encuesta (300), en la población general de Cataluña, encontrando un ligero descenso del número de fumadores: 57.5 %.

También en ese año, Navarro, (5), estima que el número de fumadores en nuestro país se eleva a 12.5 millones, lo que representa el 41.4 % de la población mayor de 12 años.

Este mismo autor, en otro trabajo sobre población laboral realizado tres años después, (289), encuentra un 54.1 % de fumadores diarios con un consumo medio de 19.8 cigarrillos/día.

El estudio realizado en 1988 por Sigma2, (301), en la población general española, muestra que son fumadores el 49.9 % de los varones, porcentaje que se eleva al 57.0 % para las edades comprendidas entre los 15 y los 29 años.

En el medio rural, el 53.3 % de los jóvenes con edades entre los 14 y los 30 años, fuma diariamente, según un estudio realizado por la Consejería de Cultura y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, (113). Los fumadores habituales consumen una media de 16.3 ± 0.4 cigarrillos/día.

En el país vasco, Orrantia (302), comprueba que el 33 %

DISCUSION

de los alumnos de 7º y 8º de EGB, BUP, COU y FP son fumadores y si excluimos a los alumnos de EGB, la proporción asciende a casi el 46 %.

Para este mismo grupo de población, Calafat (114), encuentra una disminución del consumo de tabaco en 1988, respecto a 1981, de 25 a 18 cigarrillos semanales. La proporción de fumadores en edad escolar es elevada. En una muestra a nivel nacional de escolares de 8º de EGB, un 4.9 % se considera ya fumador diario y un 3.7 % fuma por lo menos una vez a la semana, (304).

La situación en otros países desarrollados es bastante similar. En el Reino Unido fuman aproximadamente el 36 % de los varones y el 32 % de las mujeres, aunque el porcentaje en adolescentes es bastante inferior; 14.6 %, (109).

En EE.UU. han fumado en alguna ocasión el 69.8 % de los estudiantes de escuelas superiores, (54 % según Hamburg (296)), mientras que el 22 % de los jóvenes y el 40 % de los adultos fuman regularmente, (29).

En Grecia el porcentaje de fumadores es también elevado: 57 %, (292).

El consumo de tabaco es, posiblemente, uno de los menos valorados en los toxicómanos, lo que contrasta con el gran número de publicaciones sobre el consumo en la población general. Los resultados de estos estudios son claramente inferiores a los obtenidos en nuestros adictos que fuman diariamente o al menos más de dos veces en semana, en el 100 % de los casos.

Para Robins (138), consumen tabaco de una forma habitual el 80 % de sus adictos, proporción que se eleva al 90 % en la muestra de adictos a la heroína estudiados por Fraser (116), y es aún superior para Rounsaville (129), con un porcentaje de adictos que había fumado del 97 %. En nuestro entorno, el porcentaje de adictos que fuma habitualmente alcanza también la totalidad de la muestra estudiada por Gaona (237).

Independientemente de la elevada penetración que el tabaco tiene en nuestra sociedad, pensamos que el elevado consumo de nuestros adictos viene a confirmar el importante papel que juega el tabaco como paso previo al consumo de otras drogas.

EDAD DE INICIO

En EE.UU. la edad de inicio al consumo de cigarrillos es para Hamburg (296), de 11.0 años, mientras que Rounsaville (129), refiere los 15.5 años como edad media al inicio del consumo.

En nuestro medio Navarro (5), refiere una edad media al inicio de 16.6 años. En 1988, este mismo autor la disminuye a 16.2 ± 3.5 años.

Según el estudio realizado por Sigma (301), comenzaron a fumar entre los 10 y los 16 años el 43 % de los varones y entre los 17 y los 25 años el 34.3 %.

Para Calafat (114), la edad de inicio al consumo oscila alrededor de los 12 años.

La edad media de nuestros adictos al comenzar a fumar es inferior a las referidas anteriormente situándose en los 11.3 ± 2.3 años, casi dos años inferior a la encontrada en los adictos estudiados por Brigos (222). Para Martínez (235), es también algo más elevada que la nuestra, alrededor de los 13.1 años. Aún más altas son las referidas por Gaona (237), 14 años y por Rounsaville (129), con una edad media de inicio de 15.6 años.

CANTIDADES CONSUMIDAS

El consumo de tabaco en los varones españoles estudiados por Sigma (301), es el siguiente: fuman diariamente de 10 a 15 cigarrillos el 20.9 %, de 15 a 20 el 31.2 % y de 20 a 30 el 19.6 %.

Nuestros adictos consumen una media diaria de cigarrillos de 26.4 ± 10.7 , bastante similar a los 28.9 cigarrillos diarios de los adictos a la heroína estudiados por García

DISCUSION

Alvarez (104).

Otra circunstancia que conviene resaltar en relación al elevado consumo de nuestros adictos es la existencia de una asociación entre el consumo de tabaco y de alcohol en jóvenes varones, descrita por Villalbí (304). Este autor indica que mientras el 42 % de los fumadores con edades entre los 16 y los 24 años consumen alcohol diariamente, el porcentaje desciende al 4 % entre los ex - fumadores de igual edad.

ALCOHOL

El consumo de bebidas alcohólicas tiene una distribución geográfica mundial. En Europa los países de la cuenca mediterránea son los que han presentado habitualmente los consumos más elevados.

El consumo anual, "per cápita", de alcohol puro se sitúa en nuestro país en 15 litros / año aproximadamente. Junto con Francia Italia y Portugal, España se sitúa en cabeza de los países europeos con mayor consumo, (305).

En los adolescentes norteamericanos de 16 a 18 años los patrones de consumo de alcohol no se han modificado en el periodo comprendido entre 1975 y 1980, manteniéndose como bebedores el 73 %, (69). Resultados semejantes son encontrados por Patterson (164), al referir que el 90 % de los estudiantes universitarios habían probado alcohol en alguna ocasión en 1972 y el 93 % en 1986.

Los principales factores relacionados con el elevado consumo de alcohol en los adictos son los antecedentes de una ingesta alcohólica elevada en los padres y en los hermanos mayores, el comienzo temprano en el consumo de alcohol y la existencia de amigos bebedores, (306). Estas circunstancias aparecen en la mayoría de nuestros adictos.

Para Donovan (307), el porcentaje de bebedores en los estudiantes universitarios varones es el siguiente: bebedores discontinuos 6%, mínimamente bebedores 2 %, bebedores sin problemas 58 % y bebedores problemáticos 31 %, con sólo un 3 % de abstemios.

Un estudio de ámbito nacional realizado en el Reino Unido encuentra que a la edad de 17 años sólo el 10 % de los entrevistados continúa siendo abstinentes, (308).

En nuestro país, Mendoza (303), refiere para escolares de 8º de EGB que el 91 % de los varones habían probado el alcohol. Un 3.8 % beben vino cada semana y un 7.3 % cerveza.

DISCUSION

En muestras de BUP, el porcentaje de estudiantes que bebe habitualmente alcohol está próximo al 70 %. (283, 309).

Del estudio del consumo de bebidas alcohólicas en la población laboral española realizado por Navarro (289), destacan los siguientes resultados. Un 29.8 % son abstemios; consumen diariamente entre 1 y 75 cc. de alcohol el 46.1 %; entre 76 y 150 cc. el 16.6 % y por encima de los 150 cc. el 7.5 %.

En varones de población general con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años, estudiados por Gili Miner (310), son bebedores habituales el 88.3 %, ocasionales el 7.7 % y abstemios el 4.0 %.

Los distintos patrones de consumo de alcohol han sido estudiados también en la población de Madrid por Martínez (235), encontrando que la mayor prevalencia de bebedores excesivos aparece en los varones de 18 a 29 años, donde alcanza el 24 %. Los abstemios en este grupo son el 4 %.

Los bebedores habituales excesivos, (al menos 45 gr de alcohol absoluto/semana), son más frecuentes en los jóvenes estudiantes (24 %), o en los parados (24 %). En este estudio no aparece un crecimiento lineal del consumo de alcohol, en relación al aumento del nivel de estudios y tampoco que el haber vivido antes de los 16 años en una población mayor o menor de 50.000 habitantes, influya en el mismo.

Estos patrones hacen pensar que la tradición española del consumo de vino como parte de la alimentación o acompañante de la comida va alejándose cada día más. Gran parte de los trabajos anteriores refieren que las ingestas alcohólicas más elevadas aparecen precisamente en el estrato de edad en que se encuentran nuestros adictos.

La importancia de la ingesta etílica en los toxicómanos queda reflejada en los siguientes hechos:

En opinión de Rounsaville (74), el 36 % de los adictos a la heroína ha sido diagnosticado de alcoholismo en alguna ocasión. En el momento de la realización del estudio este diagnóstico era aplicable al 16 % de los mismos.

DISCUSION

En este sentido, Jaffe, (35), afirma que del 25 al 40 % de los heroínómanos reciben este diagnóstico en algún momento de su vida.

El consumo de tabaco también parece relacionarse con la cantidad de alcohol ingerido. En este sentido, Maletzky (311), encuentra un consumo de tabaco más elevado en sus alcohólicos, en relación a un grupo de no alcohólicos. Comenta también la existencia de una correlación positiva entre la cantidad de alcohol ingerida y el número de cigarrillos consumidos.

En nuestros adictos el consumo de alcohol alcanza el 97.3 %, proporción muy elevada y comparable a la referida en numerosos trabajos. Para Johnston (291), alcanza el 92 % de su muestra. Tunving (213), refiere que un 15 % de sus adictos a opiáceos y un 53 % de los politoxicómanos presentan períodos de muy alto consumo de bebidas alcohólicas. La proporción de adictos con un consumo habitual elevado de alcohol es del 85 % en el trabajo de Robins (138), mientras que en el estudio de Simpson (312), el grupo con policonsumo de drogas es también el que tiene un mayor consumo de alcohol.

En opinión de Barr (241), los problemas con el alcohol en los adictos a opiáceos pueden ser considerados como un marcador de la presencia de problemas psicológicos serios.

Desde otro punto de vista, Mckirnan (155), realiza un amplio estudio en jóvenes adolescentes americanos que no asistían a la escuela y que por este motivo han sido menos estudiados. Sus resultados demuestran un consumo de alcohol mucho más elevado que en la población general y que en la población de igual edad que asiste a los colegios. En este grupo, el abuso de drogas es también mucho más frecuente, correlacionándose su uso con los motivos "personales" aducidos para beber, los efectos esperados de la bebida y la forma de pensar de los amigos.

EDAD AL INICIO DEL CONSUMO

La edad de nuestros adictos al comenzar el consumo de alcohol es de 13.1 años, dos menos que en el grupo control.

En EE.UU. la edad de inicio al consumo de cerveza o vino es inferior a la recogida por nosotros: 10.6 años, para igualarse en el caso de los destilados: 13.1 años, (296). En adolescentes del Reino Unido, la edad media al inicio es también de 13 años, (313). Sin embargo, para Rounsaville (129), la edad de comienzo es algo superior, 14.5 años.

En nuestro entorno la edad al inicio del consumo es para Vargas (220), de 12.4 años mientras que para Martínez (235), la distribución obtenida es la siguiente: ha iniciado el consumo con menos de 13 años el 8 %; entre los 14 y los 16 años el 42 % y por encima de los 17 años el 51 %.

Las estimaciones de Navarro (289), para la población laboral española elevan la edad media de inicio a los 16.4 \pm 3.1 años.

La edad encontrada en nuestros adictos resulta también inferior a la señalada por este autor, Navarro (5), para la población general, con una media al inicio de 16.4 años. Para Brigos (222), es también algo superior, con una media de 14.5 \pm 4.7 años. Para Martínez (235), es aún más elevada, 15.2 \pm 2.7 años.

Nuestros resultados están más próximos a los aportados por Bagnall (308), con una edad media de 13 años.

Por el contrario nuestra media es superior a la recogida por Calafat (114), a pesar del cambio encontrado de 1981 a 1988, al elevarse la edad de inicio de los 9.6 años a los 11.4 años.

En cualquier caso conviene resaltar que los primeros consumos de alcohol se realizaron frecuentemente dentro del ambiente familiar, por lo que su recuerdo no es tan claro como el de los primeros cigarrillos consumidos, generalmente a escondidas por la oposición paterna. Es decir, la costumbre de

DISCUSION

permitir el consumo de bebidas alcohólicas, con ocasión de ciertas celebraciones familiares, hace difícil en algunos casos, precisar con exactitud la edad a la que se inició dicho consumo.

TIPO DE BEBIDA

En orden de preferencia, las bebidas alcohólicas de nuestros adictos son: la cerveza, las bebidas destiladas y el vino. La cerveza constituye además la bebida de inicio en la mayoría de los casos.

En los adictos estudiados por Martínez (235), la bebida más frecuente al comenzar el consumo es también la cerveza 59 %, seguida del vino 17 % y el whisky y los destilados en el 12 %.

En la población general la bebida alcohólica preferida es también la cerveza, 56.8 %, seguida del vino 45.7 % y ya a gran distancia el whisky y el brandy con el 6.1 % y el 5.6 % respectivamente, (310).

FRECUENCIA DE CONSUMO

La mayoría de nuestros adictos presenta un consumo diario de bebidas alcohólicas: 66 %. Le sigue el consumo semanal y el ocasional con un 16 % y un 11 % respectivamente. No consumen nunca el 2.5 %.

Estos consumos son más elevados que los referidos por Martínez (235), al señalar que el consumo diario sólo alcanza en su muestra el 30 %, el semanal el 14 %, no consumen actualmente el 23 % y no han consumido nunca el 19 %.

CONSUMO ACTUAL

La cantidad de etanol consumida por la población general varía mucho según el autor considerado. Para Gili Miner (310), el consumo de alcohol en la última semana es el siguiente, (Tabla 3 - 1).

TABLA 3 - 1. CONSUMO DE ALCOHOL. (GILI MINER).

<u>g / SEMANA</u>	<u>FRECUENCIA</u>
0	7.6 %
1 - 59	14.0 %
60 - 100	10.0 %
101 - 201	19.0 %
201 - 500	32.7 %
> 501	12.7 %

Nuestros adictos consumen una media diaria de alcohol de 61.6 ± 45.3 g. En el grupo control disminuye a 24.8 ± 25.9 g. Estos resultados son muy similares a los recogidos por la mayoría de los autores. Así, la ingesta alcohólica media encontrada por Heatcote (314), es de 63.3 g/día en su grupo de toxicómanos y de 13 g/día en el grupo control. García Alvarez (104), también refiere en sus adictos una media similar; 68.2 cc. diarios. También Luna (218), abunda en este sentido al comentar que más del 40 % de los integrantes de su muestra consume cantidades de alcohol superiores a los 80 g. diarios.

INHALANTES

En EE.UU., Ron (80), realiza una revisión de diversos trabajos sobre el abuso de inhalantes, encontrando que el 16.5 % de los jóvenes de 12 a 17 años los han consumido en alguna ocasión. Tanto en estudiantes universitarios como en la población general la tendencia es al aumento de su consumo, (285).

La misma opinión es compartida por Patterson (164), al referir que un 2 % de los integrantes de su muestra los había probado en alguna ocasión en 1972, mientras que en 1986 el porcentaje alcanzaba ya el 4 %.

En jóvenes ingleses de 12 a 15 años la incidencia se sitúa en el 9.8 %, de los que un 25 % presenta un consumo regular, un 25 % esporádico y el 50 % restante sólo ocasional.

Otro trabajo sobre esta misma población encuentra que el 11.0 % de los jóvenes estudiados los había usado en alguna ocasión, (109).

El principal factor asociado al consumo de inhalantes es la presencia de factores sociales adversos. Los más frecuentes son la ausencia del padre y el estar sin trabajo, (248).

En nuestro medio el porcentaje de consumidores es estimado por Navarro (5), en el 0.07 % de la población española mayor de 12 años, es decir, aproximadamente unos 21.000.

En la población laboral española este mismo autor, Navarro (289), encuentra que un 2 % ha usado inhalantes alguna vez, de los que un 0.3 % los ha consumido en los últimos treinta días.

En nuestro estudio refieren haber consumido inhalantes el 7.2 % de nuestros adictos y el 3 % del grupo control, en su mayor parte como consumo ocasional. Este bajo porcentaje es inferior al encontrado por Altenkirch (214), del 12.8 % en su estudio sobre una amplia muestra de dependientes de opiáceos. Este autor llama, asimismo, la atención sobre el hecho de que los adictos que consumieron inhalantes presentaron una mayor gravedad en su dependencia, un peor pronóstico y una mayor

DISCUSION

criminalidad.

El menor consumo de inhalantes de nuestros adictos parece corresponder a niveles algo inferiores a los encontrados por Ron (80), del 9.8 % para edades entre los 18 y los 25 años. Sin embargo este consumo es generalmente esporádico y con una prevalencia máxima entre los 12 y los 17 años, edades inferiores a las de nuestros adictos.

Mucho más alejados quedan los resultados de Hser (232), con un 53 % de adictos a la heroína que han consumido inhalantes en alguna ocasión.

En cualquier caso, la penetración de los inhalantes en nuestro entorno parece ser inferior a la recogida en los países anglosajones.

HACHIS

Entre los factores predictores al inicio del consumo de cánnabis, Yamaguchi (183) refiere los siguientes: uso actual de tabaco y alcohol, alteraciones del núcleo familiar y desintegración familiar, consumo de drogas psicoactivas por la madre y ausencias escolares previas.

Para Carlson (315), los factores predictivos de consumo de cánnabis son los siguientes: ingresos familiares elevados, malos resultados escolares, sexo masculino y las orientaciones políticas de rango más liberal.

Algunos autores han comunicado que los patrones de uso de cánnabis son dependientes de los ya preexistentes, fundamentalmente en los casos de consumo social, (316).

En nuestro estudio el 100 % de los adictos ha consumido hachís en alguna ocasión. En el momento actual el consumo es diario en el 80 %. Estos resultados son comparables a los referidos por Hser (232), en su muestra de heroinómanos. Para este autor el hachís es la droga más frecuentemente asociada a la heroína, alcanzando su consumo el 98 % de los integrantes de su muestra.

En adictos españoles, Martínez (235), encuentra un consumo inferior: diario en el 33 %, semanal en el 13 %, mensual en el 12 % y nulo en el momento actual en el 33 %. Nuestros resultados están más cercanos a los aportados por Navarro (5), y Herrero (217), con un consumo de hachís del 87.8 % y 81.6 % respectivamente.

En la población general el consumo de hachís está también muy extendido. El 64 % de los integrantes del grupo control lo ha consumido en alguna ocasión, con una proporción de consumidores diarios del 3.3 %. Estos resultados son bastante similares a los aportados por Johnston (317), con un porcentaje de consumidores del 53 - 60 % en una muestra de estudiantes valorada en el periodo comprendido de 1976 a 1984.

El elevado consumo es referido también por Humphrey (318), al comentar que han consumido hachís, al menos en una ocasión durante el último mes, el 23 % de los estudiantes

DISCUSION

universitarios de EE.UU., mientras que el 40.5 % lo ha consumido en más de una ocasión.

En el mismo sentido se manifiesta Patterson (164), quien señala que en 1972 el 61 % de los universitarios había consumido marihuana en alguna ocasión, mientras que en 1986 el porcentaje se elevó al 68 %. Para Marcos (292), ha consumido hachís en alguna ocasión el 54.9 % de los estudiantes de grado superior en EE.UU. y el 49.9 % de los estudiantes griegos. Para Hamburg (296), el consumo en los estudiantes de grado superior norteamericanos es discretamente inferior, el 42 %. En conjunto parece observarse una estabilización del consumo. Esta circunstancia ha sido informada también por Johnston (285).

En estudiantes adolescentes ingleses el 11.7 % ha probado el hachís al menos en una ocasión, (109). En este país, el total estimado de usuarios diarios asciende a unos dos millones, (319).

En nuestro entorno el consumo de hachís es referido por Revuelta (242), en el 64.5 % de su muestra de jóvenes de 18 a 25 años. El consumo habitual asciende al 53.2 % y el reciente al 20.5 %. Los resultados del estudio de Plans (320), son bastante inferiores: para la población con edad comprendida entre los 16 y los 25 años sólo el 24.8 % ha usado cánnabis en alguna ocasión.

Otros estudios realizados también en nuestro país muestran resultados comparables. En estudiantes de 3º de BUP, el 35.4 % lo ha probado. De los que un 12.5 % son consumidores habituales, (309). Sobre una población de igual edad, Blanquez (283), no encuentra ningún caso de consumo habitual, con un consumo ocasional en el 33.3 %.

Por su parte Cortes (321), encuentra un 11.3 % de positividades para metabolitos de cánnabis en orina en una muestra de 2142 soldados con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años.

La frecuencia encontrada en la población laboral española es muy parecida. Han consumido hachís en alguna ocasión el 24.4 % y en los últimos treinta días el 11.5 %, (289).

EDAD DE INICIO

En la población general estudiada por Navarro (5), la edad media al inicio del consumo es de 17.5 años. Para Revuelta (242), es bastante inferior: 15.8 ± 1.9 años. Sin embargo en la población laboral estudiada por Navarro (289), la edad media es bastante superior: 19.1 ± 4.6 años.

En nuestros adictos la edad media al inicio del consumo es de 13.1 años, prácticamente idéntica a la referida en EE.UU. por Hamburg (296), con una edad de inicio de 13.8 años.

En politoxicómanos, Dembo (287), refiere una edad media al inicio del consumo de 11.8 años, mientras que en el estudio de Hser (232), se eleva a los 15 años, al igual que ocurre en el de Smith (316): 15.4 años.

En heroínómanos de nuestro entorno, Martínez (235), encuentra una edad media al inicio de 15.8 ± 3.1 años.

En resumen, nuestros resultados parecen confirmar el elevado consumo de hachís y apuntan a que el primer contacto con esta sustancia se produce a edades cada vez más tempranas.

ANFETAMINAS

El 28.5 % de los estudiantes de grado superior en EE.UU. y el 30.9 % en Grecia ha consumido anfetaminas en alguna ocasión, (292). En los estudiantes universitarios americanos se aprecia una tendencia a la disminución de su consumo, (285). En 1972 el consumo ocasional de anfetaminas alcanzaba al 38 %, en 1986 sólo alcanzó el 22 %, (164).

En el Reino Unido el 3.2 % de los estudiantes adolescentes ha consumido anfetaminas en alguna ocasión. (109).

En nuestro país el consumo de anfetaminas estimado por Navarro (5), alcanza el 1.9 % de la población mayor de 12 años, es decir, un total de consumidores cercano a los 600.000. Según este autor, un 8.1 % de la población laboral las ha probado, alcanzando su consumo en los últimos treinta días el 1.5 %. La edad de inicio es de 23.5 años en la población general y de 20.4 ± 6.2 años en la laboral, (289).

En nuestro estudio han consumido algún tipo de anfetaminas el 80.8 % de nuestros adictos, porcentaje claramente superior al encontrado por Herrero (217), de un 54.8 %, y bastante más próximo al 94 % de los heroínómanos estudiados por Hser (232).

También en nuestro entorno, Martínez (235), refiere que el 60 % de sus adictos ha consumido anfetaminas. De estos el 6 % mantenía el consumo en los últimos treinta días. La administración se realiza principalmente por vía oral aunque el consumo ocasional por vía intravenosa alcanza el 46.7 % en el trabajo de Roig (322).

BENZODIACEPINAS

Se calcula que el consumo diario de benzodiazepinas a nivel mundial se acerca a los 40 millones de dosis.

En la República Federal Alemana se consumieron en 1983 entre 150 - 250 dosis por día y 1.000 habitantes, lo que representa que han sido empleadas por 2.4 millones de personas. Los consumos en el Reino Unido, Francia, Bélgica y Holanda son aún superiores. En EE.UU. en 1981 se registraron 55 millones de prescripciones, (323).

En Francia el consumo muestra una tendencia ascendente estimada en un 20 % superior en 1986 en relación a 1984, (324).

Consumos también superiores al de años anteriores son referidos en los estudiantes universitarios americanos por Patterson (164), y en la población canadiense por Busto (325).

En los adolescentes ingleses el uso no médico de las benzodiazepinas alcanza, en opinión de Swadi (109), el 2.7 %.

En nuestro medio, Navarro (5), estima que consumen tranquilizantes 1.251.000 personas, lo que representa el 4.16 % de la población mayor de 12 años. Los consumidores de hipnóticos ascenderían a 1.294.000 personas lo que representa el 4.31 % de esta población. La edad media al inicio del consumo es muy elevada: 36.1 años.

En el medio laboral el consumo de tranquilizantes es para este autor, de un 10.8 %, con un consumo en los últimos treinta días del 3.1 %.

Para el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (46), el porcentaje de consumidores se eleva en la población mayor de 12 años al 18.70 %, mientras que el de hipnóticos no barbitúricos se sitúa en el 7.20 %.

El consumo de benzodiazepinas en nuestra muestra de adictos es muy elevado. Refieren haberlas consumido el 96.1 %. Este porcentaje desciende al 74.0 % si consideramos únicamente el consumo en el último mes. En cualquier caso es superior al 53 % encontrado por Martínez (235), de los que el 26 % mantenía un consumo semanal.

También resulta elevado al compararlo con el 27.4 % de

consumidores encontrado por Herrero (217).

Como en el caso de la anfetaminas, nuestros resultados están más próximos a los Hser (232), al referir que el 72 % de sus heroínómanos había consumido estos productos en alguna ocasión.

Aunque la vía habitual de consumo es la oral la administración ocasional intravenosa ha sido referido por Roig (322), en el 65 % de los integrantes de su muestra.

En nuestros adictos la edad de inicio al consumo es de 15.8 ± 2.6 años, algo inferior a la recogida por Martínez (235), de 19.7 ± 4.3 años y bastante menor a la de Magura (206) de 23 años.

También la encontrada por Brigos (222), de 21.7 ± 5.4 años y la de Hser (232), de 21 años, son inferiores a la nuestra que, sin embargo, es muy similar a la referida por Smart (249), con una edad media comprendida entre los 14 y los 16 años y superior a la recogida por Dembo (287), de 12.7 años.

OPIACEOS SINTETICOS

Desde la introducción de la pentazocina en 1967, se han desarrollado e introducido en terapéutica numerosos analgésicos agonistas - antagonistas: cyclazocina, butorfanol, nalbufina y buprenorfina.

Las más extendidas y en ocasiones causantes de adicciones son la pentazocina y la buprenorfina. Sin embargo los datos disponibles de su abuso son escasos.

En algunos estudios el porcentaje de heroínómanos que ha usado la pentazocina asciende al 6 %. Sin embargo la frecuencia de consumo en los adictos que precisaron asistencia médica urgente en EE.UU., ha disminuido de un 2.15 % en 1981 a un 0.72 % en 1984. La mortalidad relacionada con su uso también ha descendido de un 1.9 % del total de fallecimientos relacionados con el abuso de drogas en 1981, a un 0.3 % en 1984, (246).

DISCUSION

Lahmeyer (326), describe también resultados similares de disminución del número de adictos y Johnston (285), de disminución de su empleo en la población general.

A pesar de esta disminución, en algunos países la disponibilidad de la buprenorfina, su bajo coste en relación a la heroína y la disminución de la disponibilidad de esta, ha ocasionado epidemias en su consumo, llegando a ser empleada por cerca del 90 % de los heroínómanos, fundamentalmente como droga de sustitución de la heroína, (327).

En nuestros adictos la buprenorfina es tras el flunitrazepan el fármaco de elección para sustituir a la heroína. En un 17 % constituye la primera elección si no disponen de heroína.

El empleo de estos productos por los adictos de nuestro entorno es elevado, y en ocasiones, discretamente superior al recogido en otros países. Así, Roig (322) comenta que el 94.8 % de sus ADVP emplea ocasionalmente opiáceos sintéticos, mientras que para San (96), es del 72 % para elevarse en los heroínómanos anglosajones estudiados por Hser (232), al 88 %.

En los trabajadores españoles, Navarro (289), estima que el 1.4 % ha consumido analgésicos morfínicos en alguna ocasión y un 0.3 % en los últimos treinta días. En este grupo la edad media de inicio es de 26.7 ± 8.7 años, mientras que en los adictos estudiados por Martínez (235), la media se sitúa en los 19.5 años y en el estudio de Hser (232), en los 22 años.

LSD

El consumo de LSD nunca ha tenido la amplia difusión de otras drogas. Su uso ha estado generalmente limitado a algunos círculos de carácter contracultural y/o experimental.

La actual disminución de su empleo ha sido apreciada en diferentes países. A pesar de ello en algunos es empleado aún por amplios sectores de la población. Así, en EE.UU. han

DISCUSION

consumido LSD, al menos en una ocasión, el 13.2 % de los estudiantes de grado superior, mientras que en Grecia el porcentaje referido por Marcos (292), es algo inferior, el 8 %.

El 14 % de los estudiantes universitarios norteamericanos consumieron LSD en 1986, mientras que en 1972 el porcentaje ascendía al 28 %, (164).

En los adolescentes ingleses el consumo es claramente inferior, alcanzando únicamente el 1.9 %, (109). En Francia su empleo ha disminuido un 20 % en el periodo comprendido de 1982 a 1986, (324).

Para el total de la población española el número de consumidores de alucinógenos es estimado por Navarro (5), en unos 22.000, lo que representa el 0.08 % de la población mayor de 12 años. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (46), propone un porcentaje bastante superior, el 2.10 %.

En los jóvenes estudiados por Revuelta (242), el consumo de LSD alcanza el 11.8 %, con un consumo habitual en el 7.8 % y reciente en el 0.7 %.

En nuestros adictos el consumo de LSD es bastante habitual. Refieren consumirlo el 47.2 %. Si consideramos el consumo en el último mes el porcentaje desciende al 10.2 %. Este porcentaje es bastante similar al 45.1 % de los adictos estudiados por Herrero (217), aunque sólo representa el 50 % del aportado por Hser (232): 89 %.

Nuestros resultados son también comparables a los recogidos por Martínez (235), con un 47 % de consumidores, de los que en un 5 % es al menos mensual y un 1 % diario.

EDAD DE INICIO

La edad al inicio del consumo de LSD es bastante similar en la mayoría de los trabajos consultados. En nuestros adictos la edad media es de 16.5 ± 1.7 años. También en nuestro medio, Revuelta (242), la sitúa en 17.1 ± 1.6 años.

Por su parte Smart (249), refiere que aproximadamente el 50 % de los adictos se inician al consumo a la edad de 15

DISCUSION

años.

Para Martínez (235), la edad media al inicio del consumo se sitúa en los 17.8 años, mientras que Navarro (5), encuentra una media de 18.8 años, claramente superior a la nuestra, más próxima a los 17.7 años referidos en EE.UU. por Chitwood (328).

COCAINA

Entre los factores de riesgo para iniciar el consumo de cocaína Brower (199), destaca los siguientes: sexo masculino, antecedentes de uso de marihuana, ausencia de relaciones sociales en la familia y en la escuela, influencias de los amigos y presencia de alteraciones psicopatológicas.

Los determinantes principales para el uso experimental de la cocaína son los factores psicosociales, (uso previo de otras sustancias tanto lícitas como ilícitas). Igualmente los factores biológicos pueden tener una gran importancia en la aparición de un posterior abuso.

Los estudios que aprecian un fuerte incremento en el consumo de esta droga son bastante frecuentes, (285).

Kosten (329), refiere que en la década de los años 70 un 17 % de los adictos a opiáceos consumía cocaína habitualmente. En los 80 este porcentaje se ha elevado al 74 %, convirtiéndose en la segunda droga más empleada por los adictos a opiáceos después de la marihuana.

En Francia el aumento en el consumo de cocaína es estimado por Olie (324), en un 30 %. En este sentido tanto Kosten (209), en una muestra de adictos a la heroína estudiada durante 2.5 años, como Wille (330), en la República Federal Alemana encuentran resultados similares.

En este país el mayor incremento de cocaína se registra fundamentalmente en aquellos casos que son detectados como nuevos adictos.

Según Swadi (109), en el Reino Unido la cocaína ha sido consumida en alguna ocasión por el 1.9 % de los jóvenes adolescentes.

En los estudiantes universitarios americanos el número de consumidores se ha multiplicado por cuatro desde 1972. En ese año un 10 % había consumido cocaína en alguna ocasión, en 1986 alcanzaba ya el 40 %. Los consumidores de al menos 10 dosis, son actualmente 16 veces más frecuentes que en 1972, (164).

DISCUSION

Los estudios de ámbito nacional, llevados a cabo en este último país muestran resultados similares. Para las edades comprendidas entre los 18 y los 25 años se ha pasado de un 12.7 % que había usado la cocaína en 1974, a un 25.2 % en 1985. El consumo en el último mes también se ha duplicado, de un 3.1 % en 1974, al 7.6 % en 1985, (199).

Por su parte Raskin (331), refiere un cambio en los patrones individuales de consumo con un significativo incremento en los últimos tres años, frente a una disminución, en el mismo periodo, de los consumos de alcohol, marihuana y otras drogas. Esta autora no refiere, sin embargo, cambios significativos en la edad de inicio al consumo. Entre 1/4 y 1/5 de los integrantes de 18 años de su muestra han probado la cocaína.

Para Marcos (292), han probado la cocaína el 15.6 % de los estudiantes de grado superior de los EE.UU. y el 7.9 % de los de Grecia.

En nuestro país las estimaciones de Navarro (5), elevan el número de consumidores a 83.000, o lo que es lo mismo, al 0.28 % de la población con edad superior a los 12 años.

Este mismo autor cifra en el 5.6 % el porcentaje de trabajadores españoles que ha probado la cocaína en alguna ocasión. El consumo en los últimos 30 días alcanza el 2.4 %, (289).

El porcentaje de consumidores estimado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (46), sería únicamente del 3.7 %.

El consumo de cocaína es referido por Revuelta (242), en el 11.8 % de su muestra de jóvenes. El consumo habitual alcanza el 6.5 % y el reciente el 0.7 %.

La expansión actual de la cocaína queda reflejada en nuestro estudio en el elevado número de adictos que la han consumido: 95.9 %, de los que un 18 % presentan un consumo semanal y un 19 % diario.

La frecuencia de consumo encontrada por Martínez (235), es bastante inferior a la nuestra. En sus adictos el consumo de cocaína es diario en el 12 %, semanal en el 6 % y mensual en el 15 %. En conjunto la han consumido en alguna ocasión el 73 % de su muestra.

DISCUSION

En nuestros adictos la via empleada más frecuentemente es la intravenosa: 45 %, seguida por la nasal en el 26.3 %. El empleo de ambas aparece es referido en el 25.9 %. Estos resultados son comparables a los recogidos en nuestro entorno por Roig (233), al comentar que el 59.7 % de sus adictos consume cocaína por vía intravenosa.

EDAD DE INICIO

La edad de inicio al consumo de cocaína en nuestra muestra es de 17.6 ± 1.3 años, prácticamente idéntica a la referida por Navarro (5), de 17.5 años y por Revuelta (242), con una edad media de 17.8 ± 1.8 años.

Algo superiores son las encontradas por Martínez (235): 19.9 años y Magura (206), con una media de 20 años para el inicio al consumo en sus toxicómanos en tratamiento.

Más alejadas quedan las referidas por Brigos (222), con una media de 20.0 ± 3.9 años y por Hser (232), con una media de 22 años.

Sin embargo, nuestra edad media es claramente superior a los 15.3 años referidos como media en EE.UU. por Chitwood (328), y a los 13.4 años encontrados por Dembo (287).

HEROINA

El comienzo en la expansión del consumo de heroína fue detectada en el Reino Unido a partir de los años 1966 - 1968, observándose una duplicación anual del número de delitos relacionados con el uso de opiáceos, que hasta ese momento había permanecido sin cambios desde 1921. Es también, a partir de estos años, cuando la edad media de los adictos comienza a disminuir progresivamente, (228).

Posteriormente aparece una segunda expansión, detectada a partir de 1980, que afecta aún más que antes a estratos de edad cada vez menores. En algunas zonas del Reino Unido la tasa anual de heroínómanos alcanza para el intervalo de los 16 a los 24 años el 18.2 por mil, (208).

En este país las estimaciones del número total de heroínómanos en 1984 oscilaban entre los 25.000 y los 63.000, (319). En 1986 el número de heroínómanos estimado es bastante similar, unos 60.000. Las estimaciones francesas son parecidas: 50.000 heroínómanos, (334), mientras que en Italia son bastante superiores; 90.000 heroínómanos, (335).

En Holanda la cifra de estimada de heroínómanos es de 15.000 - 20.000, (336), mientras que en la República Federal Alemana el número de adictos a la heroína continúa incrementándose desde 1979 - 1980, estimándose su número actual en más de 50.000, (330).

Estos resultados resultan inferiores a los aportados por la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el Problema de las Drogas (156), que estima para la CEE una población total de consumidores de heroína de millón y medio, de los que los cinco países más importantes tendrían aproximadamente 200.000 cada uno.

En España el número de consumidores de heroína estimado por Navarro (5), está comprendido entre los 80.000 y los 125.000, lo que representa entre el 0.27 % y el 0.42 % de la población española mayor de 12 años. En este mismo año, 1985,

DISCUSION

el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (46), eleva el porcentaje de consumidores al 1.80 % de la población total.

En la población española de 18 a 25 años, Revuelta (242), encuentra antecedentes de consumo de heroína en el 3.3 %, con un consumo habitual en el 0.7 %. Por su parte Navarro (289), estima en 117.000, (1.8 %), el número de trabajadores que la ha consumido y en 39.000, (0.6 %), el de trabajadores que la ha consumido en los últimos treinta días.

Los trabajos realizados en otros países aportan igualmente elevadas cifras de consumo.

El 1.7 % de los adolescentes ingleses ha consumido heroína en alguna ocasión, (109).

En EE.UU. han usado la heroína, al menos en una ocasión, el 1.4 % de los estudiantes de grado superior y el 1.0 % en el caso de Grecia, (292). Sin embargo, para Hamburg (296), el porcentaje encontrado en los estudiantes de grado superior de EE.UU. es bastante más elevado, el 6 %. A pesar de estos datos, para Johnston (285), el porcentaje de población general de este país que ha probado la heroína ha disminuido del 1.0 % en 1975 al 0.6 % en 1982, mientras que para los estudiantes universitarios, Patterson (164), estima que 1 % ha consumido heroína al menos en una ocasión.

En 1979, el 3.5 % de los jóvenes entre 18 y 25 años manifestaba haber probado alguna vez la heroína, porcentaje que disminuía al 0.5 % para el consumo en el último mes. En 1982 el porcentaje que refería haber usado la heroína en alguna ocasión era del 1.2 %. Un año después, el número de adictos y consumidores con problemas era estimado para la totalidad del país en 450.000 - 550.000, (35).

EDAD DE COMIENZO

La edad media al inicio del consumo de heroína en nuestros adictos es de 17.1 años, con una desviación típica de 1.45 años, un máximo de 19.4 años y un mínimo de 12.5 años.

Esta edad de inicio es prácticamente idéntica a la encontrada por Hamburg (296): 17.0 años, Judson (211), con una media de 17.0 años y Magura (206), con una edad media también de 17.0 años. Igualmente Charles Nicolas (144), la sitúa entre los 17 y los 18 años.

Para Rounsaville (129), es algo más elevada, 18.0 años, así como para Hser (232), con una media de 19 años en una amplia muestra de más de 500 adictos.

Nuestra edad media resulta asimismo inferior a la referida por Shaw (337): 20.4 años y por Fraser (116), que la eleva a los 21 años. Es también algo inferior a las encontradas en nuestro país por Díez (210): 19.3 años, Brigos (222): 19.9 ± 4.5 años y Martínez (235), con una media de 20.0 años.

Nuestros resultados quedan más alejados de los aportados por Dembo (287), con una edad de inicio al consumo muy inferior: 13.4 años.

También en nuestro país otros autores refieren edades de inicio similares a la nuestra: Vargas (220), y Cabezón (215), la sitúan sobre los 17 años, mientras que Navarro (5), Roig (322), y Revuelta (242), la elevan a 19.3, 19.5 y 19.2 años respectivamente.

Dada la baja edad media que conlleva el realizar el presente trabajo en el momento de la incorporación a filas, es posible que hayamos estudiado preferentemente el sector de adictos que ha comenzado el consumo más tempranamente.

TIEMPO DE CONSUMO

La duración del consumo de heroína está estrechamente relacionada con la edad de consumo del primer tóxico, aunque no es, por sí misma, un elemento de gravedad, contrariamente a la edad de comienzo de la dependencia, (144).

Numerosos trabajos, sobre todo los realizados en los países anglosajones, encuentran tiempos de consumo muy elevados, en ocasiones superiores a los nueve o más años, (209).

El tiempo medio de consumo en nuestros adictos es de 2.05 años, oscilando de 0.34 a 7.3 años. La distribución por años de consumo es la siguiente: el consumo inferior a 1 año agrupa el 17.7 %, entre 1 y 2 años se sitúa el 41.8 %, entre los 2 y los 4 el 31.8 % y por encima de los cuatro años el 8.6 %.

Esta situación es comparable a la referida por Parker (208). En su revisión, el 51 % de los adictos presenta un tiempo de consumo comprendido entre 1 y 2 años y el 31.1 % entre los 2 y los 4 años.

En nuestro entorno, Díez (210), refiere un tiempo de consumo algo superior. El 4.4 % de sus adictos presenta un consumo inferior a un año; el 39.5 % entre 1 y 4 años; el 27.9 % entre 5 y 7 años y el 11.9 % superior a los 7 años.

También Pascual (233), refiere un mayor tiempo de consumo de heroína. El 15.1 % de su muestra lleva menos de 2 años; entre 2 y 4 el 26.8 %, entre 4 y 6 el 29.3 % y entre 6 y 8 el 18.3 %.

Otros estudios como el de Navarro (5), y el de Luna (338), refieren una media de 36 meses de consumo, inferior a la de Judson (211), y Aguilar (219), de 48.7 meses o a la de García Alvarez (104), de 64 meses, todas ellas superiores a los 24.6 meses de nuestros adictos.

Sin embargo, nuestra media es bastante similar a la aportada también en nuestro entorno por Martínez (235), con una media de 36 meses y claramente superior a los 19 meses referidos por Cabezón (215).

MOTIVOS PARA EL INICIO AL CONSUMO

El principal motivo para el inicio al consumo de heroína en nuestros adictos es doble: por un lado la "curiosidad" y por otro la "imitación". Este resultado es similar al encontrado por la mayoría de los autores consultados. Para Blum (29), la "curiosidad" es la razón principal para el inicio en el consumo. También Hser (232), refiere en sus heroínómanos unos resultados muy parecidos: la "curiosidad" en el 63 % y la "aceptación por los amigos" en el 21 %, mientras que el 10 % restante está formado por causas diversas.

En orden de frecuencia el segundo motivo en nuestros adictos es la búsqueda de "nuevas sensaciones". Este causa ha sido recogida también frecuentemente, (5, 237). En los adictos estudiados por estos autores "la curiosidad" es el motivo más frecuente seguida por la pasividad, huida y rechazo de la sociedad.

En conjunto nuestros resultados son comparables a los aportados por Simpson (176). En su muestra las principales razones para iniciar el consumo son: en el 51 % la "influencia de los amigos", en un 28 % como "forma de escapar a los problemas y al aburrimiento" y en un 19 % la "curiosidad".

También son similares los motivos de los heroínómanos estudiados por Lligona (221). En su trabajo la presión grupal representó la causa principal en el 68 % de los casos seguida por la curiosidad en el 15 %.

En otros estudios el orden de estas motivaciones es algo diferente. Así Swadi (147) comenta que el motivo aducido más frecuentemente es "por escapar a problemas personales" con un 18.8 % y en segundo lugar, con un 12.5 % cada uno, por "experimentar placer y animarse", porque "paso de todo" y por "curiosidad y sentir nuevas sensaciones".

VIA DE INICIO

La vía clásica de administración de la primera dosis de heroína es la nasal, para luego ir derivando a la vía venosa. En nuestra muestra este predominio no es tan claro, y como ya apuntaba Gaona (237), parece existir una tendencia en las nuevas generaciones de heroínómanos a usar la vía intravenosa como vía de inicio.

El comenzar fumando la heroína es infrecuente en nuestro estudio y no parece constituir, en nuestro medio, una forma importante, como en el caso de la muestra estudiada por Gossop (334).

Para Martínez (235), la vía inicial es la inhalatoria en el 52 %, seguida de la intravenosa, 44 %. El inicio fumando la heroína sólo alcanza el 3 %.

Los resultados de Lligona (221), son muy parecidos. Comenzaron inhalando el 57 %, por vía intravenosa el 32 % y fumandola el 1.3 %.

Esta situación es muy diferente a la del Reino Unido, donde Parker (208), encuentra que la forma principal de inicio es fumandola en más del 80 %.

NUMERO DE PROVEEDORES

El número medio de proveedores de heroína en nuestros adictos es de 4.2 ± 4.4 , disminuyendo a medida que aumenta el tiempo de consumo. Es decir, en fases avanzadas, tiende a adquirirse la heroína siempre a los mismos vendedores. Hemos encontrado escasa bibliografía sobre este punto. Navarro, (5), sólo comenta que la fuente de obtención de la heroína son los amigos y la compra directa en la calle, sin referencia al número de proveedores.

DISOLVENTES - TECNICA DE APLICACION

La bibliografía existente, tanto de las sustancias empleadas como disolventes de la heroína, como de las dosis utilizadas, es también escasa.

Roig (322), comenta que el 43.8 % de los ADVP de su estudio usan agua destilada. Igual porcentaje refiere el uso de "agua estancada" y un 93.5 % el empleo de agua corriente.

En nuestro trabajo el disolvente más utilizado es el agua corriente con algunas gotas de limón, 61.4 %, seguida por el "agua estancada" de cualquier localización en el 38.7 %.

El 65 % de nuestros adictos ha empleado ocasionalmente otros disolventes. Los más frecuentes son el agua destilada, los refrescos y la saliva y bebidas alcohólicas.

La dilución de la heroína con saliva en casos de emergencia ha sido también referida por Pujadas (339), como posible causa de autoinducción de bacteriemias.

La cantidad de disolvente utilizado varía en función de la dosis administrada. Para una dosis de 332 mg la media es de $0.259 \pm 0.117 \text{ cm}^3$ de agua, lo que representa 0.390 cm^3 para una dosis de 500 mg. Aunque la acidificación no es una condición indispensable en todos los casos para la disolución de la heroína, parece estar muy extendido el empleo de unas gotas de limón.

La cantidad media de limón es de $0.127 \pm 0.113 \text{ cm}^3$ para una dosis de 332 mg, lo que equivale a 0.191 cm^3 para una dosis de 500 mg de heroína.

El 43 % de nuestros adictos filtran habitualmente la heroína. En el 96 % de los casos mediante filtros de cigarrillos y más raramente con algodón u otros tejidos. Esta práctica es referida también en un alto porcentaje de los adictos estudiados por Jaffé, (35).

CONSUMO INICIAL Y ACTUAL DE HEROINA

La cantidad real consumida de heroína es muy difícil de valorar y muestra además significativas diferencias geográficas y temporales, (144). En EE.UU. la pureza media no llega a alcanzar el 5 % del contenido total, (29).

De todas formas la cantidad inicial de heroína parece bastante estable, oscilando de los 45 a los 60 mg, que teóricamente contiene una papelina. Edwards (340), encuentra un consumo inicial de 50 mg, mientras que para Hartnoll (268), es algo superior: 74 mg. En nuestro caso la cantidad inicial oscila entre media y una papelina lo que teóricamente correspondería a 25 - 50 mg.

En fases posteriores del consumo parece haber una tendencia a exagerar las dosis de heroína consumidas. Además, el adicto suele desconocer la cantidad real de heroína que lleva la dosis administrada. En cualquier caso y dado que estas circunstancias son aplicables a la mayoría de los estudios, el conocimiento de la cantidad de heroína administrada puede ser útil en la comparación de diferentes trabajos.

La media actual de heroína consumida por nuestros adictos es de 332 ± 267 mg/día. Esta media es bastante similar a la encontrada por Parker (208), al referir que en el 53 % de sus adictos la dosis diaria se sitúa entre los 250 y los 500 mg. En relación a la estimada para los heroínómanos ingleses, 250 mg/día, es algo superior, (319).

Nuestra media resulta, sin embargo, inferior a la recogida en nuestro entorno por Luna (338), con 457 mg/día, o Aguilar (219), con 528 mg/día. Más cercanos están los 400 mg de media referidos por Martínez (235), o los 480 ± 500 mg encontrados por García Álvarez (104).

Como cabía esperar, los consumos más elevados aparecen en los adictos con un mayor número de años de consumo.

El consumo diario de heroína en nuestros adictos es del 90.3 %, porcentaje algo superior al encontrado por Herrero

DISCUSION

(217), para el que oscila entre un 74 % y un 82.6 %.

La administración de más de una dosis diaria, referida por la práctica totalidad de nuestros adictos, es muy superior al 58 % encontrado por esta autora y está más cercana a la opinión de Charles Nicolas (144), al comentar que el heroínómano consume por lo general una media de dos - tres dosis diarias de la droga vendida en la calle, que suele tener una pureza que oscila entre el 2 y el 10 %.

El estudio realizado por Diez (210), muestra también un resultado comparable. Consumen la heroína en varias ocasiones al día el 71.7 % y en una sola vez el 10.7 %.

PERIODOS SIN CONSUMO DE HEROINA

El 52 % de nuestros adictos ha abandonado el consumo de heroína al menos en una ocasión. Este porcentaje es bastante inferior al observado por Judson (211), con un 14 % de su muestra que no había dejado la heroína en ninguna ocasión. El 31 % la había dejado en una y el 54 % en más de una.

Nuestros resultados son, sin embargo, comparables a los encontrados en nuestro entorno por Martínez (235). En su estudio, el 53 % de los pacientes había logrado mantenerse abstinente al menos un mes desde el comienzo del consumo de heroína.

TRATAMIENTOS PREVIOS

El que un 54 % de nuestros adictos haya intentado dejar la heroína una o más veces, 0.97 ± 1.2 veces de media, parece en principio un factor positivo. Los resultados obtenidos por otros autores son variables: Judson (211), encuentra un 86 %, mientras que Angle (341), refiere un 51 % y Bale (282), un

DISCUSION

57 %. Nuestra media de intentos es aproximadamente la mitad de la referida por Woody (342): 1.8 intentos y por Rounsaville (129), con una media de 2.4 intentos.

En nuestro medio De la Serna (234), refiere que el 31 % de los adictos estudiados había seguido previamente tratamientos de diversos tipos, de los que el 25 % correspondía a tratamientos hospitalarios.

Por su parte, Gaona (237), refiere intentos previos de abandonar el consumo de heroína en el 81 % de su muestra, con una media de 2.3 intentos por paciente. Para Luna (218), es también muy elevado: 88.3 %. Este autor comenta resalta que el número de intentos aumenta proporcionalmente a la edad del toxicómano. En nuestro caso, no apreciamos esta relación que sin embargo si aparece en relación al tiempo de consumo.

En otros trabajos la frecuencia de tratamientos previos es inferior. En los adictos estudiados por Sánchez - Carbonell (223), sólo el 39 % había seguido algún tipo de tratamiento. En su muestra no aparecen diferencias significativas entre los que habían seguido algún tratamiento y los que no los habían realizado.

Por su parte, García Alvarez (104) encuentra una media de intentos para dejar la heroína de 3.3 ± 3.0 , mientras que Pascual (233), refiere que el 90.1 % de los varones de su estudio había realizado intentos previos de deshabituación.

En cualquier caso debemos recordar que el tiempo medio de consumo de heroína en estos trabajos es, en general, superior al encontrado en el presente estudio.

GASTO ECONOMICO EN DROGAS

El gasto diario medio en drogas ilegales es de 8.299 \pm 7.836 ptas/día, con un máximo de 40.000 ptas, cantidad que nos parece exagerada, pero que en cualquier caso, dada la situación laboral de nuestros adictos, creemos que debe ser obtenida mediante la realización de actividades ilegales. Esta circunstancia es referida con frecuencia. Así, Sörensen (281), encuentra que el 54 % de los integrantes de su muestra

DISCUSION

realizaba actividades ilegales para poder proseguir el consumo de heroína.

En nuestro país el gasto diario en drogas, recogido por García Alvarez (104), es algo inferior al del presente estudio: 6.332 ± 6500 ptas.

ENTORNO AMBIENTAL EN LA ADMINISTRACION DE LA HEROINA

Independientemente del entorno familiar de origen, el heroínomano proyecta sus relaciones fuera de él. El consumo de la heroína se realiza preferentemente en compañía de otras personas en el 28 %, mientras que un 26 % prefiere hacerlo en solitario. Esta circunstancia, es decir, el modo de consumo, ha sido un factor poco estudiado en nuestro país, por lo que es difícil la comparación con otros trabajos. Gaona (237), refiere que el 63 % de los integrantes de su muestra consume la heroína en compañía de otras personas mientras que un 37 % prefiere la administración en solitario.

Por su parte, Lligona (221), comenta que el 37 % de su grupo de heroínomanos prefiere la administración en solitario, un 24 % en pareja, un 8 % en grupo y un 21 % no refiere preferencias.

El consumo de la heroína en compañía de otras personas tiene una gran importancia por varios motivos. Entre ellos porque esta circunstancia facilita el intercambio de jeringuillas y aumenta las posibilidades de que el adicto actúe como foco de difusión del consumo de drogas, (29).

En este sentido, nuestros adictos han facilitado algún tipo de droga a una media de 18 personas cada uno, sin contabilizar las ocasiones en que esta ha sido vendida.

EMPLEO DE JERINGUILLAS

El uso habitual de la via intravenosa conlleva grandes posibilidades de intercambio de jeringuillas, tal y como apuntan Blum (29) y Jaffe (35).

El hábito de compartir jeringuillas es una práctica frecuente en los ADVP. Black (343), la refiere en el 68 % de los integrantes de su muestra. De éstos el 77 % intercambian los útiles sólo con los amigos y el 23 % restante incluso con desconocidos.

En nuestros adictos el 88 % admite haber usado jeringuillas que no eran suyas y el 40 % haber dejado frecuentemente las propias.

Estos resultados son comparables a los obtenidos por Castro (344). En su estudio el intercambio de los útiles de administración alcanza el 82.2 % en los que presentan anticuerpos anti - VIH y el 91.1 % en los negativos.

El uso exclusivo de la jeringuilla propia es referido por Espinoza (345), en el 44 % de su muestra de ADVP, mientras que el 56 % restante la comparte habitualmente. En nuestro estudio esta circunstancia si se relaciona con una mayor frecuencia de anticuerpos anti - VIH.

La frecuencia de intercambio de los útiles de administración en nuestros adictos, es bastante similar a la observada por Roig (322). El 15.1 % de sus adictos no cede nunca la jeringuilla mientras que un 62.6 % lo hace ocasionalmente y un 22.3 % sistemáticamente. Además, el 10.0 % no usa nunca jeringuillas ajenas, el 86.2 % ocasionalmente y un 3.6 % sistemáticamente. Las principales diferencias, encontradas por este autor, entre los que comparten y los que no lo hacen son una mayor antigüedad en el uso endovenoso, una mayor duración de la dependencia y la presencia de unos hábitos menos higiénicos.

En otros casos, el uso compartido de agujas y jeringuillas, alcanza la totalidad de los adictos estudiados, (219).

EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE DROGAS. RESUMEN.

Resumimos a continuación la edad media de nuestros adictos al inicio del consumo de las diferentes drogas, (Tabla 3 - 2).

TABLA 3 - 2. EDAD DE INICIO AL CONSUMO DE DROGAS

TABACO	-----	11.3 ± 2.6	Años
ALCOHOL	-----	13.1 ± 2.0	"
CANNABIS	-----	13.1 ± 2.2	"
BENZODIACEPINAS	-----	15.8 ± 2.6	"
LSD	-----	16.4 ± 1.7	"
HEROINA	-----	16.9 ± 1.4	"
COCAINA	-----	17.0 ± 1.3	"

Aunque con ciertas diferencias, de una forma global, podemos decir que estas edades son comparables a las recogidas por otros autores, (170, 183).

Nuestros resultados son también similares a los recogidos por Altenkirch (214), excepto para los alucinógenos que intercambian su posición con los tranquilizantes, como podemos ver seguidamente, (Tabla 3 - 3).

TABLA 3 - 3. EDAD DE INICIO AL CONSUMO. (ALTENKIRCH)

TABACO	-----	12.0	Años
ALCOHOL	-----	13.4	"
CANNABIS	-----	14.3	"
LSD	-----	14.8	"
BENZODIACEPINAS	-----	17.1	"
HEROINA	-----	18.1	"
COCAINA	-----	18.2	"

DISCUSION

En relación a otros autores españoles nuestros resultados muestran unas edades medias, en conjunto, algo inferiores.

Así, Díez (210), refiere como edad media al inicio del consumo de cánnabis los 15.7 años, 19.6 años en el caso de la cocaína y 19.2 años para la heroína.

Las diferencias son mayores, para la mayoría de las drogas consideradas, al comparar nuestros resultados con los aportados por Navarro, (5).

También aparecen notables diferencias al comparar nuestras edades de inicio con las obtenidas por Calafat (114), en una muestra de estudiantes de BUP. Para este autor las edades medias observadas son las siguientes, (Tabla 3 - 4).

TABLA 3 - 4. EDAD DE INICIO AL CONSUMO. (CALAFAT).

TABACO	-----	12.1	Años
ALCOHOL	-----	11.4	"
CANNABIS	-----	14.9	"
LSD	-----	15.3	"
BENZODIACEPINAS	-----	13.6	"
HEROINA	-----	15.5	"
COCAINA	-----	16.5	"

Como vemos, las edades de inicio son muy similares a las nuestras para el tabaco, alcohol, cánnabis y LSD, e inferiores en el caso de las benzodiacepinas, cocaína y heroína.

CONSUMO DE DROGAS. RESUMEN.

Las sustancias consumidas por nuestros adictos en orden decreciente de frecuencia son las siguientes, (Tabla 3 - 5).

TABLA 3 - 5. CONSUMO DE DROGAS

TABACO -----	100.0 %
CANNABIS -----	100.0 %
ALCOHOL -----	97.3 %
BENZODIACEPINAS -----	96.3 %
COCAINA -----	95.9 %
ANFETAMINAS -----	80.9 %
LSD -----	47.2 %
SOLVENTES -----	7.2 %

Es importante destacar la circunstancia de que además de la heroína, seis drogas: tabaco, hachís, alcohol, cocaína, benzodiazepinas y anfetaminas han sido consumidas por más del 80 % de nuestros adictos.

En este sentido Navarro (289), describe resultados comparables, destacando que de los integrantes de su muestra que consumen heroína, son fumadores el 96.6 %, beben alcohol el 70.8 %, consumen cánnabis el 100 %, cocaína el 37.2 %, y alucinógenos el 30 %. Este autor llama también la atención sobre el hecho de que la heroína, los alucinógenos y la cocaína son las drogas que sustentan un mayor policonsumo.

La importancia del consumo de alcohol y marihuana como pasos previos al consumo de heroína ha sido descrita por diversos autores: Kandel (105), Yamaguchi (183), Huba (332).

Otro aspecto interesante a destacar es que el hachís presenta un mayor consumo que el alcohol. Este elevado consumo parece incidir en la teoría de Kandel (105), de que su consumo constituye un paso previo al consumo de heroína.

También Donovan (307), afirma que el abuso de alcohol es a su vez un estadio intermedio entre el consumo de marihuana y

DISCUSION

el de anfetaminas y barbitúricos, mientras que éste constituye un puente al consumo de drogas duras.

Otra circunstancia importante es que en el uso de las drogas el consumo no es solo secuencial, sino acumulativo, (333). Es decir, cuando el drogadicto adquiere el hábito de una nueva droga no abandona las que ya consume, sino que añade la nueva a su repertorio, circunstancia ésta ampliamente detectada en el presente trabajo.

El que nuestros resultados no se adapten totalmente a una forma específica de "escalada" puede deberse a dos circunstancias. La primera, como señala McKirnan (155), es que este tipo de estudios está realizado mayoritariamente en muestras generales de población juvenil del medio escolar o universitario, lo que excluye a los jóvenes más marginales, que son precisamente los que más abusan de las drogas. Este hecho es aún más evidente en nuestro caso al haber estudiado adictos a la heroína que difícilmente permanecen en el medio escolar o laboral. La segunda circunstancia que puede influir en nuestros resultados es que, si bien el alcohol, única droga (junto al tabaco) social y legalmente admitida en los países occidentales, se ha constituido en la puerta principal de entrada al consumo de otras drogas, en nuestro medio el uso de la cánnabis ha sido en parte reconocido socialmente como aceptable, pasando a ser la puerta de entrada en el camino de la dependencia a la heroína, (124). Esta circunstancia se ve aún más reforzada en nuestro país, por su localización geográfica respecto a los países del Norte de África donde la valoración social del consumo de cánnabis es diferente.

A la vista de los resultados anteriores creemos muy difícil disminuir el consumo de drogas minoritarias sin reducir previamente las de mayor consumo. Por todo ello, coincidimos con Bagnall (308), en destacar la importancia del consumo de alcohol en los adolescentes y el papel preponderante que la educación sobre el tema tiene en esta población.

ACTIVIDADES DELICTIVAS

La relación entre actividades delictivas y drogadicción ha sido frecuentemente estudiada con resultados en ocasiones diferentes: (346 - 350).

La tasa de delitos en un grupo de heroínómanos estudiado por Hammersley (351), es significativamente superior en comparación con otros dos grupos de consumidores de cánnabis y de alcohol. El uso de otras drogas, sobre todo el alcohol y los hipnóticos, se correlaciona con la realización de algunos delitos, (robos de tiendas). No aparece, sin embargo, ningún tipo de delito característico de los consumidores de heroína, ni que por la circunstancia de consumir heroína se vaya a cometer alguno. Esta opinión vendría a confirmar la referida por Segal (142), de que el consumo de una droga determinada no se asocia con un tipo específico de delito.

En este sentido diversos estudios han demostrado que la relación delito - adicción no es directa, sino que está determinada por la necesidad económica para pagar la heroína, siendo en estos períodos cuando el adicto comete los actos delictivos, (352).

La importancia de las actividades ilegales es recogida por Sörensen (281), al referir que el 54 % de los integrantes de su muestra de toxicómanos realizaba actividades ilegales como recurso para poder proseguir el consumo de heroína.

Otros estudios refieren como con el consumo de otras drogas, incluso el de inhalantes de una forma aislada, aparece un significativo aumento de la delincuencia, (244).

En otro orden de cosas. Abel (353), refiere que los análisis de drogas son positivos en el 4.2 % de los casos de homicidios registrados en el condado de Eire, (al noroeste de Nueva York), mientras que el alcohol es positivo en cerca del 50 %. Las drogas encontradas con mayor frecuencia son: la

DISCUSION

lidocaina en un 14.8 % y la heroína, metadona y cocaína con un 11.1 % cada una de ellas.

Un buen indicador de la forma de vida de nuestros adictos es la delincuencia de los mismos. Su estudio es importante en el seguimiento del tratamiento por parte del paciente, Gordon (272), y en el caso de las mujeres puede servir también como índice pronóstico de la permanencia en el tratamiento. El abandono temporal de las drogas no implica el que los delitos dejen de cometerse, (348), aunque es frecuente su ausencia a partir del cuarto año de abstinencia, (354).

Por otro lado, cabe destacar que se ha comprobado un mayor grado de hostilidad, en los adictos a drogas juzgados por delitos, en relación a un grupo control de jóvenes juzgados no usuarios de drogas. Esta circunstancia se demostró igualmente en la mayor violencia en los delitos cometidos, (355).

Aunque esta tendencia es generalizada en los adictos a drogas, es aún más evidente en los que emplean habitualmente la vía intravenosa, (356).

Al diferenciar entre delitos contra la propiedad o delitos contra las personas, Simonds (357), encuentra que éstos últimos son más frecuentes en los adictos con un tiempo mayor de consumo de drogas y en los que presentan una más acusada conducta antisocial o policonsumo de drogas.

Esta diferenciación fue realizada previamente por Herjanic (358), encontrando que en los adictos a la heroína los delitos contra las personas son tres veces más frecuentes que los cometidos contra la propiedad.

Para Kraus (349), la asociación entre consumo de drogas y actividades delictivas es el común denominador de un carácter sociopático de base. Los antecedentes delictivos, previos al consumo de drogas, son muy frecuentes en su revisión de historias judiciales, por lo que en su opinión, la realización de actos delictivos no está motivada por el consumo de drogas.

En este sentido, Krampen (359), realiza un estudio de personalidad entre un grupo de hombres libres y dos grupos de internados en prisión, uno de ellos adictos a drogas. De sus

DISCUSION

resultados destaca la existencia de diferencias apreciables tanto entre el grupo libre y los grupos privados de libertad como, dentro de estos, entre la personalidad de los ingresados adictos y los no adictos.

En un grupo de pacientes estudiados durante diez años por Gordon (175), se comprobó que en este periodo, el 97 % fueron juzgados y el 83 % sufrieron algún ingreso en prisión. Los peores resultados se asociaron con la pérdida parental temprana, los malos resultados escolares, las condenas durante los periodos iniciales de uso de drogas, los tiempos más elevados de pérdida de libertad y el mayor número de condenas previas.

Los delitos cometidos con mayor frecuencia por los adictos son: el robo, el fraude y las infracciones y accidentes de circulación, (175, 349).

Otra circunstancia discutida es el mantenimiento de los actos delictivos en el periodo adulto en relación a la adolescencia. En este sentido, Kandel (169), refiere que independientemente del consumo de drogas otros factores de riesgo son la depresión en las mujeres y los factores familiares desfavorables en el hombre, (169).

Para Sörensen (281), como para muchos otros autores, la relación entre la adicción a opiáceos y la criminalidad es clara. En su estudio comenta que el 54 % de los integrantes de su muestra realiza actividades ilegales como recurso para poder proseguir el consumo de heroína.

En este sentido, Nurco (360), encuentra un importante aumento del número de delitos cometidos durante los periodos de consumo, en relación a los de abstinencia. Por ello deduce que, al menos una parte, son cometidos para procurarse la droga. Sin embargo la realización de algunos tiene poca relación con la tenencia o consumo de drogas. Es decir, los adictos a opiáceos no forman un grupo homogéneo pudiéndose diferenciar varios subgrupos.

Benson (158), en una amplia revisión, refiere que durante un periodo de 5 - 9 años, la delincuencia es cuatro veces superior en los adictos a drogas en relación a grupos no seleccionados. Los delitos cometidos con mayor frecuencia por los adictos son los delitos contra la propiedad.

DISCUSION

Para Hammersley (159), la relación entre el consumo de heroína y los delitos es recíproca. La primera condiciona los segundos y viceversa. En un estudio posterior, este mismo autor llega a la misma conclusión, tras la comparación de los delitos cometidos por 5 grupos de pacientes, de los que sólo uno estaba formado por adictos a la heroína a dosis elevadas.

Por otro lado, la prescripción de opiáceos dirigida a disminuir las necesidades de drogas ilegales e indirectamente el número de delitos cometidos ha dado resultados sólo parciales. En un estudio realizado por Bennett (350), sólo se comprobó una disminución en el número total de delitos cometidos por el grupo de adictos que recibían opiáceos legales.

Por último es interesante observar la frecuencia con la que los heroínómanos cometen los delitos. Este aspecto ha sido estudiado por Aitenkirch (214), encontrando que la edad media al cometer el primero es de 18 años, (media de edad en el momento del estudio, 23 años), cometiéndose los siguientes a intervalos aproximados de 1 año.

ANTECEDENTES DELICTIVOS PREVIOS

Para Mott (354), la existencia de delitos previos al consumo de drogas es frecuente, lo que implica la presencia de desajustes sociales previos al consumo de heroína. La realización durante el consumo de heroína de estos delitos no sería más que la continuidad de los mismos.

En cualquier caso siempre surge la duda sobre la actividad criminógena de la heroína, por lo que interrogamos acerca de las actividades delictivas previas a su consumo.

Uno de cada diez adictos (9.1 %), tenía antecedentes delictivos previos al consumo de heroína. Este porcentaje es bajo al compararlo con el obtenido por otros autores. En el estudio de Elliot (161), alcanza el 25 %. Wiepert (348), los

DISCUSION

encuentra en el 32 %, Hartnoll (268), en el 45 %, para elevarse al 51 % en el trabajo de Stimson (361), y al 58 % en el de Gordon (272).

Nuestros resultados están más próximos a los de Gaona (237), al encontrar antecedentes delictivos previos al consumo de heroína en el 20 % de su muestra. También son comparables a los recogidos por el Comisionado para la Droga de Andalucía (362), que encuentra antecedentes judiciales previos en el 17 % de los adictos estudiados.

Nos queda de todas formas el interrogante de la alta proporción de casos, (13.1 %), que no quisieron responder a esta pregunta.

En base a los datos anteriores podemos diferenciar dos grupos: el primero formado por los adictos que provienen de un entorno social "bajo", y que antes de consumir la heroína ya tenían antecedentes legales. El segundo estaría formado por los que comienzan sus actividades delictivas para poder mantener el consumo de heroína.

ANTECEDENTES POLICIALES

Nuestra muestra de heroínómanos gasta diariamente una media de 8.299 pesetas en drogas ilegales y 730 pesetas en las legales, lo que supone una media total diaria de 9.029 pesetas. Esta cantidad parece encontrarse fuera del alcance medio de la muestra, dado su nivel socioeconómico, por lo que podemos suponer que representa un estímulo para la realización de actividades delictivas.

Los antecedentes policiales aparecen en el 76.4 % de nuestros adictos. Este elevado porcentaje es comparable al referido por Judson (211), con un porcentaje de detenciones del 91 %.

En nuestro país, García Alvarez (104), encuentra una media de detenciones de 3.7 ± 4.0 . Gaona (237), refiere antecedentes delictivos en el 50 % de los varones estudiados y Sánchez Carbonell (223), comenta que el 11 % de los ADVP de su cohorte habían sido detenidos en los últimos tres meses de

DISCUSION

seguimiento.

La existencia de estos antecedentes supone la detención en relación a un delito, lo que no implica que se detenga a todos los que los cometan. Es decir, los delitos pueden ser realmente mucho más numerosos de lo que podría deducirse de los datos oficiales o del número de detenciones.

ANTECEDENTES JUDICIALES

Los antecedentes judiciales alcanzan el 53.6 % de nuestros adictos. Estos resultados son equiparables a los recogidos por Einstein (204), y Magura (363), de un 72 %, e inferiores a los de Wiefert (348), al referir que en el Reino Unido hasta el 94 % de los adictos varones han tenido alguna condena criminal.

En nuestro medio, Díez (210), encuentra que el 38.4 % de sus adictos ha tenido problemas con la Ley. Este bajo porcentaje pudiera ser debido, en su opinión, al ocultamiento de estos antecedentes o a cierta resistencia del entrevistador a insistir sobre el tema.

El porcentaje aportado por De la Serna (234), es más elevado. En su estudio la adicción ha tenido consecuencias policiales o judiciales graves en el 62.5 % de los casos.

Por su parte, Sánchez Carbonell (223), comenta que en los últimos tres meses, el 7 % de los ADVP estudiados han sido juzgados.

INGRESOS EN PRISION

En un estudio realizado por Roe (364), el número de ingresos en prisión es más elevado en los internos que presentan antecedentes de consumo de drogas.

El 34.6 % de nuestros adictos refiere ingresos en prisión

DISCUSION

con una media de 1.5 ± 2.2 ingresos, superior a la encontrada por García Álvarez (104), de 0.68 ± 0.7 y comparable a la obtenida por Tunving (213), al referir antecedentes de ingresos en prisión en el 41 % en su muestra de adictos a opiáceos y en el 13 % de los politoxicómanos.

Para Judson (211), el porcentaje de ingresos en prisión es también elevado, alcanzando el 73 %.

Nuestros resultados son también comparables a los de Martínez (235), al referir antecedentes de ingreso en prisión en el 32 % de los integrantes de su muestra, de los que en un 3 % fueron previos al consumo de drogas.

Para Pascual (233), este tipo de antecedente es también frecuente alcanzando el 45.8 % de los integrantes de su estudio. Otro trabajo realizado por el Comisionado para la Droga de Andalucía (362), revela que el 50 % de los drogadictos que iniciaron tratamiento poseían antecedentes penales.

Por último señalar que en un seguimiento de 24 meses realizado por Sánchez Carbonell (223), el 3 % de los integrantes de su cohorte de ADVP había ingresado en prisión. A los 24 meses el porcentaje se elevaba al 26 %.

ANTECEDENTES MEDICOS

PARTO

Los recién nacidos con peso inferior al normal y los partos más laboriosos y complicados han sido referidos no sólo para hijos de madres adictas a opiáceos, sino también en el caso de madres con consumos elevados de alcohol y otras drogas, (365).

El parto de nuestros adictos ha presentado algún tipo de problemas en el 9.3 %, mientras que en el grupo control la frecuencia es algo inferior: 6.7 %.

Dado que la mayoría de las madres de nuestros pacientes no presentaban consumo de drogas creemos que esta mayor incidencia de problemas en el parto puede deberse a las inferiores condiciones socioeconómicas en las que se desarrolló el embarazo y parto.

ENURESIS

La presencia de enuresis ha sido valorada de formas diversas. Para Ey (366), es considerada como un problema funcional neurótico involuntario.

La mayor frecuencia de antecedentes de enuresis nocturna en nuestros adictos, (19.2 %), se acompaña también de un mayor tiempo de duración. La edad media al desaparecer la enuresis es de 12.2 años, 1.3 años más que en el 9.4 % que la padecieron en el grupo control.

Esta elevada frecuencia es superior a la encontrada en la población general. En opinión de Castell la presencia de enuresis nocturna afecta hasta un 30 % de los niños de 4 años, un 10 % de los de 6, un 3 % de los de 12 y un 1 % de los jóvenes de 18 años.

DISCUSION

Las frecuencias observadas por Durán de Vargas (367), son similares. En su estudio la enuresis alcanza entre el 10 % y el 15 % a los 5 años para descender del 8 % al 10 % entre los 6 y los 10 años y al 3 % en la adolescencia.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Una elevada proporción de heroínómanos ha sufrido enfermedades de transmisión sexual (ETS). Como cabía esperar, la frecuencia es mayor al aumentar la edad.

Los antecedentes de gonococia son referidos por el 17.7 % de nuestros adictos y por el 5.4 % de los integrantes del grupo control. En este grupo no han aparecido antecedentes de sífilis mientras que en el grupo estudio alcanzan el 5.3 %.

La frecuencia de gonococia de nuestros adictos es comparable a las ya publicadas aunque la de sífilis resulta bastante inferior.

Ya en 1973, Hochman (39), refiere la presencia de antecedentes de gonorrea con una frecuencia cuatro veces superior en su muestra de adictos que en el grupo control.

Por otra parte, Lluch (262), al estudiar los antecedentes de ETS en un grupo de 42 pacientes afectos de SIDA, encuentra antecedentes de sífilis en el 58.3 % y de gonococia en el 25 %. Los resultados de Telenti (368), son bastante similares al referir FTA positivo en el 48 % de sus pacientes.

Para Castro (369), los antecedentes de enfermedades venéreas son más frecuentes, (23.5 %), en los portadores de anticuerpos anti - VIH, que en los no portadores, (12.5 %).

Por el contrario, en nuestros adictos con anticuerpos anti - VIH no encontramos una mayor frecuencia de antecedentes de sífilis o gonococia.

Pensamos que la mayor frecuencia de enfermedades venéreas de nuestros adictos es debida a la presencia de unos hábitos sexuales más promiscuos.

En este sentido hemos comprobado que los contactos con

DISCUSION

prostitutas y los contactos heterosexuales con más de una persona al mismo tiempo han sido más frecuentes en los casos con antecedentes de sífilis o gonococia, aunque en ninguno de los dos casos hemos llegado a alcanzar la significación estadística.

PESO

La pérdida de peso en los tres meses anteriores a la realización del estudio ha sido referida por el 60 % de nuestros adictos, con una media de $- 3.1 \pm 2.7$ Kg de pérdida.

Hemos encontrado escasa bibliografía sobre este punto. Aguilar (370), comenta únicamente que el 27 % de su muestra de ADVP presentaba una pérdida superior al 10 % del peso corporal habitual en el momento de realizar el estudio, sin hacer referencia al tiempo de evolución.

Dada la falta de relación con la presencia de los anticuerpos anti - VIH o con la cantidad de heroína consumida, no disponemos de una explicación de este hecho. Sugerimos, dada su potencial importancia, la realización de estudios complementarios.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Consideramos seguidamente los antecedentes patológicos no relacionados directamente con el consumo de drogas.

En nuestros adictos el más frecuente es el haber sufrido algún tipo de accidente, (15.9 %). Estos, junto a los accidentes de circulación, (13.2 %), constituyen la mitad del total de antecedentes referidos.

Esta elevada frecuencia de accidentes ha sido descrita por diferentes autores. Pares (371), refiere que la mayoría de

DISCUSION

los pacientes que tienen un accidente consumen alcohol de forma habitual. Esta circunstancia es también aplicable en el caso de los accidentes de circulación.

La influencia del consumo combinado de alcohol y cánnabis en la conducción ha sido estudiada por Sutton (372), encontrando un significativo deterioro en la misma más elevado tras el uso de ambas drogas que tras el consumo de alguna de ellas de forma aislada.

En un seguimiento de dos años sobre una muestra de adictos, Barr (373), comprueba que la tasa de accidentes y muertes violentas es 26 veces superior a la esperada para la población de igual edad y sexo.

Entre los antecedentes relacionados con la adicción que han precisado asistencia hospitalaria los más frecuentes son: hepatopatías, 26 %, el síndrome de abstinencia 25 %, y las infecciones en un 23 %. Le siguen las sobredosis, 7 % y las causas diversas, 9 %.

Estos resultados son bastante similares a los encontrados por Zulaica (216): hepatopatías 35.9 %, infecciones 26 %, sobredosis 12.1 % y otras causas en el 26 %.

HEPATOMEGALIA - ESPLENOMEGALIA

El 18.6 % de nuestros adictos presenta hepatomegalia en el momento del estudio. Este porcentaje es bastante inferior al 41.3 % observado por Luna (218), en su muestra de ADVP sin patología aguda. Más próximos están los resultados de González Lahoz (374), con un 27.6 % de hepatomegalia en los integrantes de su muestra con anticuerpos anti - VIH y en el 6.2 % de los negativos.

La presencia de esplenomegalia es más infrecuente, alcanzando únicamente el 0.8 % de nuestros adictos.

Luna (218), la encuentra en el 17.3 % de sus adictos, mientras que para Aguilar (219) es más frecuente, apareciendo en el 38 %. Para González Lahoz (374), la frecuencia de esplenomegalia es superior en los pacientes con anticuerpos

anti - VIH, (7.8 %), que en los negativos: 1.2 %. Por el contrario, en nuestros adictos, y al igual que con la hepatomegalia, no hemos encontrado esta relación con la presencia de anticuerpos anti - VIH.

TATUAJES

Los motivos que pueden llevar a la realización de un tatuaje son muy diversos. Entre ellos destacamos: la realización como rito iniciático vinculado a un grupo, como forma de oposición a lo establecido, como fin en sí mismo y si es realizado en el mundo carcelario, como forma de reafirmación de la marginación social y autoexclusión de la norma, (375).

La presencia en un contexto sociocultural determinado de múltiples tatuajes puede ser sugerente de la existencia de adicción. En los ADVP es frecuente su localización en el brazo no dominante, generalmente en la fosa antecubital, como medio de disimular las esclerosis venosas y las marcas de las múltiples punciones.

Los motivos representados suelen ser los propios del ambiente socio - cultural de su portador y de la subcultura a la que pertenece. (376).

En un estudio realizado en la población general de Suecia, Helgren (1967), cit. por Buhrich (377), presentaron tatuajes el 2.5 % de dicha población, aunque la presencia en poblaciones marginales puede llegar a más del 87 %.

En el estudio realizado por este último autor, Buhrich, la frecuencia de abandono temprano de la escuela y del núcleo familiar, así como los antecedentes de tratamiento por intento de suicidio o abuso de drogas, son significativamente más elevados en el grupo de población general con tatuajes que en el grupo de control.

La realización del tatuaje puede ser el origen de diversas complicaciones entre las que destacan las



DISCUSION

enfermedades infecciosas: VIH, VHB, etc. sobre todo cuando se realiza por aficionados. (378 - 380).

En nuestro estudio presentan tatuajes el 81.3 % de los ADVP. El 32.7 % tiene 1 ó 2 mientras que el 48.6 % presenta un número superior.

Esta elevada frecuencia de tatuajes es habitual en los consumidores de heroína. En una muestra de 284 pacientes ADVP estudiados por Pascual (233), la presencia de tatuajes alcanza el 65.1 % de los varones. Este autor encuentra también una relación estadísticamente significativa entre su presencia y la existencia de anticuerpos anti - VIH.

Sin embargo, esta relación no ha sido apreciada por otros autores. Así en el estudio de Castro (344), los tatuajes están presentes en el 38.7 % de los que presentan anticuerpos anti - VIH y en el 22.5 % de los negativos.

Coincidimos con este autor al no haber encontrado relación alguna entre la existencia de tatuajes y la presencia de anticuerpos anti - VIH.

Por el contrario sí encontramos una relación con la cantidad de heroína consumida. En los consumidores de más de 250 mg diarios el número medio de tatuajes es de 4.0 ± 4.0 , mientras que los que consumen menos de esta cantidad la media es de 3.0 ± 3.6 .

Independientemente de la relación entre tatuajes y anticuerpos anti - VIH, hemos estudiado la existente entre dichos tatuajes y los antecedentes de hepatitis B. Aunque los adictos que presentan tatuajes tienen una frecuencia superior de marcadores del VHB no hemos llegado a alcanzar la significación estadística.

PARAMETROS HEMATOLOGICOS

Los factores que pueden originar alteraciones en los parámetros de la serie eritrocítica y leucocitaria en los ADVP son múltiples y en ocasiones de signo diferentes. Por este motivo no es de extrañar la publicación de resultados en ocasiones diferentes y aún contradictorios.

Entre los agentes referidos con mayor frecuencia se encuentran el alcohol, la hipoxia, las infecciones subagudas y crónicas y la malnutrición.

La ingesta alcohólica elevada es frecuente en los ADVP por lo que en algunos casos podemos encontrar alteraciones de la serie roja propias de alcohólicos.

En éstos casos es frecuente la existencia de algún tipo de anemia hemolítica. El también frecuente déficit de ácido fólico se traduce en la aparición de macrocitos y anemia megaloblástica. Este déficit puede ocasionalmente asociarse al déficit de hierro con lo que el VCM puede ser normal y existir una doble población hemática, (381).

Savage (382), refiere la existencia de más de un tipo de anemia en el 63.4 % de los alcohólicos estudiados con un hematocrito inferior al normal. Observa también alteraciones en los valores del VCM, hierro y ferritina sérica, aunque con una baja sensibilidad y especificidad.

La frecuente eritrocitosis en los ADVP se ha relacionado con la hipoxia secundaria a la depresión respiratoria intermitente causada por las dosis de droga, así como a la embolización pulmonar reiterada de partículas extrañas, (383, 384).

La anemia normocítica en los ADVP es también relativamente frecuente. En su etiología se han implicado múltiples factores entre los que destacan las infecciones, el alcoholismo y la malnutrición, (385).

DISCUSION

Aguilar (370), refiere igualmente la existencia de unos hematíes más pequeños y con menor hemoglobina que los controles no encontrando una explicación lógica a dicho fenómeno.

La media de hematíes en nuestros adictos es de $5.08 \pm 0.35 \times 10^{12}/l$, con una hemoglobina de 15.6 ± 1.0 g/dl y un hematocrito del 47.25 ± 3.19 %. En el grupo control la media de hematíes es de $5.02 \pm 0.35 \times 10^{12}/l$, con una hemoglobina de 16.0 ± 1.1 g/dl y un hematocrito del 48.29 ± 2.71 %.

Los valores de Hb y Htco son inferiores en los portadores de anticuerpos anti - VIH, aunque la diferencia no llega a alcanzar valores patológicos ni significación estadística.

En conjunto nuestros resultados son similares a los referidos por Miller (383). Este autor no encuentra alteraciones en sus heroínómanos varones en el número de hematíes, hemoglobina y hematocrito aunque si en las mujeres, apareciendo valores inferiores al rango normal en el 17 %, 9 % y 22 % respectivamente de las heroínómanas estudiadas.

Coincidimos también con Miller en una circunstancia que llama la atención: la ausencia de anemia, sobre todo dado el mal estado nutricional de gran parte de nuestros adictos.

También Aguilar (370), al estudiar los parámetros de la serie roja en un grupo de ADVP asintomáticos, en comparación con un grupo control, refiere en los adictos varones una eritrocitosis significativa. El resto de parámetros de la serie roja no presenta diferencias significativas con el grupo control, ni entre los subgrupos con y sin anticuerpos anti - VIH.

Los valores medios de hematíes son algo más elevados que los nuestros: $5.24 \pm 0.4 \times 10^{12}/l$, en el grupo de adictos y $4.99 \pm 0.3 \times 10^{12}/l$ en el grupo control.

En otro estudio de este mismo autor, Aguilar (219), la única alteración significativa encontrada en la serie roja es la presencia de un hematocrito inferior al 39 % en una pequeña proporción de los ADVP con CAS estudiados.

VOLUMEN Y HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA. (VCM). (HCM).

Las causas de macrocitosis, (VCM > 95 fl) son múltiples. El etilismo es la tercera causa más frecuente después del déficit de Vit B₁₂ y de ácido fólico. El cuarto lugar estaría ocupado por el posible defecto de utilización metabólica del ácido fólico y Vit B₁₂ que aparece en las hepatopatías crónicas, (386). En países con elevado consumo de alcohol responden a la etiología alcohólica un 70 - 80 % del total de macrocitosis.

El incremento del VCM y su correlación con el consumo de alcohol son muy conocidas, (387). Sin embargo, la sensibilidad y especificidad son diferentes según el trabajo consultado. Ericksen (388), refiere unos valores relativamente bajos. En nuestro medio Humbert (389), encuentra una sensibilidad del 76 % y una especificidad del 85 %.

El VCM de nuestros adictos es algo más elevado que el del grupo control: 91 fl en los primeros y 86 fl en los segundos. La influencia del alcohol es evidente. Mientras que en los casos con un consumo alcohólico inferior a los 40 gr/alcohol/día el VCM es de 88 fl, en los que presentan un consumo superior se eleva a 93 fl.

A diferencia de Miller (383), que refiere una disminución de la Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) en el 13 % de los heroínómanos varones, en el presente estudio encontramos una HCM algo superior a la del grupo control: 31.1 pg frente a los 30.5 pg de éstos últimos. En cualquier caso ambos valores se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

En resumen, pensamos que nuestras alteraciones en la serie roja se corresponden más con las derivadas de una ingesta alcohólica elevada que con la acción de las restantes drogas.

En este sentido Heatcote (314), no aprecia diferencias significativas en los índices hematológicos entre un grupo de toxicómanos y un grupo control. En ambos los valores

DISCUSION

estudiados se encuentran dentro de la normalidad. (Tabla 3 - 6).

TABLA 3 - 6. PARAMETROS HEMATOLÓGICOS. (HEATCOTE).

	<u>ADICTOS</u>	<u>CONTROL</u>
HB (g/dl)	15.1	15.3
VCM (fl)	88.2	87.2
HCM (pg)	29.1	29.8
CHCM (g/dl)	33.2	34.2

FORMULA LEUCOCITARIA

La leucocitosis no es un hallazgo habitual en los ADVP. Su presencia se ha relacionado con la existencia de procesos infecciosos, con sobredosis o consecuente a la inyección de pirógenos.

La linfocitosis si es un hallazgo más habitual, posiblemente en relación a la estimulación antigénica persistente por sustancias extrañas contenidas en las drogas, (390).

La presencia de leucopenia ha sido también referida. En el estudio de Aguilar (219), presentan leucopenia (leucocitos $< 4.8 \times 10^9/l$) el 22 % y linfocitopenia el 11 % de los ADVP con CAS de su muestra. La media de linfocitos es de $2.17 \pm 0.78 (x 10^9/l)$.

Para Besalduch (391), la cifra absoluta de linfocitos es después de la Ig G el mejor parámetro discriminante de positividad al VIH. En su estudio el valor absoluto de linfocitos es claramente inferior en el subgrupo con anticuerpos anti - VIH, como vemos seguidamente, (Tabla 3 - 7).

TABLA 3 - 7. LINFOCITOS Y AC ANTI - VIH. (BESALDUCH)

	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>	<u>CONTROL</u>
LINFOCITOS (cel/x 10 ⁹ /l)	2.310	3.167	2.100

Hallazgos similares han sido descritos por Aguilar (392, 393). En su opinión es también frecuente la presencia de un mayor número de monocitos. Estos dos hallazgos pueden estar relacionados con la mayor frecuencia de infecciones víricas y estimulaciones antigénicas persistentes.

Este autor no refiere alteraciones en los valores de neutrófilos, eosinófilos y basófilos respecto al grupo control. Sin embargo los valores de leucocitos, neutrófilos, linfocitos, monocitos y eosinófilos fueron inferiores en los ADVP con anticuerpos anti - VIH, lo que se interpreta como una posible consecuencia de la infección por este virus.

En nuestro estudio aunque las diferencias son estadísticamente significativas, tanto los resultados obtenidos en el grupo de adictos como en el grupo control quedan dentro del rango de la normalidad. Cabe únicamente destacar unas cifras más elevadas de linfocitos y monocitos en el grupo ADVP.

En nuestros adictos no encontramos diferencias para ningún tipo celular en relación a la presencia de anticuerpos anti - VIH, excepto en el caso de los linfocitos donde es algo inferior: 2.375 cel/x10⁹/l en los que presentan anticuerpos positivos frente a las 2.490 cel x10⁹/l de los negativos.

En el trabajo de Miller (383), la leucopenia aparece en el 7 % de los heroínómanos varones estudiados. Los valores de neutrófilos son inferiores a la normalidad en el 11 %, mientras que la linfocitosis aparece en el 6 %. En este estudio no aparecen tampoco alteraciones en los monocitos y basófilos, aunque un 5 % de los adictos con edades superiores a 40 años presentaron eosinofilia.

En su opinión, las alteraciones en los linfocitos y neutrófilos podrían ser explicadas por la existencia en estos pacientes de infecciones virales crónicas subclínicas y por

DISCUSION

los estímulos antigénicos de las impurezas introducidas en el sistema sanguíneo por las inyecciones intravenosas.

La presencia de linfopenias reversibles es mucho menos frecuente. (381).

Otro estudio realizado por Latorre (394), muestra en los ADVP valores de linfocitos superiores al grupo control, con una media de 2.900 linfocitos/ $\times 10^9/l$. Luna (218), refiere linfocitosis en el 24.4 % y linfopenia en el 32.5 % de sus adictos. En este sentido, Arnalich (395), encuentra unas cifras de linfocitos inferiores a la normalidad. En los adictos con patología infecciosa la media se sitúa en 1.140 ± 0.063 , cel/ $\times 10^9/l$ y es algo superior en los que no presentan esta patología, 1.382 ± 0.068 cel/ $\times 10^9/l$. (Valores de referencia: 1.500 - 4.000 cel/ $\times 10^9/l$).

Por otra parte, Aguilar (219), no encuentra diferencias estadísticamente significativas en relación al total de linfocitos y subpoblaciones linfocitarias entre un grupo de ADVP y un grupo control. En el primero la media se sitúa en 2.433 cel/ $\times 10^9/l$ y en el segundo en 2.375 cel/ $\times 10^9/l$.

En el trabajo de Asensi (396), los valores de linfocitos son inferiores en los portadores de anticuerpos anti - VIH en relación a los no portadores y ambos superiores a los del grupo control, según podemos observar seguidamente. (Tabla 3 - 8).

TABLA 3 - 8. LINFOCITOS Y AC ANTI - VIH. (ASENSI).

	<u>ADVP</u>	
	<u>CONTROLES</u>	<u>VIH POSITIVO VIH NEGATIVO</u>
	<u>SANOS</u>	
LINFOCITOS		
TOTALES	1.778 ± 0.497	1.904 ± 0.977 2.631 ± 1.188
($\times 10^9/l$)		

Tampoco Heatcote (314), encuentra diferencias significativas en la cifra total de leucocitos ni en los valores absolutos de polinucleares. Los recuentos absolutos de linfocitos resultaron significativamente más elevados en el

DISCUSION

grupo de adictos a la heroína que en el grupo control. En su opinión, esta diferencia estaría relacionada con la sobreestimulación del sistema inmune de estos pacientes. Los resultados encontrados son los siguientes, (Tabla 3 - 9).

TABLA 3 - 9. LEUCOCITOS Y CONSUMO DE HEROINA. (HEATCOTE).

	<u>ADICTOS A LA HEROINA</u>	<u>CONTROL</u>
Leucocitos $\times 10^9/l$	7.300	6.775
Polinucleares $\times 10^9/l$	3.015	3.614
Linfocitos $\times 10^9/l$	3.528	2.211

En condiciones normales la cifra de monocitos oscila entre 0.285 y 0.500 células $\times 10^9/l$, con un porcentaje relativo comprendido entre el 1 % y el 6 % del total de leucocitos.

Considerando el elevado consumo de alcohol y la también elevada frecuencia de hepatitis en nuestros pacientes, creemos interesantes los resultados de Marcos Sánchez (1985), al referir en una serie de 31 pacientes con hepatopatía crónica de origen alcohólico una media de monocitos de 0.709 $\times 10^9/l$, significativamente superior al grupo control; 0.420 monocitos $\times 10^9/l$.

La existencia de elevados recuentos absolutos de monocitos ha sido asimismo informada por McKeever (397), postulando que esta monocitosis podría contribuir a la inmunosupresión que presentan estos pacientes.

En este sentido, Olmos (398), encuentra una disminución de la quimiotaxis y de la adherencia monocitaria en los heroínómanos, sin relación con la presencia de alteraciones hepáticas.

Por otra parte debemos considerar la frecuente infección por el VIH, lo que produce alteraciones cualitativas y cuantitativas de la inmunidad humoral y celular y de la función monocitaria que predisponen a la aparición de las infecciones características de esta entidad, (399).

PARAMETROS BIOQUIMICOS

PROTEINAS TOTALES

El valor medio de las proteínas totales en nuestros adictos es de 72.5 g/l, algo inferior a los 73.2 g/l del grupo control. No hemos encontrado relación con el consumo de heroína, pero sí con la positividad de los marcadores de hepatitis y la presencia de anticuerpos anti - VIH. En estos casos el valor medio desciende para situarse en torno a los 70 g/l.

Los resultados de Miller (383), muestran ciertas diferencias entre los heroínómanos y el grupo control. En los primeros aparecen valores significativamente elevados en el 18.2 %. Este hallazgo junto a la ausencia de disminución de albúmina y alteración del cociente albúmina / globulinas es explicado por un incremento en éstas últimas. Esta explicación no es aplicable a nuestros adictos ya que como veremos seguidamente el valor medio de la albúmina es también inferior.

ALBUMINA

La determinación de la albúmina es una práctica habitual en la valoración del estado nutricional, más concretamente en la estimación de la proteína visceral, (400). Aunque no resulta un buen indicador evolutivo en cortos periodos de tiempo, si resulta útil en la valoración de periodos de tiempo prolongados, (401).

Las causas de disminución de la albúmina son múltiples y varias de ellas aplicables a nuestros adictos. Sin embargo, las habitualmente implicadas en los adictos son dos: la disminución de la producción por insuficiente aporte y la

DISCUSION

síntesis defectuosa que aparece en las hepatopatías crónicas, (402 - 403). Incluso en la población con hábito alcohólico sin hepatopatía, son habituales las alteraciones relacionadas con la desnutrición proteico - calórica, (404).

En el grupo estudio el valor medio de la albúmina se sitúa en los 44 g/l alcanzando los 47 g/l en el grupo control.

Estos resultados son muy similares a los referidos por Heatcote (314), al encontrar un valor de albúmina inferior en su grupo de adictos a la heroína en relación al grupo control. El valor medio en el primer grupo es de 43 ± 3.5 g/l y de 47 ± 2.8 g/l en el grupo control.

Valores también inferiores al rango normal son referidos por Miller (383), y por Aites (405). Para este último autor la disminución es más evidente en las mujeres que en los hombres adictos. En su estudio el valor medio de la albúmina es de 38 ± 3.0 g/l en los varones y de 37 ± 3.0 g/l en las mujeres. En ambos casos significativamente inferiores a los obtenidos en el grupo control.

Arnalich (395, 406), estudia también este parámetro en un grupo de toxicómanos con y sin patología infecciosa y en un grupo control. El valor medio de la albúmina, como vemos seguidamente, es inferior en el grupo de adictos, (Tabla 3 - 10).

TABLA 3 - 10. ALBUMINA Y CONSUMO DE HEROINA. (ARNALICH).

	<u>SIN PAT</u> <u>INFECCIOSA</u>	<u>CON PAT</u> <u>INFECCIOSA</u>	<u>CONTROL</u>
ALBUMINA (g/l)	36 ± 2.8	33 ± 2.8	35 - 52

TRIGLICERIDOS - COLESTEROL

Después de la diabetes, el alcoholismo crónico es la causa más frecuente de hipertrigliceridemia secundaria. Sin embargo su aparición no es constante en todos los alcohólicos, (407).

Por otra parte, el hábito tabáquico se ha asociado con un aumento significativo de triglicéridos, mientras que el consumo simultáneo de tabaco y alcohol origina un aumento significativo de los triglicéridos y una tendencia a elevar el colesterol, las HDL y la apoproteína A, (408). Los valores encontrados en este trabajo son los siguientes, (Tabla 3 - 11).

TABLA 3 - 11. HABITOS Y LIPIDOS PLASMATICOS (RODRIGUEZ).

	<u>TRIGLICERIDOS (mg/dl)</u>	<u>COLESTEROL (mg/dl)</u>
NO FUM - NO BEB	99 ± 33	180 ± 29
FUM - BEB	125 ± 52	200 ± 45

Nuestros adictos presentan unos niveles de triglicéridos superiores a los del grupo control: 96 mg/dl y 89 mg/dl respectivamente. Los valores medios de colesterol son inferiores en el primer grupo: 155 mg/dl frente a los 173 mg/dl del grupo control.

La tasa de colesterol plasmático se encuentra a menudo disminuida en los pacientes con deterioro del estado general. Este descenso se asocia a unos valores inferiores de proteínas séricas, (409), por lo que este parámetro se ha empleado en la valoración del estado nutricional. Sin embargo, en los pacientes hepáticos esta determinación carece de valor, (410), por lo que no podemos usarlo en este sentido dada la elevada frecuencia de alteración hepática en nuestros adictos.

En cualquier caso Miller (383), refiere también que el

DISCUSION

5.9 % de sus heroinómanos varones asintomáticos presentaban valores de colesterol inferiores al rango de referencia.

CREATIN-FOSFO-QUINASA (CPK).

La rbdomiolisis, (lesión del músculo esquelético con paso del contenido celular al plasma), ha sido descrita tanto con el uso de la heroína como de la cocaína, (411). Otras etiologías incluyen el etilismo, la compresión muscular y el abuso de drogas. Su principal manifestación bioquímica es la elevación de la CPK. El número de casos descrito en España es muy pequeño, (412).

Mucho más habitual es la elevación de la CPK tras la aplicación de inyecciones intramusculares e intravenosas, (413).

La elevación de este parámetro en nuestros adictos: 293 U/l frente a las 90 U/l del grupo estudio está fuertemente relacionada con el número de inyecciones administradas. Encontramos una clara relación entre el número de inyecciones y el valor de la CPK. La media en los casos que refieren una o dos inyecciones diarias es de 233 U/l, para elevarse a 339 U/l si el número es de tres o superior.

GLUCOSA

Los analgésicos narcóticos presentan una acción hiperglucemiante por lo que no es de extrañar que nuestros adictos presenten valores de glucemia más elevados, (29).

Las elevaciones de la glucemia han sido descritas en este colectivo por Reed (414), apareciendo en el estudio de Miller (383), en el 27.3 % de los heroinómanos varones estudiados.

En nuestro caso la media de glucemia en el grupo de adictos es discretamente superior, 87 mg/dl, a la del grupo

DISCUSION

control, 84 mg/dl, aunque ambas se encuentran dentro del rango de normal. Esta normalidad resulta compatible con el tiempo transcurrido entre la última administración de heroína y la determinación analítica.

BILIRRUBINA

El valor medio de la bilirrubina total en nuestros adictos es significativamente superior al obtenido en el grupo control: 0.80 mg/dl y 0.66 mg/dl respectivamente.

La elevación de la bilirrubina total ha sido encontrada por Miller (383), aunque en una pequeña proporción, inferior al 5 % de sus heroínómanos. Sin embargo la proporción de varones heroínómanos con elevaciones de la bilirrubina directa ascendió al 6.7 % de los integrantes de su muestra.

Arnalich (395, 406), refiere también una media más elevada en su grupo de adictos en relación al grupo control, como podemos ver seguidamente, (Tabla 3 - 12).

TABLA 3 - 12. BILIRRUBINA Y ADVP. (ARNALICH).

	<u>SIN PAT</u> <u>INFECCIOSA</u>	<u>CON PAT</u> <u>INFECCIOSA</u>	<u>CONTROL</u>
Bi T (mg/dl)	0.97± 0.24	0.97± 0.18	0.2 - 1.3

También en nuestro medio, Luna (218), observa la presencia de hiperbilirrubinemia en el 79.3 % de los toxicómanos de su estudio.

TRANSAMINASAS

La principal causa de elevación de las transaminasas en los toxicómanos es la hepatitis. En segundo lugar se encuentran las alteraciones hepáticas derivadas de la ingesta de alcohol.

Las elevaciones de transaminasas tanto de la glutámico oxalacética como la glutámico pirúvica son habituales en las hepatitis, sin embargo la amplitud de la elevación no se relaciona de modo directo con la extensión de la necrosis, (403).

Para diversos autores: Bortolotti (415), Rodríguez (416), los drogadictos parenterales padecen en primer lugar una hepatitis aguda no A no B y posteriormente si continúan inyectándose, una hepatitis aguda B ó B + D. Esta secuencia origina al menos dos picos temporales de elevación de las transaminasas por lo que los valores obtenidos dependerán en gran medida del momento de realización del estudio.

GAMMA - GLUTAMIL - TRANSPEPTIDASA

El incremento de la gamma - glutamil - transpeptidasa, (GGT), y su correlación con el consumo de alcohol son bien conocidas: Whitehead (417), Weill (418). Sin embargo, su sensibilidad y especificidad son diferentes según el trabajo consultado. En nuestro medio, Humbert (389), encuentra una sensibilidad del 70 % y una especificidad del 48 %.

En nuestros adictos la media de gamma - glutamil - transpeptidasa es de 59 U/l mientras que en el grupo control sólo alcanza las 18 U/l.

Valores superiores al rango normal son referidos en el 30 % de los heroínómanos estudiados por Miller (383).

Arnalich (395, 406), encuentra también un valor medio más elevado en su grupo de adictos que en el grupo control. Esta elevación es aún más evidente si en ese momento existe

DISCUSION

patología infecciosa. Los resultados obtenidos por este autor son los siguientes, (Tabla 3 - 13).

TABLA 3 - 13. GGT Y ADVP. (ARNALICH)

	<u>SIN PAT</u> <u>INFECCIOSA</u>	<u>CON PAT</u> <u>INFECCIOSA</u>	<u>CONTROL</u>
GGT (U/l)	71.5± 12.1	93.5± 12.6	0 - 65

Los valores elevados de GGT son referidos también en nuestro entorno por Luna (218), en el 73.2 % de sus toxicómanos.

TRANSAMINASAS GLUTAMICO-OXALACETICA Y GLUTAMICO-PIRUVICO

Tanto el valor medio de la Aspartato - amino - transferasa, (glutámico oxalacética), (ASAT), (GOT), como el de la Alanin - amino - transferasa, (glutámico pirúvica), (ALAT), (GPT), son claramente superiores en nuestros adictos que en el grupo control. Los valores de la primera son de 93 U/l y 19 U/l respectivamente, mientras que para la segunda ascienden a 248 U/l y 19 U/l respectivamente. Estos resultados son comparables a los de la bibliografía revisada.

En los heroínómanos asintomáticos estudiados por Miller (383), presentaron elevaciones de la GOT el 36 % de los varones, mientras que la GPT se encontró en valores superiores al rango normal en el 28 %.

En el estudio de Bortolotti (415), el 27.8 % de los pacientes presentaron a los seis meses de la negativización del HBs Ag unos valores de GPT superiores a 2.5 veces los valores normales. Los principales factores asociados a esta circunstancia son el haber padecido hepatitis B + D y la presencia de anticuerpos anti - VIH. Para este autor, la persistencia de esta elevación es probablemente debida a una infección previa o simultanea por virus no A no B que ha

evolucionado a la cronicidad.

Esta interpretación sería aplicable a los resultados de Heatcote (314), al no encontrar correlación entre los marcadores séricos de hepatitis y la elevación de las transaminasas en más de la mitad de los pacientes.

Los valores recogidos por esta autora son los siguientes, (Tabla 3 - 14).

TABLA 3 - 14. TRANSAMINASAS Y ADVP. (HEATCOTE).

	<u>ADICTOS HEROINA</u>	<u>CONTROL</u>
GOT (U/l)	56 ± 60	26 ± 12
GPT (U/l)	147 ± 317	27 ± 13

En nuestros adictos la presencia de positividad a los marcadores de infección por VHB también se acompaña de unos valores más elevados tanto de GOT como de GPT.

Estos hallazgos han sido descritos frecuentemente. Bruguera (419), refiere que la mayoría de sus pacientes presentan valores de GPT y GOT elevados. El valor medio para la primera es de 133 ± 102 U/l y de 75 ± 34 U/l para la segunda.

También Tor (420), refiere valores séricos elevados de GOT y GPT en el 76 % de los integrantes de su muestra. Sólo en el 13 % esta elevación es inferior a dos veces el valor normal. En el mismo sentido están los resultados de Arnalich (395), y Luna (218), al referir valores elevados en el 75 % de los pacientes en el caso de la GOT y en el 79 % en el caso de la GPT.

LACTATO DESHIDROGENASA

El valor medio de la lactato deshidrogenasa (LDH), es de 184 U/l en nuestros pacientes y de 153 U/l en el grupo control.

En heroínómanos asintomáticos los valores superiores al rango normal han sido observados por Miller (383), en una pequeña proporción de varones, inferior al 5 % del total.

Arnalich (395, 406), refiere igualmente valores elevados de LDH en sus adictos asintomáticos, con una media de 211 U/l, frente a las 60 - 200 U/l del grupo control. Los valores elevados de LDH aparecen también en el estudio de Luna (218), en el 26.5 % de los integrantes de su muestra.

En toxicómanos con SIDA, Silverman (421), ha encontrado elevaciones de la LDH en un porcentaje variable que alcanza hasta el 81 %.

De una forma global, creemos que las principales alteraciones bioquímicas encontradas son consecuencia más que del consumo de heroína en sí mismo, de otras dos circunstancias. Como resultado de patologías directamente relacionadas con el hábito de administración de la heroína o bien derivadas del consumo simultáneo de otras drogas.

PARAMETROS INMUNOLOGICOSCOMPLEMENTO - INMUNOGLOBULINAS

La presencia de alteraciones inmunológicas en los ADVP es un hallazgo muy frecuente. Estas alteraciones pueden ser debidas a la exposición a sustancias inmunodepresivas como los narcóticos o a la acción de ciertos agentes infecciosos: *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus*. También pueden tener su origen en la peor alimentación y en la ausencia de determinadas prácticas higiénicas asociadas frecuentemente con el estilo de vida de estos pacientes, (422).

La alteración inmunológica referida en los ADVP con mayor frecuencia es la elevación de la Ig M, circunstancia que aparece en el 50 - 80 % de los estudios. La explicación de esta elevación no está del todo aclarada aunque se acepta generalmente que es la respuesta a la gran cantidad de antígenos/haptenos a los que el toxicómano se ve expuesto.

Ya en 1974, Brown (390), encuentra hipergammaglobulinemia Ig M e hipergammaglobulinemia Ig G en el 87 % y 63 % respectivamente de los adictos a la heroína de su muestra, sin encontrar relación con la presencia de lesiones hepáticas previas.

Aunque la hipergammaglobulinemia está en estrecha relación con la infección por el VIH, esta anomalía, sin ser tan profunda, también aparece en los ADVP seronegativos, en relación con una respuesta inmune inespecífica a la droga y/o a sus adulterantes. Hallazgos similares han sido descritos en nuestro medio por Aguilar (392).

El valor medio de Ig A en nuestros adictos es de 179 mg/dl, algo inferior a los 196 mg/dl del grupo control. Esta diferencia aparece en sentido opuesto en el caso de la Ig G al alcanzar en el grupo estudio los 1420 mg/dl y en el grupo control los 1109 mg/dl. En los adictos con anticuerpos anti -

DISCUSION

VIH el valor medio es de 1575 mg/dl, mientras que en los negativos se sitúa en los 1232 mg/dl.

Estas mismas diferencias vuelven a aparecer en el caso de la Ig M. Mientras en los adictos con anticuerpos anti - VIH alcanza los 267 mg/dl, en los casos negativos es inferior, 185 mg/dl, con un valor medio para el total de adictos de 231 mg/dl. En el grupo control es aún más baja, 142 mg/dl.

Estos resultados son comparables a los de la bibliografía revisada.

La mayoría de los trabajos encuentran una elevación de la Ig G en un porcentaje variable, que oscila según las series entre el 18 % y el 80 %.

Los valores elevados de las inmunoglobulina A y M se han relacionado en los pacientes con anticuerpos anti - VIH con un riesgo más elevado de progresión a SIDA. Así Mannhalter (423), encuentra que la elevación de los niveles séricos de estas inmunoglobulinas por encima de los 416 mg/dl para la Ig A o de los 274 mg/dl para la Ig M, aumentan considerablemente el riesgo de progresión.

Para Asensi (424), las principales características inmunológicas en su muestra de adictos son el aumento de la Ig G y el descenso de C3 y C4 tanto en el grupo seropositivo al VIH como en el seronegativo, sin diferencias significativas entre ellos.

Por su parte Arnalich (395), al estudiar dos grupos de ADVP, con y sin patología infecciosa, refiere para el primero una media de Ig G de 3.375 mg/dl y de 2.645 mg/dl para los segundos. Los valores para la Ig M son de 438.9 ± 66 mg/dl en el primer caso y de 371.5 ± 44 mg/dl en el segundo. Es decir la hipergammaglobulinemia policlonal es más marcada en el grupo de pacientes con complicaciones infecciosas.

Carballo (425), realiza un estudio de las inmunoglobulinas séricas en 120 ADVP, con un consumo medio de heroína de 422 mg/día y un tiempo medio de adicción de 63.8 meses, obteniendo los siguientes resultados, (Tabla 3 - 15).

TABLA 3 - 15. INMUNOGLOBULINAS Y AC ANTI - VIH. (CARRALLO).

	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>
Ig G (mg/dl)	2.061 ± 657	1.437 ± 322
Ig A (mg/dl)	229 ± 225	205 ± 105
Ig M (mg/dl)	334 ± 171	366 ± 207

Si estudiamos estos mismos parámetros en función del consumo actual de drogas los resultados son los siguientes. (Tabla 3 - 16).

TABLA 3 - 16. INMUNOGLOBULINAS Y CONSUMO DE DROGAS. (CARRALLO).

	<u>ACTIVOS</u>	<u>NO ACTIVOS</u>
Ig G (mg/dl)	1.805 ± 626	1.851 ± 646
Ig A (mg/dl)	204 ± 93	247 ± 285
Ig M (mg/dl)	369 ± 175	305 ± 197

Como podemos ver la hipergammaglobulinemia a expensas de la Ig M parece estar en relación con la drogadicción y la de Ig G con la presencia de anticuerpos anti - VIH.

Los resultados de otros trabajos son más difíciles de interpretar. Luna (218), encuentra elevaciones de la Ig G en el 54.2 % de los integrantes de su estudio, de la Ig A en el 8.5 % y de la Ig M en el 28.5 % Un 37.1 % presenta valores de Ig A inferiores al rango normal.

En otro estudio realizado por Heatcote (314), las diferencias en los niveles de inmunoglobulinas entre un grupo de adictos a la heroína y un grupo control son las siguientes.

(Tabla 3 - 17).

TABLA 3 - 17. INMUNOGLOBULINAS Y CONSUMO DE HEROINA. (HEATCOTE)

	<u>ADICTOS HEROINA</u>	<u>CONTROL</u>
Ig G (mg/dl)	1633 ± 430	1158 ± 223
Ig M (mg/dl)	437 ± 267	159 ± 72
Ig A (mg/dl)	212 ± 77	175 ± 60

Como podemos apreciar las concentraciones de Ig G e Ig M son significativamente más elevadas en el grupo de adictos a la heroína, posiblemente en relación a la estimulación antigénica crónica que tiene lugar en ellos.

Los resultados obtenidos por Podzamczar (426), son muy similares, (Tabla 3 - 18).

TABLA 3 - 18. INMUNOGLOBULINAS Y CONSUMO DE HEROINA.
(PODZAMCZER).

	<u>ADVP</u>	<u>CONTROL</u>
Ig G (mg/dl)	1.609 ± 786	1.003 ± 257
Ig M (mg/dl)	347 ± 143	117 ± 40
Ig A (mg/dl)	199 ± 130	207 ± 86

También Asensi (396), estudia los valores de inmunoglobulinas en un grupo control y en un grupo ADVP diferenciando en éste dos subgrupos en base a la presencia de anticuerpos anti - VIH. Los resultados obtenidos son los siguientes, (Tabla 3 - 19).

TABLA 3 - 19. INMUNOGLOBULINAS Y AC ANTI - VIH. (ASENSI).

	<u>ADVP</u>		<u>CONTROL</u>
	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>	
Ig G (mg/dl)	2.071 ± 1.088	1.345 ± 313	1.060 ± 260
Ig A (mg/dl)	195 ± 117	160 ± 91	218 ± 24
Ig M (mg/dl)	252 ± 112	227 ± 163	140 ± 80

Para Aguilar (392), las alteraciones de la inmunidad que presentan los ADVP con anticuerpos anti - VIH son más profundas que los que no presentan estos anticuerpos. Sin embargo, no aparecen diferencias significativas en relación a la presencia de algún marcador positivo del VHB. Los resultados en función de los anticuerpos anti - VIH son los siguientes. (Tabla 3 - 20).

TABLA 3 - 20. INMUNOGLOBULINAS Y AC ANTI - VIH. (AGUILAR).

	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>
Ig G (mg/dl)	2.269 ± 887	1.719 ± 606
Ig A (mg/dl)	238 ± 119	285 ± 135
Ig M (mg/dl)	304 ± 120	295 ± 93
C3 (mg/dl)	95 ± 42	111 ± 46
C4 (mg/dl)	31 ± 19	43 ± 22

Este mismo autor refiere un año después la existencia de hipergammaglobulinemia Ig G en el 62 % de su grupo de pacientes ADVP e hipergammaglobulinemia Ig M en el 79 %.

DISCUSION

apreciándose sólo en un 10 % hipergammaglobulinemia Ig A. (370). Los resultados obtenidos son los siguientes, (Tabla 3 - 21).

TABLA 3 - 21. INMUNOGLOBULINAS Y CONSUMO DE HEROINA.
(AGUILAR)

	<u>CONTROL</u>	<u>ADVP</u>
Ig G (mg/dl)	1.140 ± 341	2.059 ± 869
Ig A (mg/dl)	232 ± 108	256 ± 127
Ig M (mg/dl)	154 ± 66	300 ± 111

Estas mismas determinaciones han sido realizadas por Gutiérrez Martín (427), encontrando que los parámetros que mejor discriminan la pertenencia de los adictos al subgrupo con anticuerpos anti - VIH son la Ig G, la beta - 2 - microglobulina, el C3, el C4 y la fibronectina. Sus resultados, que incluyen un grupo control, son los siguientes, (Tabla 3 - 22).

TABLA 3 - 22. INMUNOGLOBULINAS Y AC ANTI - VIH. (GUTIERREZ).

	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>	<u>CONTROL</u>
Ig G (mg/dl)	1.897	1.023	1.212
Ig A (mg/dl)	206	199	189
Ig M (mg/dl)	230	183	140

Este mismo aspecto ha sido estudiado por Besalduch (391), en 312 adictos por vía parenteral encontrando que las pruebas inmunológicas más fuertemente ligadas a la exposición al VIH son el nivel de inmunoglobulina sérica Ig G, la cifra absoluta

de linfocitos T4 y el índice T4/T8.

Los resultados obtenidos por Jurado (428), al estudiar los valores de inmunoglobulinas séricas y su correlación con el VIH en 199 ADVP son los siguientes, (Tabla 3 - 23).

TABLA 3 - 23. INMUNOGLOBULINAS Y AC ANTI - VIH. (JURADO).

	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>
Ig G (mg/dl)	2.219 ± 646	1.774 ± 515
Ig A (mg/dl)	263 ± 141	294 ± 136
Ig M (mg/dl)	332 ± 165	353 ± 216

En este trabajo únicamente se alcanzó la significación estadística para los valores de la Ig G.

COMPLEMENTO

Las elevaciones del C3 pueden aparecer de una manera más o menos puntual coincidiendo con la fase aguda de las infecciones mientras que su disminución puede relacionarse con la malnutrición energético - proteica, (429, 430).

Gutiérrez Martín (427), estudia los valores de C3 y C4 en una muestra de adictos en relación a un grupo control. Los valores de C3 son más elevados en el grupo de adictos y dentro de éste en el subgrupo con anticuerpos anti - VIH, (Tabla 3 - 24).

TABLA 3 - 24. COMPLEMENTO Y AC ANTI - VIH. (GUTIERREZ)

	<u>VIH (+)</u>	<u>VIH (-)</u>	<u>CONTROL</u>
C3 (mg/dl)	129	149	109
C4 (mg/dl)	28	18	22

Otro estudio realizado por Aguilar (219), obtiene unos valores similares para el C4, 25 ± 11 mg/dl e inferiores a los Gutiérrez Martín para el C3 78 ± 42 mg/dl.

Nuestros resultados son algo diferentes a los encontrados por estos autores.

El valor medio de C3 en nuestros adictos es de 127 mg/dl, algo inferior a los 132 mg/dl del grupo control. En el subgrupo con anticuerpos anti - VIH la media se sitúa en 126 mg/dl mientras que en los negativos alcanza los 129 mg/dl.

Estos resultados también difieren de los recogidos por Orangio (431), al no encontrar diferencias significativas entre el grupo de adictos y el grupo control. Más próximos están los obtenidos por Arribas (432), al referir unos niveles de C3 inferiores en el grupo de adictos a los del grupo control.

Creemos que los valores inferiores de C3 de nuestros adictos podrían estar en relación con el peor estado nutricional.

El C4 no presenta en nuestro caso diferencias significativas. El valor medio en nuestros adictos es de 32.3 mg/dl y en el grupo control de 32.2 mg/dl. El subgrupo con anticuerpos anti - VIH presenta una media algo más elevada 32.9 mg/dl que los no portadores, 31.3 mg/dl.

No hemos encontrado ni la elevación de C4 referida por Orangio (431), ni la disminución recogida por Arribas (432).

ALTERACIONES DE LA COAGULACIONDROGAS Y PLAQUETAS

La droga con un mayor número de efectos sobre la coagulación es el alcohol.

Las alteraciones tanto de las plaquetas como de la coagulación, en los alcohólicos crónicos, son debidas básicamente a la hepatopatía que frecuentemente presentan. Puede existir plaquetopenia por hiperesplenismo y disminución de los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K (VII, IX, X y protombina). El alcohol tiene además un profundo efecto tóxico sobre las plaquetas independientemente de la existencia de hepatopatía, (381, 433).

La disminución del número de plaquetas en los alcohólicos crónicos es bastante frecuente. Arai (434), encuentra disminuciones significativas en un 27.3 % de los integrantes de su estudio.

Resultados similares son aportados por Mikhailidis (433). Sus pacientes alcohólicos presentaron al ingreso una mediana de plaquetas de $220 \times 10^9/l$, (rango 55- 540), que a los 15 días de abstinencia se elevó a $380 \times 10^9/l$.

La asociación entre trombopenia y consumo de heroína fue descrita ya en 1978 por Adams. Desde entonces ha sido referida frecuentemente, (435 - 437).

Las etiologías implicadas en su aparición han sido diversas: destrucción periférica de plaquetas, fallo en la producción medular, producción de anticuerpos Ig G contra la droga, acción directa de los adulterantes de la misma y aumento de la agregabilidad plaquetaria que determinaría la presencia de agregados circulantes de plaquetas.

El valor medio de plaquetas en nuestros adictos es de $247 \pm 70 \times 10^9/l$, mientras que en el grupo control es algo superior $291 \pm 65 \times 10^9/l$.

DISCUSION

No hemos encontrado relación entre el número de plaquetas y la presencia de anticuerpos anti - VIH, aunque la media en el subgrupo con anticuerpos es discretamente inferior a la obtenida en el subgrupo negativo. No hemos encontrado tampoco relación entre el mayor o menor consumo de heroína o alcohol y el número de plaquetas, aunque los pacientes con altos consumos de alcohol tienden a presentar valores inferiores.

En un estudio realizado por Aguilar (370), aparece trombopenia en el 4.2 % de sus ADVP. En otro trabajo de este mismo autor, (393), la cifra media de plaquetas es de $253 \pm 60 \times 10^9/l$ en el grupo ADVP y de $270 \pm 85 \times 10^9/l$ en el grupo control.

La existencia de casos de trombopenia en los ADVP se ha relacionado también con una posible acción patógena del VIH.

En este sentido, Gastearena (438), refiere dos pacientes adictos a heroína por vía intravenosa con cifras de plaquetas inferiores a $10 \times 10^9/l$. Igualmente, Munar (439), comunica otro caso cuya única alteración es la trombopenia, que tras desaparecer con el tratamiento recidiva posteriormente al volver a consumir heroína.

En el estudio realizado por Fuzibet (440), aparece trombopenia periférica en 6 pacientes ADVP, con la peculiaridad de cronificarse y plantear dificultades terapéuticas. Este hallazgo se interpretó como un aspecto clínico inusual de la infección por el VIH.

Por otra parte, Arnalich (406), encuentra signos de activación y consumo plaquetario con significativa trombopenia en su grupo de toxicómanos, de mayor entidad en el subgrupo que presentaba infecciones. La media de plaquetas en el grupo control asciende a $258 \pm 67 \times 10^9/l$, a $217 \pm 52 \times 10^9/l$ en el subgrupo sin patología infecciosa y a $159 \pm 74 \times 10^9/l$ en el subgrupo con esta patología.

Asociado a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha observado la aparición de cuadros de púrpura trombocitopénica en los mismos grupos de riesgo para desarrollar el síndrome, (441). Aunque la implicación etiológica del VIH es clara, los mecanismos

patogénicos son discutidos, (442).

En otros casos la púrpura ha sido referida asociada a infección por VIH, en la mayoría de los casos coincidente con el periodo sintomático, (391, 443). Aguilar (393), estudia 24 pacientes de este tipo de los que 23 son ADVP. La cifra de plaquetas en el momento del diagnóstico era de $34 \pm 26 \times 10^9/l$, frente a las $253 \pm 60 \times 10^9/l$ del grupo control. Otras alteraciones encontradas incluyen la hipergammabulinemia Ig G en el 70.8 %, la Ig A en el 12.5 % y la Ig M en el 62.3 %. Todos los pacientes presentaban anticuerpos anti - VIH y marcadores positivos de hepatitis B.

ALTERACIONES DE LA COAGULACION

El tiempo parcial de tromboplastina, (TTPA), está significativamente alargado en nuestros adictos, + 4.0 segundos, mientras que en el grupo control es únicamente de + 0.3 segundos. La presencia de anticuerpos anti - VIH no modifica este valor. Sin embargo los pacientes con un consumo de heroína superior a los 250 mg diarios presentan una media más alta, 4.7 seg, que los que consumen menos de esta cantidad donde la media se sitúa en 3.9 seg.

El Tiempo de Protombina, (TP), es algo inferior en nuestros adictos en relación al grupo control: 88 % y 97 % respectivamente.

Por último el Tiempo de Trombina, (TT), está alargado en el grupo de adictos en + 1.8 segundos permaneciendo en + 0.03 segundos en el grupo control. Los adictos con consumo superior a los 250 mg/día presentan una media de + 2.3 segundos, mientras que para consumos inferiores se sitúa en 0.9 segundos. En nuestro estudio este parámetro no está influido por la presencia de anticuerpos anti - VIH.

Las prolongaciones del TTPA y el acortamiento del TP han sido referidas frecuentemente en pacientes con SIDA. Cohen (444), encuentra un TTPA aproximadamente doble respecto al grupo control, mientras que los TP inferiores a la normalidad

DISCUSION

son menos frecuentes, del orden de un 25 % en relación al control.

Otro estudio realizado por Luna (218), encuentra también un tiempo de protombina acortado en el 10.6 % de su muestra de ADVP.

Desconocemos la significación real de las prolongaciones del TTPA y TT por lo que sugerimos la realización de otros estudios en esta línea.

PATOLOGIA ORGANICA. COMPLICACIONES INFECCIOSAS.

Aunque el consumo de cocaína, cánnabis y otras sustancias ha provocado una serie creciente de complicaciones médicas asociadas, (445), es sin embargo la heroína la que origina un mayor número de cuadros patológicos, de mayor gravedad y frecuencia, tanto agudos como crónicos: (446 - 450). En su origen hay que considerar tanto la acción de la droga, como la debida a los adulterantes y a la técnica de administración.

Tanto el tipo como la frecuencia de los procesos patológicos encontrados va cambiando con el paso del tiempo.

Para el Grupo de Trabajo para el Estudio de las Infecciones en Drogadictos (451 - 454), la distribución según la infección primaria es la siguiente, (Tabla 3 - 25).

TABLA 3 - 25. INFECCIONES EN DROGADICTOS
GRUPO DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS

INFECCIONES	1.984	1.985	1.988
Endocarditis	22.4 %	9.0 %	8.0 %
Hepatitis aguda	25.4 %	37.0 %	31.5 %
Hepatitis crónica	7.4 %	16.5 %	13.0 %
Infec. p. blandas	5.7 %	3.0 %	4.5 %
Osteoartritis	5.7 %	4.0 %	3.0 %
Sínd. F. autolím	12.9 %	6.0 %	6.0 %
Tétanos	0.2 %	--	--
Candidiasis	--	7.5 %	9.0 %
Tuberculosis	--	2.1 %	3.0 %
SIDA	--	--	1.5 %
Otras infecciones	20.3 %	16.5 %	19.5 %

De todas, la complicación infecciosa que más frecuentemente origina ingresos hospitalarios es la hepatitis, mientras que por la repercusión socio - económica el SIDA se ha convertido en la otra gran patología infecciosa. Cabe destacar también la tendencia al ascenso en el número de casos de candidiasis, tuberculosis y cirrosis, (455).

Resultados similares han sido descritos por Scheidegger (456), en un estudio retrospectivo sobre drogadictos realizado en Suiza. Este autor refiere también que las complicaciones infecciosas son la primera causa de hospitalización. Las más frecuentes en su estudio son las afecciones pulmonares seguidas por la hepatitis viral y el SIDA.

HEPATITIS VIRAL

Las infecciones por los virus de la hepatitis B, (VHB), C, (VHC), (no A no B), y por el agente delta, (VHD), son las responsables de la mayor parte de los episodios de hepatitis vírica en los ADVP, (457 - 459).

La principal puerta de entrada es la parenteral, como consecuencia de compartir el material de inyección, (agujas y jeringuillas), utilizado por otros drogadictos infectados y contaminados con restos de sangre que contienen las partículas virales infectantes. Sin embargo, Whaley (1973), detectó una alta proporción de HBs Ag en toxicómanos que únicamente inhalaban la heroína lo que hizo suponer la existencia de otras vías de transmisión, (sexual, percutánea).

HEPATITIS A

La hepatitis A, (HVA), está producida por un picornavirus RNA de estructura bien conocida. La existencia de infección reciente es diagnosticable en presencia de anticuerpos Ig M anti VHA que normalmente persisten elevados durante unas 3 - 4 semanas. Más raramente pueden llegar a detectarse a los 6 - 12

meses.

La incidencia de Ac anti - VHA en España ha disminuido en la población comprendida entre los 11 y los 30 años, situándose en la actualidad entre el 30 % y el 49 %, (460), y alcanzando a más del 70 % de los adultos, (461).

Entre los factores específicos de riesgo, la drogadicción alcanza el 10 %, (462).

Los antecedentes de infección previa por el VHA han sido documentados en el 80 % de los ADVP del estudio de Shine (463), aunque en nuestro entorno la infección actual es muy infrecuente, (464). En países con prevalencia inferior a la nuestra se ha referido un fuerte aumento de incidencia en los ADVP, muy superior al de la población normal no adicta, (465).

HEPATITIS B

Disponemos de diversos marcadores para el estudio de la hepatitis B de los que únicamente el Ag HBC no puede ser detectado en sangre, (466).

La detección del HBs Ag es más sensible que la de anti HBc Ig M en las dos primeras semanas tras el inicio de los síntomas. A partir de entonces la sensibilidad se invierte. En pacientes asintomáticos el HBc Ac Ig M detecta más hepatitis B agudas. Sin embargo, puede permanecer en el suero hasta 134 semanas desde el comienzo de los síntomas, lo que puede dificultar el diagnóstico de un segundo episodio de hepatitis, (467).

Prevalencia de HBs Ag en la población general

La prevalencia de HBs Ag en la población general es muy variable según el país y la zona geográfica considerada.

Estudios realizados en la población general de Arabia Saudí encuentran una prevalencia del 17 % que se eleva al 55 % para todos los marcadores de VHB, (468). En EE.UU., parece alcanzar el 0.87 %.

En nuestro país, Moreno (469), sobre una muestra de 6.672 donantes de sangre, encuentra una prevalencia de HBs Ag del

1.45 %.

En todo el mundo el número de portadores crónicos del VHB se estima en más de 200 - 300 millones, (470), de los que al menos 5 millones residirían en Europa, (471).

Un 10 % de estos portadores puede padecer algún trastorno inmunológico que permite que el virus colonice el hígado de forma crónica. Algunas investigaciones han demostrado la falta de una producción eficaz de interferón alfa, (470).

HEPATITIS DELTA

El virus de la hepatitis Delta, (VHD), fue descrito en 1977 por Rizzetto. Es un virus RNA que precisa la infección concomitante o previa del VHB para desarrollar su efecto patógeno. Sus principales marcadores son el HD Ag, HD Ac y RNA - VHD, (472).

La prevalencia en la población general es variable. En nuestro país oscila entre el 10 % encontrado por Buti (473), y el 29.2 % de Rodríguez (416).

El VHD está muy ligado a la utilización de drogas por vía parenteral. El grupo con mayor prevalencia de infección es el de los ADVP, (458). Las zonas con mayor prevalencia están distribuidas irregularmente en Suráfrica, Australia, EE.UU. y los países del norte de Europa, (474). En Canadá, la prevalencia de Ac anti - Delta en toxicómanos con HBs Ag positivo es del 4.0 %, (475), mientras que en el Cantón de Zurich representa entre el 16 % y el 30 % de las hepatitis en los drogadictos, (476).

En nuestro país, Castro (369), estudia un total de 66 ADVP determinando en todos ellos los Ac anti Delta, (anti HD Ig G). La prevalencia de infección en los casos con HBs Ag positivo es del 67.6 % y del 12.5 % en los HBs Ag negativos con HBc Ac positivo. En la población no adicta con HBs Ag positivo la prevalencia es del 7.8 %.

Resultados similares, 70 % de positividad, son referidos por Buti (473), en su muestra de toxicómanos, mientras que este mismo autor, Buti (477), refiere para los casos con HBs Ag negativo una prevalencia del 9.5 %.

La prevalencia de infección por el VHD en los ADVP ha ido

DISCUSION

aumentando con el paso del tiempo. Rodrigo (478), refiere una prevalencia del 31 % en los portadores de HBs Ag. Bruguera y Buti, ambos en Barcelona, la elevan al 50 % y 41 % respectivamente, mientras que en Sevilla. Pineda (479), obtiene una prevalencia de anti-delta positivo del 43.7 % y Rodríguez en Oviedo del 50 %, (480).

Más recientemente, Castro (344), refiere infección frente al virus D sólo en el 24.7 % de sus pacientes ADVP, no encontrando diferencias significativas entre los subgrupos con anticuerpos anti - VIH positivos y negativos.

En ADVP del área asturiana, Rodríguez (481), refiere que el 92.3 % de los toxicómanos con hepatopatía crónica HBs Ag positivo presentaban sobreinfección y que el 47.3 % de los drogadictos con hepatitis aguda B padecían coinfección por el virus delta.

Como podemos observar existen notables diferencias de penetración en relación al área geográfica considerada.

HEPATITIS C (NO A NO B)

El término de hepatitis no A no B surgió hace más de 12 años para designar aquellos casos de hepatitis postransfusional que no eran debidos a ningún otro virus conocido. Existían numerosos datos que sugerían que las infecciones por virus de la hepatitis B y no A no B eran entidades clínicas distintas, más aún al considerar la gravedad del episodio y la tendencia a la cronicidad, (472, 482).

En 1989 Choo, (483), publica la estructura de este virus pasando a denominarse virus C de la hepatitis, (VHC).

La contribución del VHC al total de hepatitis es muy elevado. En los países escandinavos, Rosenbaum (484), refiere que puede representar entre el 10 % y el 25 % del total de hepatitis en la población general y entre el 30 % y el 50 % en los toxicómanos.

La incidencia en España, en relación al total de hepatitis, se estima en el 25 % para la población general y en más del 30 % en los ADVP.

HEPATITIS EN LOS ADVP.

Los antecedentes de hepatitis son muy frecuentes en los heroinómanos. Fraser (116), los refiere en un 32 % de los integrantes de su muestra, mientras que Jaffé, (35), eleva el porcentaje al 45 %.

La prevalencia de hepatitis B en los ADVP de Zurich es superior, el 76 %. En el 7 % corresponde a la fase aguda, el 19 % tienen Hbc Ac positivo y otro 49 % es inmune al VHB, (476). Por su parte Shine (463), encuentra algún marcador positivo del VHB en el 80 % de su muestra.

En nuestro país, el Grupo de Trabajo para el Estudio de Infecciones en Drogadictos (455), sobre un total de 2691 hepatitis encuentra las siguientes etiologías, (Tabla 3 - 26).

TABLA 3 - 26 HEPATITIS EN DROGADICTOS
GRUPO DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>NO CASOS</u>	<u>%</u>
VHB	1799	67.0
V. NANB	311	11.5
V. DELTA	201	7.5
VHA	16	0.5
SIN INFORMACION	364	13.5

Asimismo, Gimeno (485), al analizar las hepatitis de 110 pacientes ADVP en el periodo comprendido entre 1982 - 1987 refiere una mayor frecuencia de hepatitis NANB y B+D, (Tabla 3 - 27).

TABLA 3 - 27. ETIOLOGIA DE LAS HEPATITIS EN DROGADICTOS.
GRUPO DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>%</u>
HEPATITIS B	31.8
HEPATITIS NANB	31.8
HEPATITIS B+D	25.5
HEPATITIS D	9.1
HEPATITIS A	1.8

El virus de la hepatitis B es el principal responsable de las hepatitis del heroínómano, detectándose infección Delta en casi la mitad de las hepatitis agudas HBs Ag positivo. Estos datos apoyan la necesidad de iniciar programas de vacunación frente a la hepatitis B en los heroínómanos susceptibles.

Un estudio similar realizado por Buti (477), en una muestra de 122 ADVP aporta los siguientes resultados, (Tabla 3 - 28).

TABLA 3 - 28. ETIOLOGIA DE LAS HEPATITIS EN DROGADICTOS. (BUTI)

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>%</u>
HEPATITIS B+D	35
HEPATITIS B	33
HEPATITIS NANB	25
HEPATITIS D	7
HEPATITIS A	0.8

Resultados algo diferentes a los obtenidos en el ámbito nacional por el Grupo de Trabajo para el Estudio de Infecciones en Drogadictos (455), lo que podría interpretarse en base a la existencia de importantes desigualdades geográficas.

En la revisión de Bruguera (480), de las etiologías de las hepatitis en los ADVP, los resultados obtenidos son los siguientes, (Tabla 3 - 29).

TABLA 3 - 29. ETIOLOGIA DE LAS HEPATITIS EN DROGADICTOS.
(BRUGUERA)

	<u>TOTAL</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>B+D</u>	<u>D</u>	<u>NONE</u>
Buti (Barcelona)	122	0.8	33	35.2	6	25
Serra (Valencia)	30	-	54	-	-	46
Rodríguez (Oviedo)	80	0	37.5	30	3.7	28

En la siguiente tabla recordamos los resultados obtenidos en nuestros adictos, (Tabla 3 - 30).

TABLA 3 - 30. MARCADORES DE HEPATITIS.

<u>MARCADORES</u>	<u>ADICTOS</u>	<u>CONTROL</u>
HVA Ig M	0.9 %	0.0 %
HBs Ag	14.4 %	0.0 %
HBs Ac	40.7 %	3.4 %
HBe Ag	7.5 %	0.0 %
HBe Ac	46.7 %	2.1 %
HBc Ac	61.7 %	4.1 %
HBc Ac Ig M	19.6 %	0.7 %
Delta Ac	15.1 %	0.0 %
GLOBAL VHB	79.8 %	4.8 %

Como podemos observar la positividad a algún marcador del VHB alcanza el 80 %, mientras que los anticuerpos antidelta aparecen en un 15 %. Los Ac Ig M frente al VHA son positivos únicamente en el 1 %.

El consumo de cantidades elevadas de heroína es más frecuente en los portadores de anticuerpos, posiblemente en relación a la mayor frecuencia de intercambio de los útiles de administración. Creemos que ésta es también la explicación del aumento de casos positivos que aparece al aumentar el tiempo de consumo de heroína.

La falta de hábitos higiénicos en el empleo del cepillo de dientes y cuchillas de afeitar no se relaciona con una

DISCUSION

mayor frecuencia de Ac anti VHB positivos. Dada la convivencia habitual de nuestros adictos con su familia de origen pensamos que el mayor riesgo es para los padres y hermanos de nuestros adictos.

Nuestro 80 % de adictos con anticuerpos positivos está muy lejos del 18 % encontrado por Holmberg (173), en los poliadictos de su muestra con más de 10 años de consumo de drogas. Sin embargo, es muy similar al referido en nuestro entorno por García Rodríguez (486), con un 89.6 % de positividad al VHB en pacientes ADVP del área de Castilla - León.

Bruguera (419), estudia la prevalencia de infección por el VHB en un grupo de heroínómanos, constatando signos de infección activa, (HBs Ag positivo o HBe Ac positivo aislado), en el 32 %. El 61.3 % presenta signos de infección pasada, (HBs Ag positivo). Las cifras elevadas de transaminasas aparecen en el 61 %, asociándose en el 15 % a signos de infección activa por el VHB. La existencia de algún marcador positivo para este virus alcanza el 93.6 % de los estudiados.

En otro estudio realizado por Pérez (487), en 325 drogadictos asturianos durante un periodo de 4.5 años, los antecedentes de uno o más episodios de hepatitis clínica son referidos en el 51.6 %. Las pruebas hepáticas están alteradas en el 88.9 %, sin diferencias en relación a la presencia de marcadores positivos de hepatitis. Este autor detecta infección por el VHB en el 87.7 %, con una prevalencia de infección remota por VHA del 82 %. El antidelta es positivo en el 92.8 % de los portadores crónicos del HBs Ag.

Por su parte, Basalduch (391), encuentra en sus ADVP un 10 % de HBs Ag positivo entre los portadores de anticuerpos anti - VIH y del 6.9 % en los negativos. El HBs Ac es positivo en el 49 % y 60 % respectivamente.

Para Pascual (488), la positividad a algún marcador del VHB alcanza el 87 % de los varones de su muestra.

En el área valenciana, Del Olmo (489), refiere una positividad global de marcadores del VHB del 81.8 % en su muestra de ADVP. También en esta comunidad, Rodrigo (490), encuentra signos de infección reciente o pasada por VHB en el 42.1 % de los ADVP estudiados con anticuerpos anti - VIH

DISCUSION

positivos y en el 13.6 % de los negativos. En la Comunidad Gallega, Carballo (425), refiere una prevalencia de infección por VHB del 77 %. En su estudio el HBs Ag es positivo en el 15.0 %, el HBe Ac en el 71.8 % y el HBs Ac en el 28.1 %.

Resultados similares son recogidos por Castro (344), con un 62.5 % de positividad de algún marcador del virus B, sin encontrar diferencias significativas entre los subgrupos con y sin anticuerpos anti - VIH.

Por otra parte, Mateos (491), destaca el elevado número de casos con anti - HBe como único marcador (17.7 %), sugiriendo como posible explicación el papel del VIH en la respuesta anómala al VHB.

En este sentido, Telenti (368), al estudiar 111 pacientes ADVP asintomáticos, en su mayoría varones, encuentra una frecuencia de marcadores del VHB del 87 %, y a diferencia de lo encontrado por Mateos (491), los portadores de antígeno de superficie se distribuyen tanto en el grupo con Ac anti - VIH como en los que no los presentan. El 35 % de los casos presentaba el anti - HBe como único marcador de hepatitis B. Los resultados globales son los siguientes, (Tabla 3 - 31).

TABLA 3 - 31. MARCADORES DE HEPATITIS Y VIH. (TELENTI).

Anti VIH	HBs Ag Anti- HBe	Anti HBe Anti HBs	Anti HBe	Anti HBs	Ninguno
Pos 50 (55 %)	5 (62.5%)	22 (52.4%)	20 (71.4%)	---	3 (25%)
Neg 41 (45 %)	3 (37.5%)	20 (47.6%)	8 (28.6%)	1 (100%)	9 (75%)
TOTAL	8 (8.8%)	42 (46.2%)	28 (30.8%)	1 (1%)	12(13%)

En este estudio la existencia aislada del HBe Ag se interpreta como una modificación en la respuesta inmunológica al VHB por padecer o haber padecido sífilis. La posibilidad de que sean portadores de bajo nivel del HBs Ag es poco probable en opinión de su autor, (492).

En un estudio anterior este mismo autor, (491), encuentra un 17.7 % de pacientes en los que el HBe Ac es el único marcador. Todos menos uno presentaban anticuerpos anti - VIH.

Por otra parte, está perfectamente demostrado que la respuesta inmunológica a la infección por el VHB es menor en pacientes con anticuerpos para el VIH, aunque no se observe clínicamente inmunodeficiencia. Por tanto, se puede suponer la existencia de incapacidad de desarrollar anti-HBs en forma detectable o bien la pérdida de este marcador en un corto periodo de tiempo, (4 - 8 meses). La respuesta inmunitaria al VHB puede estar influenciada por el contacto previo con el VIH, aunque se acepta que normalmente la infección por el VHB se produce antes de que aparezcan los anticuerpos anti - VIH, (493).

La prevalencia de marcadores del VHB en ADVP con hepatopatía crónica ha sido estudiada por Velardo (494), diferenciando dos grupos en base a la existencia de esta patología. En su trabajo no aparecen diferencias significativas, aunque los porcentajes son superiores tanto para el HBs Ag como para el HBs Ac y/o HBe Ac en el grupo con hepatopatía crónica.

Bruguera (495), estudia una muestra de 128 drogadictos asintomáticos de los que el 7 % presenta HBs Ag y un 60 % HBs Ac. En los portadores de HBs Ag positivos la prevalencia del Delta es del 25 %. En el grupo de heroínómanos ingresados en prisión la prevalencia del HBs Ag se eleva al 17.4 % y la del Delta al 53 %.

En otra muestra de varones ingresados en prisión la seropositividad de marcadores del VHB alcanzó el 83.3 %. El principal factor asociado es el mayor tiempo de consumo de drogas. Los anticuerpos antidelta aparecen en el 37.5 % de los portadores crónicos de HBs Ag.

Otras variables asociadas con la positividad son: menor nivel educativo, mayor número de tatuajes y autolesiones, mayor número de ingresos en prisión y la menor edad en el momento del primer ingreso en prisión, (496).

Por último del estudio realizado por Castro (369), destacamos los siguientes resultados. El 55 % son portadores del HBs Ag. La prevalencia de infección por VHD en los adictos con HBs Ag positivo es del 67.6 % y del 12.5 % en los HBs Ag negativo con HBe Ac positivo. En la población no adicta con

HBs Ag positivo la prevalencia alcanza el 7.8 %. En su opinión la población ADVP constituye el principal reservorio de la hepatitis D en nuestro medio.

TATUAJES

La importancia de los tatuajes como medio de transmisión del VHB ha sido estudiada con resultados diferentes. Mientras que para Mowat (497), y Limentani (498), son una causa clara de infección, para Bayas (496) y Kibby (499), los tatuajes no son el origen de la infección por el VHB en los integrantes de sus estudios.

En nuestro caso no hemos encontrado relación entre tatuajes y marcadores de hepatitis B, aunque, de existir, podría estar enmascarada dada la importancia de otras vías de transmisión y la presencia de estos tatuajes en la mayoría de nuestros adictos.

Otra forma de transmisión a considerar es la acupuntura. En este sentido Domínguez (500), refiere 5 casos de transmisión por esta vía, mientras que García Bengoechea (501), refiere 7 pacientes en los que la única circunstancia común era el haber visitado al mismo acupuntor.

También Buti (502), al estudiar la epidemiología de 150 casos de hepatitis aguda B encuentra antecedentes de administración parenteral en el 54 % y antecedentes de uso de agujas inyectables y material de acupuntura en el 3 %.

V.I.H.

En 1986 en EE.UU. la distribución de los pacientes con anticuerpos anti - VIH en los diferentes grupos de riesgo era la siguiente: 75 % en varones homosexuales, 17 % en ADVP, 1 % en hemofílicos y 1 % en parejas heterosexuales de individuos pertenecientes a grupos de riesgo, (503). En España, las frecuencias se invierten entre homosexuales y adictos, elevándose al 7 % la correspondiente a las parejas de grupos de riesgo, (504).

Los dos principales factores de riesgo para la transmisión del VIH en los ADVP son el uso compartido de agujas y jeringuillas y la frecuencia de las inyecciones, (505).

La prevalencia de anticuerpos anti - VIH en la población general es muy baja. En EE.UU., Burke (506), estudia más de 300.000 jóvenes encontrando anticuerpos positivos en el 1.5 por mil.

Los estudios realizados en otros países aportan resultados similares. En 608 residentes de Arabia Saudí, Ashraf (468), no encuentra ningún caso positivo. Resultados similares son referidos en la R. Federal de Alemania por Stute (507), tras examinar a 2.096 donantes de sangre. Por su parte Quinn (508), en un estudio realizado en Baltimore, encuentra una positividad del 1.7 % para los varones y del 1.8 % para las mujeres.

En nuestro país, la frecuencia en donantes oscila del 0.24 por mil en Guipúzcoa al 1 por mil en Madrid, (509). También en muestras procedentes de donantes, Moreno (469), refiere una prevalencia de anticuerpos muy escasa, el 0.13 por mil.

En población no perteneciente a grupos de riesgo, Muga (510), refiere un 0.2 % de casos positivos, mientras que De La Loma (504), informa de un 5 % en una muestra de varones atendidos en una Clínica de ETS. Es precisamente esta demanda de diagnóstico de infección por el VIH la posible explicación de la elevada positividad.

DISCUSION

El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, (SIDA), constituye actualmente uno de los mayores problemas de salud pública por su amplia y exponencial propagación y por sus implicaciones económicas, sociales, psicológicas y humanas, (511).

En EE.UU. más de la cuarta parte de las víctimas del SIDA son drogadictos. Se considera que la mitad, de los más de 200.000 heroínómanos de la ciudad de Nueva York, son portadores del VIH, (191). Las estimaciones de 1988 cifran en más de millón y medio el número de personas infectadas en este país. En todo el mundo, las estimaciones de enfermos de SIDA se elevan a 250.000, con un total de personas infectadas de 5 - 10 millones, (512 - 513).

En relación a los grupos de riesgo, los ADVP suponen en Europa el segundo más afectado, 27,5% del total después de los homo/ bisexuales. En nuestro país, con el 60,7 % representan el grupo más afectado, (513), aunque la incidencia varía notablemente según el trabajo considerado. Casabona (514), ofrece un porcentaje algo inferior, el 51 % mientras que para Gatell (515), la tasa de infección en este grupo oscila entre el 50 % y el 70 % con una seroconversión anual del 50 %.

La tasa de incidencia por semestre y millón de habitantes en nuestro país continúa en ascenso. La correspondiente al primer semestre de 1988 es del 18,5 lo que contrasta con el 7,8 del primer semestre de 1986. En Marzo de 1989 el número de casos reconocidos ascendió a 2.781, con una tasa de incidencia acumulada por millón de habitantes de 71,3, la cuarta más elevada de Europa, duplicando la del Reino Unido.

PREVALENCIA EN ADVP

Los dos factores responsables de la rápida propagación del VIH en este colectivo son el alto índice de seropositividad y el frecuente hábito de compartir el equipo de inyección en los grupos de adictos.

Entre los factores que afectan la función inmune y por tanto pueden facilitar la infección por el VIH destacan los siguientes: la propia acción de la droga, el consumo

DISCUSION

simultáneo de otras como alcohol y cánnabis, la malnutrición, el stress y la frecuente exposición a una gran variedad de agentes infecciosos. Como cofactores deben mencionarse los hábitos sexuales y los de intercambio de los útiles de inyección, (516).

En relación a éste último la aparición del SIDA ha originado una disminución en la frecuencia de intercambio de los útiles de inyección, (517). Resultados similares son aportados por Power (518). En el estudio realizado por este autor el 86 % de los adictos ha reducido significativamente el número de intercambios desde la aparición del SIDA.

Para Espinoza (345), la mayor duración del consumo de drogas y el hábito de compartir las jeringuillas son factores que incrementan el riesgo de infección por VIH. Este riesgo no se incrementa, en su muestra, por la presencia de ingresos previos en prisión o hábitos homosexuales.

El 57.1 % de nuestros adictos presentan anticuerpos anti - VIH. Las circunstancias asociadas a su presencia son varias.

Por un lado, el mayor tiempo de consumo de heroína. El consumo inferior a 24 meses agrupa el 37 % de positivities y el superior el 63 % restante.

Por otro lado, los anticuerpos anti - VIH son más frecuentes en los adictos que presentan elevados consumos de heroína. En los casos positivos alcanza los 421 mg/día, mientras que en los negativos desciende a los 225 mg/día.

Otra circunstancia asociada a la presencia de anticuerpos es la administración de la heroína en compañía de otros adictos. Esta circunstancia parece apuntar a la mayor frecuencia de intercambio de los útiles de administración.

Sin embargo, no encontramos una frecuencia más elevada de anticuerpos en relación al uso compartido del cepillo de dientes, cuchillas de afeitar o presencia de tatuajes.

Los estudios de seroprevalencia del VIH en los ADVP muestran grandes variaciones según los países y zonas geográficas consideradas. En el área de Nueva York la seroprevalencia es del 50 % o superior. Sin embargo, para el conjunto del país el porcentaje es algo inferior, con variaciones geográficas muy marcadas, (519).

Otro factor a considerar es el tiempo. Pequeños intervalos pueden variar notablemente la prevalencia. Así, Shine (463), encuentra anticuerpos anti - VIH en el 75 % de

DISCUSION

los adictos a opiáceos de su muestra del área de Nueva York. Un año antes Robert - Guroff (520), sólo los refiere en el 41 %.

En la República Federal Alemana la prevalencia encontrada por Joller - Jemelka (476), es del 49 %, aunque para el total de adictos intravenosos el porcentaje estimado desciende al 30 %, (330).

En Italia, Angarano (521), refiere una progresión en la positividad de los anticuerpos anti - VIH del 6 % en 1980 al 76 % en 1985. Por su parte Ferroni (522), encuentra anticuerpos en una proporción que oscila entre el 29 % y el 53 %. Estos resultados son muy similares a los recogidos en los ADVP de Roma, con un 33.3 % de casos positivos y de Milán, 69.3 %, (523).

En el noreste italiano, Franceschi (524), encuentra un 30 % de positivities, apreciando importantes diferencias según la localización regional del paciente. Farci (525), estudia también la evolución de la seropositividad en los ADVP de Sardinia, una isla italiana relativamente aislada, encontrando en 1982 un 10 % de anticuerpos anti - VIH positivos, porcentaje que se eleva al 57 % en 1986. No aparecen diferencias significativas en relación a la edad aunque el tiempo medio de abuso de heroína en los seropositivos es superior, (6.1 años), a la de los seronegativos, (5.4 años).

En Edimburgo la presencia de anticuerpos anti - VIH alcanzaba en 1985 el 38 %, (526). En 1987 había ascendido a ya al 52 %, oscilando según las regiones, entre un 38 % y un 65 %, (527).

En Francia, los heroínómanos constituyen el segundo grupo de riesgo para padecer el SIDA. La prevalencia de anticuerpos es también variable de una región a otra, llegando a alcanzar el 87 %. Esta circunstancia depende de diversos factores entre los que se encuentran el hábito de compartir el material de inyección y la susceptibilidad individual, (449).

En este sentido, la relación entre la positividad de los anticuerpos anti - VIH y el uso compartido de las agujas ha sido demostrada, también en Alemania, por Wille (330), al encontrar que los adictos que habían compartido las agujas menos de 20 veces presentaban anticuerpos con una frecuencia del 18 %, que se eleva al 53 % en los que las habían compartido más de 100 veces.

Aunque la elevada frecuencia de hepatitis ha llevado a

DISCUSION

realizar numerosos estudios, no se ha podido demostrar ninguna relación entre la positividad al HBs Ag y la positividad al VIH. (528).

La situación de los adictos españoles en relación a los anticuerpos anti - VIH ofrece, como en la mayoría de los países, notables diferencias en relación a la localización geográfica:

Esteban (529), refiere infección por VIH en el 39 % de los adictos con hepatitis B del área catalana, sin apreciar diferencias significativas en relación a la presencia de hepatitis B ó B + D. La prevalencia en estos ADVP, un año después, es ya del 59 %, (530).

En esta misma comunidad, Latorre (531), encuentra un 48 % de anticuerpos anti - VIH, aunque otros estudios alcanzan el 70.5 %. En el mismo año, Barrera (532), refiere un 55 % de portadores de anticuerpos en su muestra de ADVP.

En los adictos de la Comunidad Valenciana la prevalencia se sitúa entre el 37 % y el 47 %. En esta población, Rodrigo (490, 533) encuentra una relación directa entre positividad y antigüedad de drogadicción. En 1987 el 62 % de los adictos estudiados por Besalduch (391), presentaban ya anticuerpos anti - VIH.

En el área de Sevilla, Leal (534), encuentra un 50 % de positivities, mientras que en la de Córdoba, Jurado (428), alcanza el 64.8 %.

En la Comunidad Gallega, Carballo (425), refiere un 70 % de portadores de anticuerpos, mientras que para Castro (344), sólo alcanza el 41.8 %. Este autor refiere además el haber constatado una mayor edad, una frecuencia más elevada de infección por VHB y un mayor tiempo de adicción, (4 a 7.2 años), al comparar los subgrupos con anticuerpos anti - VIH positivos y negativos. En otro estudio, publicado un año después, (369), la positividad se eleva ya al 68 %.

En Asturias presentan anticuerpos el 41.7 % de los ADVP, con una clara progresión ascendente y una tasa de seroconversión del 1 %, (535). También para este autor, Carton, la positividad de los anticuerpos anti - VIH se asocia con una mayor edad y un mayor tiempo de consumo de drogas.

En el área de Salamanca la positividad es también bastante elevada: 62.9 % en el estudio realizado por Luna

(218).

En el área de Madrid la prevalencia de anticuerpos es de las más altas de nuestro país. Para González Lahoz (536), son portadores el 81.8 % de los ADVP, aunque para Pascual (488), la presencia de anticuerpos sólo alcanza el 63.9 % de los varones de su muestra.

En otros estudios realizados en este área la positividad alcanza el 90 %, con significativas diferencias en el tiempo de adicción: 27 ± 5 meses en el caso de los negativos y 70 ± 7 meses en el caso de los positivos, (537). Otros trabajos como los de Buti (477), Latorre (531), o Telenti (368), aportan positivities inferiores: 59 %, 48 % y 55 % respectivamente.

ANTICUERPOS ANTI - VIH Y PROSTITUTAS

Dada la alta frecuencia con que nuestros pacientes han tenido contacto con prostitutas consideramos interesante estudiar la relación entre esta circunstancia y la presencia de anticuerpos anti - VIH.

Los estudios de prevalencia de anticuerpos anti - VIH en las prostitutas europeas y norteamericanas demuestran una mínima frecuencia, si exceptuamos a las ADVP, (538).

Koenig (539), estudia un grupo de 80 prostitutas dominicanas que trabajaban habitualmente en diversos países, entre ellos España, encontrando un 49 % de portadoras de anticuerpos anti - VIH frente al 2 % de las prostitutas dominicanas.

En prostitutas legalizadas de la R. Federal de Alemania el índice de prevalencia de los anticuerpos anti - VIH es del 1 %. Este bajo índice está posiblemente en relación a la ausencia de drogadicción intravenosa y al uso sistemático de preservativos, (261).

En Nairobi, (Kenia), donde la prevalencia de infección por VIH en las prostitutas es del 85 %, la seroconversión después de haber mantenido contactos heterosexuales en una muestra de 422 varones que habían contraído alguna enfermedad de transmisión sexual alcanzó el 8.5 %, (540).

En nuestro entorno se ha encontrado el mismo porcentaje

DISCUSION

de positividad al VIH, 8.5 %, en un grupo de 176 pacientes varones cuyo único factor de riesgo conocido fue el contacto con prostitutas de bajo nivel, (541).

En 1986, la tasa de infección en prostitutas del área de Barcelona fue del 0 %, (531). En el área de Sevilla presentan anticuerpos anti - VIH el 8.5 % de las prostitutas estudiadas, porcentaje que se eleva al 45 % en las ADVP, (542). Resultados similares son referidos también por Pascual (488), al encontrar anticuerpos anti - VIH en el 6.9 % de su muestra de prostitutas, correspondiendo todos los casos positivos a las ADVP.

En el caso de las adictas que practican la prostitución la tasa de infección es, generalmente, muy superior. En el País Vasco presentan serología positiva el 83 % de las prostitutas adictas, (543).

En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre la presencia de anticuerpos anti - VIH y el contacto con prostitutas. Creemos que ello es debido fundamentalmente a que estos contactos, aunque frecuentes, se realizaron en gran parte a una edad muy temprana, anterior a la difusión del VIH. A ello también colaboraría la ausencia de estos contactos en el momento de realizar el presente estudio.

En resumen, pensamos que la frecuencia de anticuerpos anti - VIH en nuestros adictos es relativamente baja en comparación a la recogida en otros estudios realizados en nuestro entorno. Creemos que esta circunstancia se debe tanto a la mayor juventud de los integrantes de nuestra muestra, como al menor tiempo de consumo de heroína.

Dado que una de las circunstancias asociadas a la presencia de anticuerpos es el uso compartido del material de inyección creemos interesante recoger algunas de las medidas propuestas en otros países y que podrían ser útiles en nuestros adictos. En EE.UU., coincidente con la expansión del SIDA, hicieron también su aparición dos nuevas presentaciones de venta de jeringuillas. La primera con la inclusión de una aguja extra y la segunda compuesta por dos equipos completos de inyección. Estas nuevas formas de venta fueron consecuencia de la demanda de los ADVP. Representan un aumento en el uso de material estéril y desde este punto de vista ha sido valorado positivamente, (544).

DISCUSION

Por su parte Welsby (545), propone el uso de una jeringuilla con aletas en el émbolo que impedirían la reutilización. La aguja formaría cuerpo con la misma para evitar que se reutilizara por separado.

Otras medidas de prevención incluyen las campañas informativas en diferentes medios de comunicación y la distribución de leña, jeringuillas y agujas estériles entre los ADVP censados, (546).

En Amsterdam ha sido efectiva la adopción de un sistema de distribución de preservativos entre las prostitutas adictas y otro de intercambio de las jeringuillas y agujas utilizadas por otras estériles, proporcionadas por el Sistema Municipal de Salud, (547).

DROGAS DE ABUSO EN ORINA

La determinación de drogas de abuso en orina es un método eficaz en la vigilancia del paciente en tratamiento, para contrastar su abstinencia en el consumo de opiáceos y como instrumento de verificación de la validez de los datos de consumo de drogas, en los estudios basados en cuestionarios autoaplicados, (206), (548).

Su empleo ha sido también de gran ayuda para descubrir a los consumidores de drogas en el Ejército de EE.UU. y de una forma indirecta ha contribuido a disminuir su consumo, al menos durante la permanencia de estos sujetos en el Ejército, (549).

Su eficacia ha sido demostrada igualmente en la identificación de las sustancias empleadas en los casos de sobredosis y en los intentos de suicidio, (550).

Dependiendo de la droga a investigar y del método empleado es posible, en ciertos casos, demostrar el uso de algunas drogas bastantes días después de su consumo. Así la detección de cannabíoides urinarios mediante EMIT puede, en ciertos casos de consumidores crónicos, continuar siendo positiva incluso después de 21 días de abstinencia comprobada, (551).

En nuestro estudio, la determinación en orina de drogas de abuso nos ha sido de ayuda en la verificación del consumo reciente de opiáceos y de los datos aportados del consumo de otras drogas. Las positividades a opiáceos, cercanas al 75 %, constituyen un porcentaje elevado, sobre todo si consideramos que por las características de nuestro estudio, el tiempo transcurrido entre la última administración de heroína y la recogida de la muestra de orina ha sido, en ocasiones, superior a las 36 horas.

POLITOXICOMANIA

La existencia de un consumo múltiple de drogas en los adictos a la heroína es una constante encontrada por la mayoría de los autores: Navarro (5), Rodríguez Martos (99), Hammersley (159), Holmberg (172), Altenkirch (214), Dembo (287), Simpson (312), Kosten (329), Wille (330), Raskin (331), Grant (552), Mendelson (553), Iglesias (554), etc.

Para Nurco (360), el uso de otras drogas, en los adictos a narcóticos, tiene dos funciones: una complementaria del efecto de los narcóticos, que se da tanto en los períodos de adicción como en los de abstinencia, y otra substitutoria, que sólo aparece en estos últimos.

Por otra parte, Mendelson (553), llama la atención sobre el efecto opuesto que tienen algunas de las drogas empleadas por los adictos, en relación al efecto de la droga principal. En su opinión, la posible solución a esta paradoja es que los adictos buscarían con su empleo, más que un cambio cualitativo en los efectos, uno cuantitativo.

En otro orden de cosas, la presencia de un policonsumo de drogas es importante incluso en la valoración de los delitos cometidos por los adictos, (287). En este sentido, Hammersley (159), refiere que en los adictos a la heroína el uso de otras drogas, sobre todo las de efecto depresivo, influyen tanto el consumo de la propia heroína como los delitos cometidos.

En la mayoría de los casos el porcentaje de toxicómanos que consume otras drogas es superior al 40 %. De los escasos trabajos que refieren porcentajes inferiores cabe destacar el de Tunving (213), con un 26 %.

En nuestros adictos el consumo múltiple de drogas es un hecho habitual. En el último mes ha consumido hachís el 87 %, alcohol el 82 %, fármacos el 73 %, cocaína el 38 % y LSD el 10 %.

En este periodo un 4.8 % ha consumido las 5 drogas

DISCUSION

anteriores, un 23 % cuatro y un 68 % tres.

El índice de asociación de la heroína con otras drogas es muy elevado en la mayoría de los trabajos consultados. Simpson (312), refiere 14 patrones diferentes de policonsumo, la mayoría de los cuales incluye más de cinco drogas. Por su parte, Rounsaville (231), encuentra que el 80 % de los adictos consume varias drogas; el 38 % una, el 24 % dos, el 14 % tres y el 10 % cuatro, además lógicamente, del consumo de heroína.

El consumo de otras drogas en los adictos a opiáceos, alcanza para Kosten (329), el 74 %. Las drogas usadas con mayor frecuencia son la marihuana y la cocaína. En el estudio de Grant (552), cerca del 55 % de los integrantes de su muestra de adictos emplea más de tres drogas.

En los heroinómanos ingleses estudiados por Parker (208), las drogas usadas con mayor frecuencia son la cánnabis en el 37.9 %, las drogas psicodélicas en el 14.7 % y los estimulantes en el 14.3 %.

También Ling (555), encuentra asociaciones de drogas en el 67 % de su muestra. La más empleada, generalmente junto a la heroína, es la cocaína formando el denominado "speedball".

Para Hser (232), las drogas más consumidas son el hachís, el alcohol y otros opiáceos.

El elevado consumo de otras drogas es también recogido en nuestro país por Navarro, (5). La mitad de los consumidores de heroína estudiados por este autor consume otras tres drogas. En orden de frecuencia estas son: cánnabis, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes.

También en nuestro entorno, Díez (210), refiere una elevada frecuencia de consumo de otras drogas; el 5.4 % de los integrantes de su muestra ha consumido solventes, el 24.2 % barbitúricos, el 28.2 % benzodiacepinas, el 53.3 % anfetaminas y el 88.2 % cánnabis. Luna (218), coincide igualmente en esta opinión al referir un porcentaje de politoxicómanos aún más elevado: el 87.4 %.

En nuestra muestra, la asociación de heroína y cocaína es inferior a la recogida por otros autores. Sin embargo las

DISCUSION

asociaciones con otras drogas, p. ej, hachís, son claramente superiores. Pensamos que esta diferencia tiene su origen en la menor disponibilidad, en nuestro entorno, de algunas drogas, (cocaína), y en la mayor disponibilidad de otras, (hachís).

ANALISIS MULTIVARIANTE

El análisis de los estudios de campo, mediante la aplicación del análisis multivariante es muy frecuente en los estudios epidemiológicos realizados en el extranjero, sobre todo en la literatura anglosajona; Kandel (105), Wingard (136) Mckirnan (155), Clayton (247), Moore (556). Sin embargo, en nuestro país su introducción es relativamente reciente y su empleo mucho menos extendido, Navarro (5).

La aplicación de estos métodos presenta numerosas ventajas, entre ellas el permitir el estudio de variables latentes, el empleo de múltiples indicadores observados para cada variable no observada, o el manejo de los errores en las ecuaciones (residuos), (104). Su empleo puede también anular la aparición de relaciones espúreas y las que escasamente alcanzan la significación estadística. (81).

Aunque se han empleado la mayoría de las técnicas multifactoriales, las más usadas son el análisis de "cluster", el estudio de relaciones canónicas, Huba (151), la regresión múltiple, Moore (556), Lacy (152), Smart (119) y el análisis multivariante de la varianza, Forney (196), Krampen (359).

El protagonismo del análisis de regresión múltiple no se debe tanto a su capacidad explicativa de la realidad analizada, como a su capacidad predictiva. Una vez incluidas las variables que teóricamente pueden ser relevantes y excluidas las redundantes o nada explicativas se puede generalizar la ecuación de regresión. Es decir, predecir los valores de la variable criterio para los sujetos de la población origen de la muestra. Su mayor utilidad estriba en la medida en que la predicción pueda tener cierto valor pronóstico, (557).

Entre los trabajos que aplican esta técnica, en la investigación de los factores de riesgo en el uso de drogas, destaca el de Newcomb (239). Este autor realiza, partiendo de estudios previos, un modelo explicativo de más del 50 % de la varianza residual. Los factores estudiados y su contribución

DISCUSION

al riesgo son los siguientes, (Tabla 3 - 32).

TABLA 3 - 32. FACT. DE RIESGO Y SU CONTRIBUCION. (NEWCOMB).

<u>FACTORES DE RIESGO</u>	<u>CONTRIBUCION AL RIESGO</u>
-Intoxicación por alcohol temprana.	23 %
-Uso de drogas observado en los adultos.	30 %
-Observación del uso aceptado de drogas por los amigos.	30 %
-Observación del uso aceptado de drogas por los padres.	25 %
-Absentismo de la escuela (frecuencia).	16 %
-Resultados escolares escasos.	7 %
-Desconfianza en el conocimiento de drogas por parte del profesor.	12 %
-Desconfianza en el conocimiento de drogas de los padres.	11 %
-Bajas aspiraciones educativas.	28 %
-Escaso compromiso religioso.	23 %
-"Distress" emocional.	29 %
-Insatisfacción con la vida.	26 %

Todas las correlaciones son significativas ($p < 0.001$), correspondiendo el rango inferior al compromiso religioso ($r = 0.13$) y el más elevado a la aprobación del uso de drogas por los amigos, ($r = 0.56$).

Ried (558), también mediante regresión múltiple, consigue explicar el 54 % de la varianza, en su estudio de los factores etiológicos asociados con el uso de drogas en escolares norteamericanos. Los factores más explicativos son el uso de drogas por los amigos y la aceptación por éstos de su empleo. La existencia de problemas de conducta, las creencias personales de las consecuencias del uso de las drogas y el autoreforzamiento son también estadísticamente significativas y explicativas de un 8 % adicional de la varianza.

DISCUSION

El análisis de regresión múltiple pretende establecer una ecuación lineal del tipo:

$$Y = A + B_1 X_1 + B_2 X_2 + \dots + B_p X_p + \Sigma$$

Esta ecuación expresa la variable criterio (Y) como la suma de una constante (A), los valores de las variables predictivas (X) ponderadas por unos coeficientes (B) y un término de error. El objeto del análisis es hallar los valores de los coeficientes (B), coeficientes de regresión parcial, que minimicen los errores con el criterio de mínimos cuadrados.

La ecuación anterior puede también expresarse como la suma de dos términos:

$$Y = Y_1 + \Sigma$$

donde Y_1 es la parte explicada y Σ la no explicada de los valores observados. El coeficiente de correlación entre Y e Y_1 reflejará la asociación existente entre la variable criterio y las variables predictivas. Este coeficiente es un índice de la capacidad explicativa de las variables predictivas tomadas conjuntamente.

En el caso de la regresión logística la ecuación es la siguiente:

$$Y = A + B \ln X$$

que también puede expresarse como:

$$\text{Probabilidad (} y = 1 \text{)} = \frac{1}{1 + e^{- (A)}}$$

Donde A es igual a $\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n$

En el presente estudio hemos aplicado la técnica de regresión logística, método encuadrado en las técnicas multivariantes confirmatorias, (559), o inferenciales, (560), con las que se puede analizar simultáneamente la influencia de

DISCUSION

múltiples variables independientes sobre una variable dependiente.

La introducción de esta técnica en la investigación médica es reciente aunque ha experimentado una rápida expansión en diversos ámbitos de aplicación: Ashby (561), Work (562), Wisner (563), así como en la investigación epidemiológica propiamente dicha: Brand (564 - 565).

En nuestro estudio hemos definido como variable dependiente la pertenencia o no al grupo estudio.

Como sistemática de trabajo hemos eliminado, en primer lugar, las variables en las que no se alcanzó la significación estadística entre el grupo estudio y el control. También se han suprimido las que no resultaban claramente independientes entre sí.

Las restantes se han agrupado en tres bloques diferentes, según los diversos aspectos estudiados en cada uno. Posteriormente, se han ido eliminando en pasos sucesivos, aquellas variables que para un modelo dado resultaban fuertemente correlacionadas. Con ello se ha intentado evitar, en lo posible, los problemas de convergencia.

Tras este sistema de eliminación, las variables que han permanecido en los modelos finales, son las siguientes:

GRUPO 1

Engloba los aspectos generales, socio - económicos, familiares, religiosos y los antecedentes legales. Incluye las siguientes variables:

EDAD
ESTUDIOS
SITUACION LABORAL ACTUAL
NIVEL ECONOMICO
ESTUDIOS DEL PADRE
ESTUDIOS DE LA MADRE
PROFESION DEL PADRE
PROBLEMAS ALCOHOL PADRE
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO MADRE
RELACION PACIENTE - PADRE

DISCUSION

RELACION PACIENTE - MADRE
PRISION N° DE VECES
POLICIA N° DE VECES
RELIGION
CONFIANZA EN
AFICIONES
PROYECTOS

Realizamos transformaciones de algunas variables cuantitativas a cualitativas. Así para el nivel económico:

< 75.000.....	MODESTO
75 - 150.000.....	MEDIO
150- 300.000.....	MEDIO - ALTO
> 300.000.....	ALTO

Con las variables anteriores la probabilidad de pertenecer al grupo estudio viene definida por la siguiente expresión:

$$A = 17 - 0.93 \text{ EDAD} + 0.74 \text{ ESTUDIOS} - 0.32 \text{ SITUACION LABORAL ACTUAL} + 0.001 \text{ ECONOMIA} + 1.64 \text{ ALCOHOL PADRE} + 0.97 \text{ TTOPSIQ MADRE} - 0.72 \text{ RELACION PADRE - PACIENTE} + 0.46 \text{ RELACION MADRE - PACIENTE} - 2.14 \text{ N° PRISION} - 0.06 \text{ N° POLICIA} + 0.53 \text{ RELIGION} - 0.1 \text{ CONFIA EN} + 1.4 \text{ AFICIONES} + 0.02 \text{ PROYECTOS}$$

Creemos que las variables con razón de predominio más elevada deberían ser investigadas a fin de poder disminuir posteriormente su número.

GRUPO 2

DISCUSION

Engloba los principales aspectos del consumo de drogas.
Incluye las siguientes variables:

Nº CIGARRILLOS
DROGA LEGAL INICIAL
DROGA ILEGAL INICIAL
EDAD COMIENZO ALCOHOL
GR. ALCOHOL DIA
EDAD COMIENZO HACHIS
Nº HACHIS DIA
Nº AÑOS CONSUMO HEROINA
MEDIA MG. HEROINA DIA
CONSUMO OTRAS DROGAS
VIA 1ª DROGA ILEGAL
FORMA DE ADMINISTRACION

En este grupo transformamos los "gramos de alcohol al día", originalmente cuantitativa en cualitativa según el siguiente criterio:

0	NADA
< 30	MODERADO
30-75	MEDIO
>75	ALTO

Con las variables anteriores la probabilidad de pertenecer al grupo estudio viene definida por la siguiente expresión:

$$A = 6.18 - 2.64 \text{ CIGARRILLOS} + 0.30 \text{ EDAD HACHIS} - 2.93 \text{ HACHIS DIA} - 1.19 \text{ CONSUMO OTRA DROGA} - 2.78 \text{ VIA PRIMERA DROGA}$$

GRUPO 3

Este grupo comprende los antecedentes médicos y las determinaciones analíticas. Incluye en sus perfiles las siguientes variables:

DIFERENCIA PESO 3 ULTIMOS MESES
 NQ TATUAJES
 HB
 VCM
 PLAQUETAS
 VSG
 NEUTROFILOS
 LINFOCITOS
 MONOCITOS
 EOSINOFILOS
 ALBUMINA
 COLESTEROL
 CPK
 GGT
 GOT
 GPT
 LDH
 C - 3
 IG A
 IG G
 IG M
 MARCADORES HEPATITIS
 T.T.P.A.
 T. PROTOMBINA
 T. TROMBINA

Con estas variables la probabilidad de pertenecer al grupo estudio viene definida por la siguiente expresión:

$$A = 1.70 + 0.26 \text{ DIF. PESO} - 0.34 \text{ VSG} - 0.07 \text{ GPT} + 2.76 \text{ GLOBAL HEPATITIS} - 0.44 \text{ TIPA}$$

A continuación exponemos los resultados completos para los perfiles considerados así como otros posibles modelos.

RESULTADOS

SIGN: (EGA)

Archivo: FILL

B1

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	COEF. REGR.	ERR. EST.	T	PR	COEF. EST.
INDEFEN.	18.8565	5.7858	3.2591	0.001177	
EDAD	-0.97573	0.29023	3.3617	0.00077468	-1.2353
ESTUDIOS	0.61217	0.3285	1.8635	0.062391	0.56072
LAB. ACTUAL	-0.25861	0.24935	1.0371	0.29969	-0.29994
ECONOMIA	-0.20754	0.32355	0.6414	0.52122	-0.1696
ALC. PAD.	1.4757	0.6369	2.317	0.020506	0.65497
TPEIO. PAD	0.84431	1.7831	0.48473	0.62787	0.23968
PAD-PAC	-0.73334	0.28782	2.5479	0.010837	-0.81816
MAD-PAC	0.52748	0.40413	1.3052	0.19182	0.43591
N. PRISION	-1.7555	0.86362	2.0327	0.042079	-1.3066
N. POLICIA	-0.91464	0.30682	2.9811	0.0028727	-1.0431
RELIGION	0.37631	0.24993	1.5057	0.13215	0.39399
CONFA	-0.044434	0.14605	0.30423	0.76095	-0.082135
AFICIONES	-1.3257	0.26496	5.0034	0	-1.5407
PROYECTOS	0.11431	0.26737	0.42754	0.66899	0.10982

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

SIGMA (EGA)

Archivo: FILL

B1

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

LIT. F. MAX. VEROSIM. = -58.4238

RACION VEROSIM. = 281.0188 g1 = 14 p = 0

SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

SIGMA (EGA)

Archivo: FILL

B1

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	R. FREDDON	R. INFERIOR	R. SUPERIOR	R. PRED. EST
EDAD	0.37292	0.21339	0.66575	0.29075
ESTUDIOS	1.2444	0.9688	3.5115	1.7519
LAB. ACTUAL	0.77912	0.47362	1.2588	0.74052
ECONOMIA	0.81258	0.43096	1.532	0.844
ALC. PAD.	4.374	1.2553	15.241	1.5251
TPEIO. PAD	2.3734	0.672042	78.1855	1.2708
PAD-PAC	0.4202	0.27353	0.84433	0.44124
MAD-PAC	1.2947	0.7670	3.7419	1.5429
N. PRISION	0.17332	0.031805	0.52911	0.27074
N. POLICIA	0.40625	0.21554	0.72105	0.35632
RELIGION	1.4529	0.89266	2.2772	1.4827
CONFA	0.9525	0.71842	1.2732	0.92110
AFICIONES	0.26511	0.15802	0.44247	0.21423
PROYECTOS	1.1211	0.65382	1.8734	1.1141

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

SIGMA (CGA)

COEF. TERMINO (INDEFEN)EDD

Fichero: FILLI - 2

81

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	33.475	1
EDAD	-1.5633	-0.9309
ESTUDIOS	-0.026876	-0.01414
LAB. ACTUAL	0.10726	0.075735
ECONOMIA	-0.093525	-0.049961
ALC. PAD.	0.2215	0.060109
TFSIO. PAD	-3.1463	-0.30517
PAD-FAC	-0.27058	-0.16249
MAD-FAC	0.46921	0.20067
N. PRISION	-0.22273	-0.044574
N. POLICIA	-0.33529	-0.18888
RELIGION	-0.051932	-0.032914
CONFA	0.029049	0.034376
AFICIONES	-0.30628	-0.19979
PROYECTOS	-0.0050035	-0.0032344

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

SIGMA (EGA)

Fichero: FILLI

81

COEF. TERMINO EDD

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-1.5633	-0.9309
EDAD	0.084243	1
ESTUDIOS	-0.0095734	-0.10042
LAB. ACTUAL	-0.0002586	-0.0032734
ECONOMIA	-0.0005276	-0.0056184
ALC. PAD.	-0.032873	-0.17783
TFSIO. PAD	0.0012243	0.0023656
PAD-FAC	0.0074515	0.089198
MAD-FAC	-0.022739	-0.19386
N. PRISION	0.0088266	0.035357
N. POLICIA	0.011469	0.12879
RELIGION	-0.0047177	-0.065035
CONFA	-0.0031517	-0.074547
AFICIONES	0.012511	0.17569
PROYECTOS	-0.0014298	-0.002825

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

SIGMA (EGA)

Fichero: FILLI

81

COEF. TERMINO ESTUDIOS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.026876	-0.01414
EDAD	-0.0095734	-0.10062
ESTUDIOS	0.10792	1
LAB. ACTUAL	-0.000148	-0.00027
ECONOMIA	-0.0070832	-0.06664
ALC. PAD.	0.016924	0.08089
TFSIO. PAD	0.03952	0.06747
PAD-FAC	0.0011409	0.012067
MAD-FAC	-0.0029369	-0.022122
N. PRISION	-0.013492	-0.047335
N. POLICIA	0.014978	0.1486
RELIGION	0.011305	0.13769
CONFA	-0.0087941	-0.18329
AFICIONES	-0.004047	-0.04495
PROYECTOS	0.0013607	0.015492

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

SIGMA (EGA)

Fichero: FILLI - 361 -

81

COEF. TERMINO LAB. ACTUAL

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.10926	0.075735
EDAD	-0.0002586	-0.0032734
ESTUDIOS	-0.000160	-0.00027

RESULTADOS

TPSID.FAD	-0.048768	-0.10973
FAD-FAC	-0.0078831	-0.10984
MAD-FAC	-0.0009707	-0.000007
N.FRISION	0.0095705	0.044442
N.POLICIA	-0.0091851	0.12006
RELIGION	-0.0051294	-0.082306
CONFIA	-0.0016559	-0.039976
AFICIONES	0.0089462	0.12541
PROYECTOS	-0.0098276	-0.15741

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA) Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO ECONOMIA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.093525	-0.049961
EDAD	-0.0005276	-0.0056186
ESTUDIOS	-0.0070832	-0.066643
LAB.ACTUAL	0.0053091	0.055806
ECONOMIA	0.10488	1
ALC.FAD.	0.032673	0.15855
TPSID.FAD	-0.040252	-0.069772
FAD-FAC	0.011841	0.12715
MAD-FAC	-0.023636	-0.18076
N.FRISION	0.042173	0.15093
N.POLICIA	0.014924	0.15033
RELIGION	0.0091263	0.11286
CONFIA	-0.0023349	-0.04941
AFICIONES	0.0026453	0.020857
PROYECTOS	-0.018549	-0.21442

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA) Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO ALC.FAD.

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	0.2215	0.060109
EDAD	-0.032873	-0.17783
ESTUDIOS	0.016524	0.08089
LAB.ACTUAL	-0.022473	-0.1415
ECONOMIA	0.092673	0.15855
ALC.FAD.	0.00564	1
TPSID.FAD	-0.023049	-0.020296
FAD-FAC	0.046479	0.26442
MAD-FAC	-0.039039	-0.15167
N.FRISION	0.018049	0.033942
N.POLICIA	0.0056762	0.057512
RELIGION	0.02524	0.15271
CONFIA	0.0013124	0.014119
AFICIONES	-0.016042	-0.095052
PROYECTOS	0.0046644	0.027391

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA) Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO TPSID.FAD

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-3.1483	-0.30517
EDAD	0.0012243	0.0023656
ESTUDIOS	0.03952	0.06747
LAB.ACTUAL	-0.048788	-0.10973
ECONOMIA	-0.040252	-0.069772
ALC.FAD.	-0.023049	-0.020296
TPSID.FAD	3.1792	1
FAD-FAC	0.0031904	0.0062283
MAD-FAC	0.031451	0.043646
N.FRISION	-0.051415	-0.033389
N.POLICIA	0.033399	0.06105
RELIGION	0.013338	0.029929
CONFIA	-8.307E-05	-0.0003189
AFICIONES	-0.013998	-0.029629
PROYECTOS	-0.0007554	-0.000017

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.27058	-0.16249
EDAD	0.0074515	0.068190
ESTUDIOS	0.0011409	0.012067
LAB. ACTUAL	-0.0078831	-0.104984
ECONOMIA	0.011841	0.12715
ALC. PAD.	0.048479	0.24404
TFSIO. PAD	0.0031964	0.002283
FAD-PAC	0.082841	1
MAD-PAC	-0.059963	-0.51551
N. FRISION	-0.025801	-0.1038
N. POLICIA	0.0057871	0.065533
RELIGION	-0.0034761	-0.048323
CONFIA	-0.0021258	-0.05057
AFICIONES	0.011573	0.15174
PROYECTOS	0.0053419	0.069412

RESULTADOS

RLOG 2;3;4;5; 6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA) Fichero: FILL1

B1

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.44921	0.20067
EDAD	-0.082739	-0.19385
ESTUDIOS	-0.0029369	-0.022122
LAB. ACTUAL	-0.0008707	-0.0085407
ECONOMIA	-0.023536	-0.18076
ALC. PAD.	-0.029039	-0.15167
TFSIO. PAD	0.031451	0.043546
FAD-PAC	-0.059963	-0.51551
MAD-PAC	0.16333	1
N. FRISION	-0.0014834	-0.0042502
N. POLICIA	-0.0066549	-0.053671
RELIGION	0.0043141	0.062513
CONFIA	-0.0015647	-0.033285
AFICIONES	-0.024574	-0.22946
PROYECTOS	-0.015665	-0.14497

COEF. TERMINO MAD-PAC

RLOG 2;3;4;5; 6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA) Fichero: FILL1

B1

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.22273	-0.044574
EDAD	0.0088624	0.037257
ESTUDIOS	-0.013482	-0.047555
LAB. ACTUAL	0.0052705	0.044442
ECONOMIA	0.042173	0.15093
ALC. PAD.	-0.018608	-0.039942
TFSIO. PAD	-0.051415	-0.033899
FAD-PAC	-0.025801	-0.1038
MAD-PAC	-0.0014834	-0.0042502
N. FRISION	0.74584	1
N. POLICIA	-0.084943	-0.32057
RELIGION	0.020596	0.09542
CONFIA	0.021853	0.17328
AFICIONES	0.020575	0.08993
PROYECTOS	0.00005733	0.00024831

COEF. TERMINO N. FRISION

RLOG 2;3;4;5; 6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA) Fichero: FILL1

B1

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.33529	-0.18888
EDAD	0.011449	0.12879
ESTUDIOS	0.014978	0.1486
LAB. ACTUAL	-0.0091851	-0.12006
ECONOMIA	0.014924	0.15033
ALC. PAD.	0.0053762	0.027512
TFSIO. PAD	0.033395	0.06105

COEF. TERMINO N. POLICIA

N.FOLICIA	0.094136	1
RELIGION	0.010613	0.1384
CONFA	-0.007668	-0.17107
AFICIONES	-0.000989	-0.009717
PROYECTOS	-0.0073069	-0.089071

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32 Fichero: FILL1 RESULTADOS B1

COEF. TERMINO RELIGION

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.051932	-0.035914
EDAD	-0.0047177	-0.045035
ESTUDIOS	0.011305	0.13769
LAB.ACTUAL	-0.0051294	-0.082306
ECONOMIA	0.0091263	0.11286
ALC.FAD.	0.025264	0.15871
TFSIO.FAD	-0.013338	0.029929
PAD-FAC	-0.0034761	-0.048323
MAD-FAC	0.0063141	0.062513
N.FRISION	0.020596	0.09542
N.FOLICIA	0.010613	0.1384
RELIGION	0.062464	1
CONFA	-0.0048291	-0.13229
AFICIONES	-0.0004378	-0.0066119
PROYECTOS	-0.0036321	-0.054353

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32 Fichero: FILL1 B1

COEF. TERMINO CONFA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.029049	0.034376
EDAD	-0.0031517	-0.074347
ESTUDIOS	-0.0067941	-0.18329
LAB.ACTUAL	-0.0014559	-0.039976
ECONOMIA	-0.0023349	-0.04941
ALC.FAD.	0.0013134	0.014119
TFSIO.FAD	-0.007805	-0.0003189
PAD-FAC	-0.0021252	-0.05057
MAD-FAC	-0.0017647	-0.032225
N.FRISION	0.021853	0.17325
N.FOLICIA	-0.007668	-0.17107
RELIGION	-0.0048251	-0.13229
CONFA	0.021832	1
AFICIONES	-0.0028506	-0.073662
PROYECTOS	0.01107	0.26616

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32 Fichero: FILL1 B1

COEF. TERMINO AFICIONES

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.00626	-0.19979
EDAD	0.013511	0.17509
ESTUDIOS	-0.006047	-0.046495
LAB.ACTUAL	0.0089462	0.13541
ECONOMIA	0.0026452	0.030857
ALC.FAD.	-0.016042	-0.095058
TFSIO.FAD	-0.013998	-0.029629
PAD-FAC	0.011573	0.15176
MAD-FAC	-0.024574	-0.22949
N.FRISION	0.020579	0.08992
N.FOLICIA	-0.0007899	-0.009717
RELIGION	-0.0004378	-0.0066119
CONFA	-0.0028506	-0.073662
AFICIONES	0.070205	1
PROYECTOS	-0.012716	-0.17949

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32 Fichero: FILL1 B1

COEF. TERMINO PROYECTOS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
-------------	------------	-------------

ESTUDIOS	0.0013607	0.015092
LAB. ACTIVA	-0.0000076	-0.14761
ECONOMIA	-0.018549	-0.21442
ALC. PAD.	0.0046644	0.027391
TFSIO. PAD	-0.0067554	-0.01417
PAD-PAC	0.0053419	0.069415
MAD-PAC	-0.015665	-0.14427
N. PRISION	0.00005733	0.00024231
N. POLICIA	-0.0073069	-0.089071
RELIGION	-0.0034321	-0.054353
CONFA	0.01102	0.28218
AFICIONES	-0.012716	-0.17949
PROYECTOS	0.071489	1

RESULTADOS

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32

RESULTADOS

SIGMA (LGA)

Factor: FICLOY3

U

VARIABLE	COEF. REGR.	REGRESION LOGISTICA - GRUPO			COEF. EST.
		ERR. EST.	I	FR	
INDEFEN.	17.0079	5.4882	3.0989	0.0019424	
EDAU	-0.43915	0.27523	3.4123	0.00064431	-1.189
ESTUDIOS	0.74544	0.31453	2.37	0.017787	0.68278
LAB. ACTUAL	-0.32939	0.22893	1.3902	0.16446	-0.38244
ECONOMIA	0.0014621	0.0026789	0.54377	0.58521	0.12259
ALC. PAD.	1.6452	0.62181	2.6458	0.0081692	0.73021
TRPID. PAD.	0.97168	1.6091	0.60573	0.54465	0.25945
PAD-PAC	-0.72087	0.2781	2.5921	0.0095388	-0.80425
HAD-PAC	0.46162	0.38189	1.2088	0.22675	0.38148
N. FRIISION	-2.1442	0.95221	2.2518	0.024337	-3.6346
N. FOLICIA	-0.064271	0.085468	0.75199	0.45206	-0.49835
RELIGION	0.53071	0.25182	2.1075	0.05072	0.55562
CONFIA	-0.10758	0.12625	0.78956	0.42975	-0.19885
AFICIONES	-1.4147	0.26453	5.3475	0	-1.8441
PROYECTOS	0.001981	0.00464	0.09345	0.92555	0.02194

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;17;20;24;30;31;32

Factor: FILL03

U

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

LN. F. MAX. VEROSIM. = -62.665

RAZON VEROSIM. = 272.5345 $q1 = 19$ $p = 0$

SIGNIFICATIVO (p < 0.05)

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;17;20;24;30;31;32

Factor: FILL02

U

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE P. INFERIOR P. SUPERIOR P. PRED. EST

EDAU	0.39076	0.21797	0.67052	0.30453
ESTUDIOS	2.1074	1.1372	3.4024	1.0744
LAB. ACTUAL	0.71936	0.45712	1.1445	0.68247
ECONOMIA	1.0015	0.95222	1.0027	1.1724
ALC. PAD.	5.182	1.5315	17.0244	2.7752
TRPID. PAD.	1.2424	0.1137	2.1244	1.1391
PAD-PAC	0.46221	0.2517	0.51377	0.6774
HAD-PAC	1.5584	1.1754	1.2534	1.4204
N. FRIISION	0.11717	0.012115	0.05742	0.024357
N. FOLICIA	0.52771	0.75311	1.1026	0.40752
RELIGION	1.7091	1.6576	2.1921	1.742
CONFIA	0.87801	0.65725	1.1724	0.81917
AFICIONES	0.242	0.14445	0.40211	0.19218
PROYECTOS	1.0231	0.63342	1.6521	1.0872

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;17;20;24;30;31;32

Factor: FILL03

U

COEF. TERMINO INDEPENDIENTE

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	30.1216	1
EDAU	-1.4112	-0.93427
ESTUDIOS	0.19181	0.052776
LAB. ACTUAL	0.0068272	0.002502
ECONOMIA	-0.000526	-0.01726
ALC. PAD.	0.25624	0.072089
TRPID. PAD.	-2.9277	-0.33766

RESULTADOS

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EG4)

Factores: FILL013

B1

COEF. TERMINO EDAD

COEF. REGP.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-1.4112	-0.93427
EDAD	0.075749	1
ESTUDIOS	-0.013682	-0.15805
LAB. ACTUAL	0.0037028	0.056723
ECONOMIA	-3.937E-05	-0.053393
ALC. PAD.	-0.034426	-0.21224
TFSIO. PAD.	0.018454	0.041759
PAD-PAC	0.0026442	0.034546
MAD-PAC	-0.017473	-0.16624
N. FRISION	0.023911	0.09124
N. FOLICIA	0.0005732	0.019441
RELIGION	-0.0041581	-0.059997
CONFIA	-0.0003371	-0.0089716
AFICIONES	0.01334	0.18323
PROYECTOS	0.0019458	0.0289

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EG4)

Factores: FILL013

B1

COEF. TERMINO ESTUDIOS

COEF. REGP.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.10181	0.052774
EDAD	-0.013682	-0.15805
ESTUDIOS	-0.048927	1
LAB. ACTUAL	-0.004069	-0.45744
ECONOMIA	-5.259E-05	-0.062419
ALC. PAD.	0.021055	0.10766
TFSIO. PAD.	0.018257	0.034185
PAD-PAC	-0.0006407	-0.006122
MAD-PAC	-0.0040246	-0.023524
N. FRISION	-0.0041327	-0.050572
N. FOLICIA	0.0025436	0.13727
RELIGION	0.010264	0.12493
CONFIA	-0.0002226	-0.00145
AFICIONES	-0.010274	-0.12447
PROYECTOS	-0.0007542	-0.004942

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EG4)

Factores: FILL013

B1

COEF. TERMINO LAB. ACTUAL

COEF. REGP.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.0028272	0.002502
EDAD	0.0037028	0.056723
ESTUDIOS	-0.034089	-0.45744
LAB. ACTUAL	0.056137	1
ECONOMIA	0.00006827	0.10819
ALC. PAD.	-0.031197	-0.21175
TFSIO. PAD.	-0.032939	-0.094558
PAD-PAC	-0.0027252	-0.1256
MAD-PAC	0.0024761	0.027266
N. FRISION	0.011124	0.049307
N. FOLICIA	-0.0002527	-0.012679
RELIGION	-0.0027684	-0.044403
CONFIA	-0.0012447	-0.058651

FICHERO 103 | -0.0001001 | -0.11254 |
 FLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGM) | Fichero: FILL03
 COEF. TERMINO (COEF. CORR.)

F1

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.0002626	-0.01786
EDAD	-3.937E-05	-0.053393
ESTUDIOS	-5.259E-05	-0.062419
LAB. ACTUAL	0.00006837	0.10819
ECONOMIA	7.177E-06	1
ALC. PAD.	0.00025138	0.15091
TFSIO. PAD	-0.0001789	-0.041637
FAD-PAL	0.00002605	0.048295
MAD-PAL	-0.0001948	-0.19047
N. FRIISION	0.00037864	0.14851
N. POLICIA	2.671E-07	0.0016031
RELIGION	0.00015632	0.23173
CONFIA	-1.343E-05	-0.036787
AFICIONES	-2.942E-05	-0.041511
PROYECTOS	-5.217E-05	-0.14064

RESULTADOS

FLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA)

Fichero: FILL03

F1

COEF. TERMINO ALC. PAD.

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.25626	0.075089
EDAD	-0.032426	-0.21284
ESTUDIOS	0.021055	0.10766
LAB. ACTUAL	-0.031197	-0.21175
ECONOMIA	0.00025138	0.15091
ALC. PAD.	0.38625	1
TFSIO. PAD	0.032166	0.032248
FAD-PAL	0.0447e	0.25889
MAD-PAL	-0.032308	-0.12606
N. FRIISION	-0.031722	-0.052575
N. POLICIA	0.0019329	0.02361
RELIGION	0.020516	0.13101
CONFIA	0.022449	0.022519
AFICIONES	-0.017274	-0.14495
PROYECTOS	0.0052034	0.03207

FLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA)

Fichero: FILL03

F1

COEF. TERMINO TFSIO. PAD

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-2.5277	-0.93754
EDAD	-0.016454	0.041799
ESTUDIOS	0.012357	0.034185
LAB. ACTUAL	-0.057929	-0.094558
ECONOMIA	-0.0001789	-0.041637
ALC. PAD.	0.032166	0.032248
TFSIO. PAD	2.3732	1
FAD-PAL	0.010507	0.022551
MAD-PAL	0.00203	0.002138
N. FRIISION	-0.046278	-0.03069
N. POLICIA	0.01569	0.11444
RELIGION	0.022236	0.055045
CONFIA	0.0041233	0.015045
AFICIONES	-0.01846	-0.046649
PROYECTOS	0.0034152	0.0087028

FLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
 SIGMA (EGA)

Fichero: FILL03

F1

COEF. TERMINO PAD-PAL

COEF. REGR. | COVARIANZA | COEF. CORR. |

- 368 -

RESULTADOS

HEALTH	0.12223	0.12223
EDAD	0.0026942	0.0026942
ESTUDIOS	-0.0008607	-0.00086122
LAB. ACTUAL	-0.0087756	-0.12223
ECONOMIA	0.00002605	0.046375
ALC. PAD.	0.04472	0.25864
TRFID. PAD.	0.016507	0.022521
FAD-FAC	0.077341	1
MAD-FAC	-0.054285	-0.51119
N. PRISION	-0.022065	-0.058495
N. POLICIA	-0.0020685	-0.086974
RELIGION	-0.0078788	-0.1125
CONFIA	0.00094694	0.024991
AFICIONES	0.010979	0.14924
PROYECTOS	0.006662	0.097922

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EGA)

Fichero: FILLO13
COEF. TERMINO MAD-FAC

11

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.39346	0.12772
EDAD	-0.017473	-0.16624
ESTUDIOS	-0.0040268	-0.033524
LAB. ACTUAL	0.0024761	0.027366
ECONOMIA	-0.0001948	-0.19047
ALC. PAD.	-0.032308	-0.13606
TRFID. PAD.	0.00273	0.0031338
FAD-FAC	-0.054285	-0.51119
MAD-FAC	0.14524	1
N. PRISION	0.011861	0.032672
N. POLICIA	-0.0010239	-0.03137
RELIGION	0.0091629	0.075222
CONFIA	-0.0045209	-0.066825
AFICIONES	-0.021012	-0.2802
PROYECTOS	-0.017162	-0.1827

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EGA)

Fichero: FILLO13
COEF. TERMINO N.PRISION

11

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.54518	-0.10432
EDAD	0.022911	0.09126
ESTUDIOS	-0.024132	-0.080275
LAB. ACTUAL	0.011124	0.049217
ECONOMIA	0.00027664	0.14524
ALC. PAD.	-0.031722	-0.051572
TRFID. PAD.	-0.046672	-0.020225
FAD-FAC	-0.054285	-0.058495
MAD-FAC	0.011821	0.032672
N. PRISION	0.9027	1
N. POLICIA	-0.034614	-0.42532
RELIGION	0.022182	0.092513
CONFIA	0.02109	0.1224
AFICIONES	0.048261	0.1916
PROYECTOS	-0.0032777	-0.016071

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EGA)

Fichero: FILLO13
COEF. TERMINO N.POLICIA

11

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.03011	-0.06419
EDAD	0.00045732	0.019441
ESTUDIOS	0.0035632	0.13267
LAB. ACTUAL	-0.0002567	-0.012675
ECONOMIA	2.671E-07	0.0016031

TPSID.PAD	0.01569	0.11494
FAD-PAC	-0.0026629	-0.182779
NAD-PAC	-0.0016229	-0.031327
H.F.FISSION	-0.024619	-0.472527
H.FOLICIA	0.0072042	1
RELIGION	0.0036773	0.17086
CONFIA	-0.001702	-0.14614
AFICIONES	-0.0053033	-0.23457
PROYECTOS	-5.461E-05	-0.0026119

RESULTADOS

KLOG 2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EG6)

Fichero: FILL05

E1

COEF. TERMINO RELIGION

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.064224	-0.047917
EDAD	-0.0041581	-0.059977
ESTUDIOS	0.010296	0.12799
LAB.ACTUAL	-0.0027684	-0.046403
ECONOMIA	0.00015333	0.23173
ALC.FAD.	0.020514	0.13101
TPSID.PAD	0.022236	0.055045
FAD-PAC	-0.0078788	-0.11125
NAD-PAC	0.0091629	0.095282
H.F.FISSION	0.022183	0.092513
H.FOLICIA	0.0036773	0.17086
RELIGION	0.063412	1
CONFIA	-0.0046886	-0.13665
AFICIONES	-0.0021566	-0.12245
PROYECTOS	-0.0032524	-0.052796

KLOG 2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EG6)

Fichero: FILL03

E1

COEF. TERMINO CONFIA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.031319	-0.041883
EDAD	-0.0003371	-0.0089914
ESTUDIOS	-0.0065238	-0.20147
LAB.ACTUAL	-0.0018347	-0.058291
ECONOMIA	-1.545E-05	-0.021787
ALC.FAD.	0.0094448	0.022558
TPSID.PAD	0.0041535	0.019305
FAD-PAC	0.00051259	0.024661
NAD-PAC	-0.004520E	-0.066625
H.F.FISSION	0.021007	0.1629
H.FOLICIA	-0.001702	-0.14614
RELIGION	-0.0042552	-0.13665
CONFIA	0.018514	1
AFICIONES	0.0025069	0.029139
PROYECTOS	0.0020562	0.2411

KLOG 2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;27;28;29;30;31;32
SIGMA (EG6)

Fichero: FILL03

E1

COEF. TERMINO AFICIONES

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.28314	-0.19503
EDAD	0.01339	0.18323
ESTUDIOS	-0.010273	-0.12467
LAB.ACTUAL	0.008013	0.12785
ECONOMIA	-2.942E-05	-0.041511
ALC.FAD.	-0.017264	-0.10495
TPSID.PAD	-0.018346	-0.044649
FAD-PAC	0.010879	0.14924
NAD-PAC	-0.021012	-0.208
H.F.FISSION	0.046261	0.1916
H.FOLICIA	-0.0023033	-0.23457

COEF. PEGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.084271	-0.042765
EDUC	0.0019458	0.0289
ESTUDIOS	-0.0007302	-0.009492
LAB. ACTUAL	-0.0065801	-0.11352
ECONOMIA	-9.217E-05	-0.14064
ALC. PAD.	0.0052034	0.034207
TPSID. PAD	0.0034152	0.0087028
PAD-PAC	0.006662	0.077922
MAD-PAC	-0.017162	-0.1837
H. PREISION	-0.0032777	-0.014071
N. POLITICA	-5.461E-05	-0.0026117
RELIGION	-0.0032524	-0.032796
CONFA	0.008633	0.2411
AFICIONES	-0.0078765	-0.12172
PROYECTOS	0.059847	1

RLOG 2;3;4;5;6;10;11;12;13;17;20;24;30;31;32

RESULTADOS

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL02

11

VARIABLE	COEF. REGR.	REGRESION LOGISTICA - GRUPO		COEF. CORR.
		INF. (E1)	FI	
INDEPEN.	0.0825	1.7151	2.8251	0.004526
EDADHACHIS	0.07707	0.10611	0.5014	0
CONSUMIDFA	-1.8307	0.28745	2.4957	0
VIAI.DRG.	-1.0109	0.73866	2.1789	0.082623

RLOG 2;19;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL03

11

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

LN.P.MAX.VEROSIM. = -102.1892
RAZON VEROSIM. = 194.8764 q1 = 3 p = 0
SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

RLOG 2;19;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL03

11

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	R. PREDOMIN	R. INFERIOR	R. SUPERIOR	
			P. PRED. EST	P. PRED. EST
EDADHACHIS	1.6123	1.3095	1.9051	3.1350
CONSUMIDFA	0.15926	0.091780	0.27073	0.21055
VIAI.DRG.	0.19571	0.046223	0.05001	0.70170

RLOG 2;19;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL02

11

COEF. TERMINO INDEPENDIENTE

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	2.7615	1
EDADHACHIS	-0.16805	-0.09043
CONSUMIDFA	-0.17620	-0.36385
VIAI.DRG.	-0.01546	-0.32624

RLOG 2;19;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL02

11

COEF. TERMINO EDADHACHIS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.16205	-0.09043
EDADHACHIS	0.01173	1
CONSUMIDFA	0.0057219	-0.19180
VIAI.DRG.	-0.0092370	-0.11560

RLOG 2;19;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL02

11

COEF. TERMINO CONSUMIDFA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.17620	-0.36385
EDADHACHIS	0.0057219	0.19120
CONSUMIDFA	0.075778	1
VIAI.DRG.	0.051330	0.24595

RLOG 2;19;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL03

11

COEF. TERMINO VIAI.DRG.

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.01330	-0.32624
EDADHACHIS	-0.0092370	-0.11560
CONSUMIDFA	0.051330	0.24595
VIAI.DRG.	0.54606	1

RLOG 2;19;24;25

RESULTADOS

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

81

VARIABLE	COEF. REGR.	REGRESION LOGISTICA - GRUPO			COEF. EST.
		ERR. EST.	1	PR	
INDEFEN.	9.0017	2.7157	2.4225	0.01541	
CIGARROS	-3.3291	0.83957	3.9622	0.00007337	-2.9224
GR. ALC. DIA	-0.10232	0.37868	0.48147	0.62018	-0.17234
EDADHACHIS	0.24351	0.18821	1.2938	0.19572	0.58773
HACHISDIA	-2.9214	0.6117	4.7758	0	-2.5525
CONSUMOTRA	-1.4231	0.49471	2.8767	0.004019	-1.2179
VIA1.DRG.	-2.6257	1.1897	2.2071	0.027307	-0.54122

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

81

REGRESION LOGISTICA - GRUPO
LN.F. MAX. VEROSIM. = -28.9142
RAZON VEROSIM. = 301.4219 $q1 = b p = 0$
SIGNIFICATIVO ($p < 0.001$)

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

81

VARIABLE	REGRESION LOGISTICA - GRUPO			
	R. FREDDONIA	R. INFERIOR	R. SUPERIOR	R. FREDD. EST
CIGARROS	0.035827	0.0069112	0.18572	0.053268
GR. ALC. DIA	0.83333	0.39472	1.7505	0.84169
EDADHACHIS	1.2757	0.88217	1.8446	1.8003
HACHISDIA	0.053859	0.016239	0.17863	0.077687
CONSUMOTRA	0.24076	0.091377	0.63541	0.27584
VIA1.DRG.	0.072386	0.0070304	0.7453	0.58198

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

81

COEF. TERMINO INDEPENDIENTE

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	13.8066	1
CIGARROS	-1.438	-0.46096
GR. ALC. DIA	-0.20171	-0.15225
EDADHACHIS	-0.5305	-0.75217
HACHISDIA	-0.76429	-0.32653
CONSUMOTRA	-0.97307	-0.52125
VIA1.DRG.	-1.2301	-0.30089

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

81

COEF. TERMINO CIGARROS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-1.438	-0.46096
CIGARROS	0.70488	1
GR. ALC. DIA	-0.050349	-0.15837
EDADHACHIS	-0.0005163	-0.0082677
HACHISDIA	0.16613	0.32348
CONSUMOTRA	0.12544	0.20602
VIA1.DRG.	-0.12368	-0.12383

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

81

COEF. TERMINO GR. ALC. DIA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.20171	-0.14235
CIGARROS	-0.050349	-0.15837
GR. ALC. DIA	0.1434	1
EDADHACHIS	0.0011122	0.015605
HACHISDIA	-0.0082113	-0.025449
CONSUMOTRA	-0.024451	-0.13152

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO EDADHACHIS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.5302	-0.75017
CIGARROS	-0.0005163	-0.0032677
GR. ALC. DIA	0.0011122	0.015605
EDADHACHIS	0.035421	1
HACHISDIA	-0.0080118	-0.069592
CONSUMOTRA	0.030875	0.33161
VIAI.DRG.	-0.013	-0.05806

RESULTADOS

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO HACHISDIA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.76489	-0.33653
CIGARROS	0.16613	0.32348
GR. ALC. DIA	-0.0082113	-0.035449
EDADHACHIS	-0.0080118	-0.069592
HACHISDIA	0.37418	1
CONSUMOTRA	0.02652	0.087635
VIAI.DRG.	0.27149	0.37306

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO CONSUMOTRA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.97307	-0.52935
CIGARROS	0.12544	0.30202
GR. ALC. DIA	-0.024451	-0.13052
EDADHACHIS	0.030875	0.33161
HACHISDIA	0.02652	0.087635
CONSUMOTRA	0.24474	1
VIAI.DRG.	0.078976	0.13419

RLOG 2;14;18;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO VIAI.DRG.

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-1.3301	-0.30089
CIGARROS	-0.12368	-0.12383
GR. ALC. DIA	0.095085	0.19582
EDADHACHIS	-0.013	-0.05806
HACHISDIA	0.27149	0.37306
CONSUMOTRA	0.078976	0.13419
VIAI.DRG.	1.4153	1

RLOG 2;14;18;19;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

VARIABLE	COEF. REGR.	REGRESION LOGISTICA - GRUPO				COEF. EST.
		ERR. EST.	T	FR		
INDEFEN.	10.962	1.9641	5.5812	0	RESULTADOS	
CIGARROS	-2.6504	0.61332	4.3215	0	-2.234	
HACHISDIA	-2.9376	0.54779	5.3626	0	-2.5413	
CONSUMOTRA	-1.4813	0.41299	3.5867	0.00033497	-1.2584	
VIAJ.DRG.	-2.7854	1.1519	2.4182	0.015596	-0.59014	

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

REGRESION LOGISTICA - GRUPO
 LN.F.MAX.VEROSIM. = -35.0521
 RAZON VEROSIM. = 300.0364 g1 = 4 p = 0
 SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

VARIABLE	REGRESION LOGISTICA - GRUPO			
	R.PREDOMIN	R.INFERIOR	R.SUPERIOR	R.PRED. EST
CIGARROS	0.07068	0.021226	0.23496	0.09691
HACHISDIA	0.052994	0.018111	0.15307	0.078761
CONSUMOTRA	0.22735	0.10119	0.51078	0.2841
VIAJ.DRG.	0.061703	0.0064538	0.58992	0.52425

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

COEF. REGR.	COEF. TERMINO INDEPENDIENTE	
	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	3.8577	1
CIGARROS	-0.79458	-0.65961
HACHISDIA	-0.65165	-0.60567
CONSUMOTRA	-0.35448	-0.43701
VIAJ.DRG.	-1.4844	-0.65612

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

COEF. REGR.	COEF. TERMINO CIGARROS	
	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.79458	-0.65961
CIGARROS	0.37616	1
HACHISDIA	0.087107	0.25927
CONSUMOTRA	0.039455	0.15377
VIAJ.DRG.	-0.042007	-0.059461

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

COEF. REGR.	COEF. TERMINO HACHISDIA	
	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.65165	-0.60567
CIGARROS	0.087107	0.25927
HACHISDIA	0.30008	1
CONSUMOTRA	0.017147	0.075795
VIAJ.DRG.	0.25183	0.39911

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

COEF. REGR.	COEF. TERMINO CONSUMOTRA	
	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.35448	-0.43701
CIGARROS	0.039455	0.15377
HACHISDIA	0.017147	0.075795
CONSUMOTRA	0.17056	1
VIAJ.DRG.	0.13051	0.27434

RLOG 2;14;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

E1

COEF. REGR.	COEF. TERMINO VIAJ.DRG.	
	COVARIANZA	COEF. CORR.

CIGARETOS	-0.002007	-0.059461
HACHISDIA	0.25183	0.39911
CONSUMOTRA	0.13051	0.27434
VIAJ.ORG.	1.3268	1

RLOG 2;14;20;24;25

RESULTADOS

SIGMA (EGA)

Fichero: FILLI

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	COEF. REGR.	ERR. EST.	T	PK	COEF. EST.	RESULTADOS
INDEFEN.	6.1807	2.167	1.9516	0.050986	0	
CIGARROS	-2.64	0.6315	4.1805		0	-2.3248
EDADHACHIS	0.30802	0.17518	1.7583	0.076689		0.74206
HACHISDIA	-2.9384	0.58596	5.0147		0	-2.5421
CONSUMDTRA	-1.1913	0.43916	2.7128	0.0066728		-1.0121
VIA1.DRG.	-2.7858	1.1356	2.4332	0.01416		-0.59023

RLOG 2;14;19;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILLI

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

LN.F.MAX.VEROSIM. = -33.3915
 RAZON VEROSIM. = 303.3576 gl = 5 p = 0
 SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

RLOG 2;14;19;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILLI

REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	R.PREDOMIN	R.INFERIOR	R.SUPERIOR	R.FRED.EST
CIGARROS	0.071359	0.020697	0.24604	0.097803
EDADHACHIS	1.3607	0.96529	1.9182	2.1003
HACHISDIA	0.05295	0.016791	0.16697	0.072705
CONSUMDTRA	0.30382	0.12847	0.71821	0.36346
VIA1.DRG.	0.061677	0.0066599	0.57112	0.3542

RLOG 2;14;19;20;24;25

SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO INDEPENDIENTE

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	10.03	1
CIGARROS	-0.7156	-0.3578
EDADHACHIS	-0.43328	-0.78098
HACHISDIA	-0.51528	-0.27766
CONSUMOTRA	-0.68727	-0.49415
VIA1.DRG.	-1.259	-0.35006

RESULTADOS

RLOG 2;14;19;20;24;25
SIGMA (EGA)

Fichero: FILL1

B1

COEF. TERMINO CIGARROS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.7156	-0.3578
CIGARROS	0.3988	1
EDADHACHIS	-0.008484	-0.076692
HACHISDIA	0.10576	0.28582
CONSUMOTRA	0.030492	0.10995
VIA1.DRG.	-0.040791	-0.056879

RLOG 2;14;19;20;24;25

Fichero: FILL1

B1

SIGMA (EGA)

COEF. TERMINO EDADHACHIS

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.43328	-0.78098
CIGARROS	-0.008484	-0.076692
EDADHACHIS	0.030686	1
HACHISDIA	-0.014057	-0.13695
CONSUMOTRA	0.024807	0.32247
VIA1.DRG.	-0.012773	-0.064209

RLOG 2;14;19;20;24;25

Fichero: FILL1

B1

SIGMA (EGA)

COEF. TERMINO HACHISDIA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.51528	-0.27766
CIGARROS	0.10576	0.28582
EDADHACHIS	-0.014057	-0.13695
HACHISDIA	0.34325	1
CONSUMOTRA	0.0018151	0.0070538
VIA1.DRG.	0.27867	0.41878

RLOG 2;14;19;20;24;25

Fichero: FILL1

B1

SIGMA (EGA)

COEF. TERMINO CONSUMOTRA

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.68727	-0.49415
CIGARROS	0.030492	0.10995
EDADHACHIS	0.024807	0.32247
HACHISDIA	0.0018151	0.0070538
CONSUMOTRA	0.19286	1
VIA1.DRG.	0.1032	0.20693

RLOG 2;14;19;20;24;25

Fichero: FILL1

B1

SIGMA (EGA)

COEF. TERMINO VIA1.DRG.

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-1.259	-0.35006
CIGARROS	-0.040791	-0.056879
EDADHACHIS	-0.012773	-0.064209
HACHISDIA	0.27867	0.41878
CONSUMOTRA	0.1032	0.20693
VIA1.DRG.	1.2896	1

RLOG 2;14;19;20;24;25

SIGMA (EGA)

VARIABLE	COEF. REGR.	ERR. EST.	REGRESION LOGISTICA - GRUPO		COEF. (S)
			1	PR	
INDEFEN.	-1.1174	0.77814	1.4359	0.15108	
P.DIF.3MES	0.49834	0.58007	0.95822	0.33795	0.2316
VSG	-0.37925	0.11685	3.2155	0.0011728	RESULTADOS
GLOBAL	2.4858	0.55129	6.3237	0	1.7316
T.T.P.A	-0.61961	0.13334	4.6469	0	-2.3842

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
REGRESION LOGISTICA - GRUPO

LN.F.MAX.VEROSIM. = -59.6933

RAZON VEROSIM. = 241.05 g1 = 4 p = 0

SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	R. FREDDOMIN R. INFERIOR R. SUPERIOR R. PRED. EST			
P.DIF.3MES	1.646	0.59393	4.5616	1.2606
VSG	0.68438	0.54429	0.86053	0.12229
GLOBAL	32.6493	11.0829	96.182	5.6667
T.T.P.A	0.53816	0.41429	0.69889	0.092162

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1

COEF. TERMINO INDEPENDIENTE

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	0.60351	1
P.DIF.3MES	-0.29833	-0.73718
VSG	-0.026916	-0.29601
GLOBAL	-0.11671	-0.27209
T.T.P.A	-0.0037519	-0.03161

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1

COEF. TERMINO P.DIF.3MES

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.29833	-0.73718
P.DIF.3MES	0.27047	1
VSG	-0.0072085	-0.1252
GLOBAL	-0.04732e	-0.16512
T.T.P.A	0.0032227	0.047339

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1

COEF. TERMINO VSG

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.026916	-0.29601
P.DIF.3MES	-0.0072085	-0.1252
VSG	0.013255	1
GLOBAL	-0.0043892	-0.068141
T.T.P.A	0.00003983	0.0019757

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1

COEF. TERMINO GLOBAL

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.11671	-0.27209
P.DIF.3MES	-0.047336	-0.16512
VSG	-0.0043892	-0.068141
GLOBAL	0.30385	1
T.T.P.A	-0.022326	-0.32022

RLOG 2;33;38;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1

COEF. TERMINO T.T.P.A

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.0037519	-0.03161
P.DIF.3MES	0.0032227	0.047339

- 379 -

81

6108-1 -0.00622E -0.00000
1.1.F.A 0.017779 1
RLOG #:33,39;56,57

RESULTADOS

- 380 -

INDEFEN.	1.7091	1.0724	1.2594	0.11091	0.12799
P.DIF.3MES	0.26377	0.61399	0.42461	0.66748	-1.9121
VSG	-0.36247	0.16156	2.4193	0.01036	-10.7742
GPT	-0.071275	0.091717	3.2622	0.0010303	1.3760
GLOBAL	2.7666	0.6536	4.2329	0	-1.714
T.T.P.A	-0.44545	0.15214	2.9279	0.0034129	

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
REGRESION LOGISTICA - GRUPO

LN.F.MAX.VEROSIM. = -42.0708

RAZON VEROSIM. = 267.9772 $g1 = 5$ $p = 0$

SIGNIFICATIVO ($p < 0.001$)

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
REGRESION LOGISTICA - GRUPO

VARIABLE	R.PREDONIN	R.INFERIOR	R.SUPERIOR	R.PRED.EST
P.DIF.3MES	1.3018	0.39077	4.3369	1.1303
VSG	0.71001	0.53798	0.93705	0.14752
GPT	0.9312	0.8924	0.9717	2.8336-06
GLOBAL	15.9049	4.4175	57.2652	3.97
T.T.P.A	0.64053	0.47538	0.86307	0.18015

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	1.1951	1
P.DIF.3MES	-0.42832	-0.63813
VSG	-0.027621	-0.2431
GPT	-0.010806	-0.45515
GLOBAL	-0.18579	-0.26092
T.T.P.A	-0.010873	-0.065374

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
COEF. TERMINO INDEPENDIENTE

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.42832	-0.63813
P.DIF.3MES	0.27697	1
VSG	-0.016092	-0.18411
GPT	-0.000742	-0.055652
GLOBAL	-0.048032	-0.10474
T.T.P.A	0.016024	0.17155

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
COEF. TERMINO P.DIF.3MES

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.037621	-0.2431
P.DIF.3MES	-0.016002	-0.18411
VSG	0.020099	1
GPT	0.00031721	0.10318
GLOBAL	-0.0073163	-0.079076
T.T.P.A	-0.0037283	-0.17302

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
COEF. TERMINO VSG

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.010806	-0.45515
P.DIF.3MES	-0.000742	-0.055652
VSG	0.00031721	0.10318
GPT	0.00047163	1
GLOBAL	-0.0011281	-0.079473
T.T.P.A	-0.0004219	-0.12772

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
COEF. TERMINO GPT

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEFEN.	-0.010806	-0.45515
P.DIF.3MES	-0.000742	-0.055652
VSG	0.00031721	0.10318
GPT	0.00047163	1
GLOBAL	-0.0011281	-0.079473
T.T.P.A	-0.0004219	-0.12772

RLOG 2;33;39;48;56;57

SIGMA (EGA)

Fichero: CONTROL1
COEF. TERMINO GLOBAL

VSG	-0.0073163	-0.079076
GPT	-0.0011281	-0.079473
GLOBAL	0.4272	1
T.T.P.A	-0.016043	-0.16131

RLUG 2;33;38;48;56;57
SIGMA (EGA)

Archivo CONTROL
DEF. TERMINO 1.1.P.A
RESULTADOS

P1

COEF. REGR.	COVARIANZA	COEF. CORR.
INDEPEN.	-0.010873	-0.065374
P.DIF.3MES	0.016024	0.17155
VSG	-0.0037263	-0.17302
GPT	-0.0004219	-0.12772
GLOBAL	-0.016043	-0.16133
T.T.P.A	0.023147	1

RLUG 2;33;38;48;56;57

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas en el presente estudio, en relación a la población universo, (adictos a la heroína por vía parenteral, en edad de realizar el Servicio Militar), son las siguientes:

1.- En los ADVP el inicio de las prácticas sexuales se produce a una menor edad. Las relaciones heterosexuales son más precoces y promiscuas, con una mayor frecuencia de contactos con prostitutas realizados muy precozmente.

2.- Tanto el nivel de estudios como la adaptación escolar son inferiores en los adictos. La ausencia total de estudios se correlaciona con un mayor consumo de heroína.

3.- El perfil característico de la familia del ADVP es el siguiente:

- familia numerosa.
- frecuente ausencia de la figura paterna.
- nivel económico "bajo/medio-bajo".
- nivel educativo parental bajo.
- elevado consumo paterno de alcohol.
- consumo de drogas por otros integrantes del núcleo familiar.
- frecuentes antecedentes psiquiátricos, más incidentes en la madre del toxicómano.
- mala relación familiar entre padre y adicto y adicto y hermanos.

4.- En el ámbito laboral las circunstancias que mejor definen al ADVP son: la ausencia de un primer trabajo, la inestabilidad laboral, el paro y la insatisfacción con el trabajo realizado.

CONCLUSIONES

5.- La oferta de drogas ilegales con anterioridad al inicio del consumo ha sido superior en el grupo de adictos.

6.- El principal motivo para iniciar el consumo de drogas es la "curiosidad" y la "búsqueda de placer". Existe una presión externa importante, la que proviene del "ambiente" en el que habitualmente se mueven nuestros adictos.

7.- En opinión del adicto, un mayor conocimiento de los peligros derivados del consumo de drogas, no hubiera influido positivamente, en su posterior conducta.

8.- La primera droga legal consumida es el tabaco y la primera ilegal la cánnabis. El segundo lugar lo ocupan el alcohol y el LSD respectivamente.

9.- Una vez iniciado el consumo de tabaco y alcohol, este se mantiene en cantidades superiores al de la población general de igual edad.

10.- La bebida alcohólica más consumida es la cerveza. En segundo lugar se sitúan los destilados. El vino ocupa el último lugar.

11.- La vía de administración de la heroína empleada con mayor frecuencia al iniciar el consumo es la intravenosa, (65 %). El filtrado de la heroína es frecuente en este periodo (77 %), disminuyendo paulatinamente al aumentar el tiempo de consumo.

12.- Las jeringuillas de aguja fija son las preferidas al iniciar el consumo de heroína. Al aumentar el tiempo de consumo esta preferencia cambia a las jeringuillas de aguja independiente.

CONCLUSIONES

13.- La mayor frecuencia de reutilización de las jeringuillas aparece en los adictos con mayor tiempo de consumo de heroína.

14.- El disolvente de la heroína más empleado es el agua de grifo con unas gotas de limón. La cantidad media utilizada es de 0.26 cm^3 y 0.12 cm^3 , respectivamente.

15.- El fármaco empleado con mayor frecuencia en caso de no disponer de heroína es el flunitrazepan (67%). La principal vía de administración es la oral, (64%). La vía intravenosa es de elección en el 24 %.

16.- El consumo de heroína se correlaciona con las siguientes circunstancias: pérdida de amistades (65 %), ausencia de proyectos para el futuro (74 %), disminución en la práctica de las aficiones (74 %), y peor opinión de la sociedad, (82 %).

Aumenta también la degradación social de nuestros adictos, lo que se expresa en las tasas de criminalidad con la multiplicación por 7 en los índices delictivos a partir de su consumo.

17.- El consumo de heroína se asocia sistemáticamente al de otras drogas. La asociación más frecuente es con el tabaco (100 %) y la cannabis (88 %). También son elevadas las existentes con el alcohol (82 %), psicofármacos (73 %), y cocaína (38 %).

18.- Cada ADVP actúa como foco de difusión del consumo de drogas con una media de 18 personas por adicto.

19.- En contraposición a las creencias religiosas del grupo control: católicos practicantes y no practicantes (82 %), en los ADVP predominan los que no tienen ninguna creencia (42 %), los católicos no practicantes (41 %) y los ateos (8 %).

CONCLUSIONES

20.- Los antecedentes patológicos son más frecuentes en el grupo de adictos. Destaca la alta incidencia de los accidentes en general y de los de tráfico en particular.

21.- La presencia de tatuajes es muy frecuente (89 %), y prácticamente exclusiva del grupo de adictos. El primero suele practicarse en el transcurso del primer año de consumo de heroína. Su mayor número se correlaciona con los consumos más elevados.

22.- La presencia de anticuerpos anti - VIH se correlaciona con la mayor frecuencia de intercambio de los útiles de administración y con el elevado consumo de heroína: 421 mg/día en los adictos con anticuerpos frente a los 225 mg/día de los casos negativos.

23.- Las principales repercusiones en los parámetros bioquímicos estudiados son las derivadas de la peor alimentación, el elevado consumo de alcohol y la mayor frecuencia de hepatitis vírica.

24.- Los datos de identificación que mejor definen la pertenencia de un sujeto al grupo ADVP son, considerando los correspondientes coeficientes, los siguientes:

17 - 0.93 EDAD + 0.74 ESTUDIOS - 0.32 SITUACION LABORAL ACTUAL + 0.001 ECONOMIA + 1.64 ALCOHOL PADRE + 0.97 TPOPSIQ PADRE - 0.72 RELACION PADRE - PACIENTE + 0.46 RELACION MADRE - PACIENTE - 2.14 N^o PRISION - 0.06 N^o POLICIA + 0.53 RELIGION - 0.1 CONFIA EN + 1.4 AFICIONES + 0.02 PROYECTOS

CONCLUSIONES

De las variables incluidas en el estudio del consumo de drogas las que mejor definen la pertenencia al grupo ADVP son:

6.18 - 2.64 CIGARRILLOS + 0.30 EDAD HACHIS - 2.93 N^o
HACHIS - 1.19 CONSUMO OTRA DROGA - 2.78 VIA PRIMERA DROGA

Y por último, de las variables que recogen los antecedentes patológicos y los parámetros analíticos, las que mejor definen la pertenencia al grupo ADVP son las siguientes:

1.70 + 0.26 DIFERENCIA PESO - 0.34 VSG - 0.07 GPT + 2.76
HEPATITIS GLOBAL - 0.44 TIPA

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Czechowicz D. Adolescent Alcohol and Drug Abuse and Its Consequences- An Overview. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 14: 189-197.
- 2.- Nurco DN. Drug Addiction and Crime: a Complicated Issue. Br J Addict 1987; 82: 7 - 9.
- 3.- Erickson PG, Murray GF. Cannabis Criminals Revisited. Br J Addict 1986; 81: 81 - 85
- 4.- Anónimo. Report of the Conference of Ministers of Health on Narcotic and Psychotropic Drug Misuse, London 18 - 20 March 1986.
- 5.- Navarro J, Lorente S, Varo J, et al. El consumo de drogas en España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española. Madrid 1985
- 6.- Bukowski WJ, Smith JP. Estados Unidos de América: Situación actual de la educación en materia de drogas. En Edwards G. y Arif A.: Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas. O.M.S. Ginebra, 1981.
- 7.- EDIS. Drogodependencias. Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores. Madrid 1987.
- 8.- Cohen A. The "Urge to Classify": A review of Psychiatric Classification. II. Int J Addict 1984; 19: 335 - 353
- 9.- Egan DJ, Owen D. Models of a Heroin Epidemic. Am J Psychiatry 1979; 136: 1162 - 1167
- 10.- Repetto M. Conceptos y definiciones. En: Toxicomanías, conceptos y sustancias aditivas. Informes Técnicos nº 10. Cruz Roja Española. Madrid. 1987.

BIBLIOGRAFIA

- 11.- Kramer JF, Cameron DC. Manual de dependencias de las drogas. OMS, Ginebra 1975
- 12.- O.M.S. Memorandum: Nomenclature et classification des problèmes liés a la consommation de drogues et d'alcohol. Bull Org Mond Santé 60, 499- 520. 1982.
- 13.- O.M.S. Informe Técnico nº 273. Ginebra. 1964.
- 14.- Rounsaville BJ, Spitzer RL, Williams JBW. Proposed Changes in DSM-III Substance Use Disorders; Description and Rationale. Am J Psychiatry. 1986; 143: 463-468.
- 15.- DSM - III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition. American Psychiatric Association. Washington. 1980.
- 16.- Martínez Perez J, Gonzalez de Pablo A. Las drogas en la antigüedad. Historia 16. 1987; 133; 32 - 40
- 17.- Westermeyer J. The Pursuit of Intoxication; Our 100 Century - Old Romance with Psychoactive Substances. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 14: 175 - 187
- 18.- Carreras Roca M. Historiografía de las drogas. Historia de la Medicina. 1987; 145: 3 - 7
- 19.- Atienza JG. La huella de la droga en el mundo medieval. Historia 16. 1987; 133; 43 - 48
- 20.- Peset JL. (Historia de las drogas). Del Renacimiento a la Ilustración. Historia 16. 1987; 133; 49 - 64
- 21.- Bronet Sinovas JR. Opiáceos. En : Toxicomanías, Conceptos y Sustancias Aditivas. Informes Técnicos Nº 10. Cruz Roja Española. Madrid. 1987
- 22.- Anónimo. Toxicomanías. En: Síntesis Toxicológica. Warner-Chilcott Ed. Valencia 1967. pp 307- 337.
- 23.- Kramer JC. Opium Rampant: Medical Use, Misuse and Abuse in Britain and the West in the 17 th and 18 th Centuries. Br

BIBLIOGRAFIA

- J Addict 1984; 77: 377 - 389
- 24.- Alstaedner R. Investigación Cardiovascular Bayer. Tradición y Progreso. Bayer AG. Cologne 1985.
- 25.- Huertas R, García Alejo. Búsqueda de paraísos y evasión de realidades: la droga en el siglo XIX. En: Las Drogas. Historia, mito y tragedia. Historia 16. 1987; 133: 65 - 74
- 26.- Soler Insa PA, Opiáceos. En: Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. Freixa F, Soler Insa PA y col. Ed Fontanella. Barcelona 1981.
- 27.- Font Quer P. Plantas medicinales. El Dioscórides renovado. Ed. Labor. Barcelona. 1961.
- 28.- Soler Insa PA, San LL. Bases neurofisiológicas y bioquímicas de la dependencia de drogas. Patogenia y clínica del síndrome de abstinencia de opiáceos. En: Drogodependencias. "Un nuevo modelo de enfermedad". Instituto Municipal de Psiquiatría. Barcelona 1982.
- 29.- Blum K. Handbook of Abusable Drugs. Gardner Press. New York. 1984
- 30.- Zinberg NE, Jacobson R. The Natural History of "Chipping". Am J Psychiatry 1976; 133: 37 - 40
- 31.- Madden JS. Alcoholismo y Farmacodependencia. Ed El Manual Moderno. México. 1986
- 32.- Rams D. Breves consideraciones acerca del sistema ADME de la heroína. En: Muertes por heroína. Instituto Nacional de Toxicología. Madrid 1987
- 33.- García de la Fuente A, Ochaita C, Gomez Rodrigo J, et al. Problemática de la toxicomanía (ADVP) en un servicio de Medicina Interna. Medicine (Nº Ext) Jornadas de Actualización en Medicina Interna. 1987; 66-81.
- 34.- Falek A, Hollingsworth F. Heroin and Chromosome Damage. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 227 - 228

BIBLIOGRAFIA

- 35.- Jaffe JH. Opioid Dependence. En: Kaplan HL - Sadock BJ: Comprehensive Text of Psychiatry. 4a Ed. William - Wilkins. Baltimore. London. 1984.
- 36.- Pasternak G W. Multiple Morphine and Enkephalin Receptors and the Relief of Pain. JAMA. 1988; 259: 1362-1367.
- 37.- Beca D. La coca y la cocaína. En: Toxicomanías, conceptos y sustancias aditivas. Informes Técnicos nº 10. Cruz Roja Española. Madrid 1987
- 38.- Nahas G. Toxicomania por pasta de coca en Perú. Presse Med (ed esp) 1984; 3: 256 -259
- 39.- De Onís M de. Perfil clínico de la adicción a la cocaína. An Med Intern (Madrid) 1987; 12: 613 -619
- 40.- Domingo Soriano M. Complicaciones médicas por consumo de cocaína. Med Clin (Barc.) 1988; 90: 596
- 41.- Smart RG. "Crack" cocaine use in Canada: a new epidemic?. Am J Epidemiol. 1988; 127: 1315-1317.
- 42.- Post R, Kotin J, Goodwin F. The Effects of Cocaine on Depressed Patients. Am J psychiatry 1974; 131: 511 - 516
- 43.- Aronson TA, Craig TJ. Cocaine Precipitation of Panic Disorder. Am J Psychiatry 1986; 143: 643 - 645
- 44.- Gawin FH, Ellinwood EH. Cocaine and other stimulants. N Eng J Med 1988; 18: 1173 - 1182
- 45.- Rello J, Net A. Complicaciones médicas por consumo de cocaína. Med Clin (Barc.) 1987; 89: 694 - 697
- 46.- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Metodología y conclusiones del Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas en España. Publ. del Ministerio de Trabajo y S.S. Madrid 1985
- 47.- Garcia D. La droga como elemento cultural. Historia 16. 1987; 133: 75 -85.
- 48.- Carlson ET. Cannabis Indica in 19th - Century Psychiatry.

BIBLIOGRAFIA

Am J Psychiatry 1974; 131: 1004 - 1007

49.- Repetto M. Toxicología de la drogadicción. Ed. Diaz de Santos. Madrid 1985. pp 25 - 72

50.- Mikuriya TH, Aldrich MR. Cannabis 1988 Old Drug, New Dangers The Potency Question. J Psychoactive Drugs. 1988; 20: 47-55.

51.- Camí J. Farmacología de la cannabis. En: Toxicomanías, conceptos y sustancias aditivas. Informes Técnicos nº 10. Cruz Roja Española. Madrid. 1987.

52.- Harris LS. Cábnnabis: revisión de los progresos. En: Lipton MA: Psicofarmacología. Espax. Barcelona 1982. pp 1737-1747.

53.- Nahas G. Aspectos biomédicos del consumo de cánnabis. Boletín de Estupefacientes 1977; 29: 13 - 28

54.- Szymanski HV. Prolonged depersonalization after marijuana use. Am J Psychiatry 1981; 138: 231 - 233

55.- Meyer RE. Farmacología de la conducta de la marihuana. En: Lipton MA: Psicofarmacología. Ed. Espax. Barcelona 1982. pp 1821-1835

56.- Hollister LE. Marijuana and Immunity. Journal Psychoactive Drugs. 1988; 20: 3-8.

57.- Salzman C, Van der Kolk A Shader RI. Marijuana and Hostility in a Small - Group Setting. Am J Psychiatry 1976; 133: 1029 - 1032

58.- Plans P, Vaqué J. Prevalencia del consumo de cánnabis en una población joven. Med Clín (Barc.) 1986; 86: 697 - 698

59.- Page JB, Fletcher J, True WR. Psychosociocultural Perspectives on Chronic Cannabis Use: The Costa Rican Follow - up. J Psychoactive Drugs 1988; 20: 57- 65

60.- Palacios Sanchez JM. La droga en la antigüedad. M. M. 1990: 172; 4 - 7

BIBLIOGRAFIA

- 61.- Bronet Sinovas JR. Alucinógenos. En : Toxicomanías, Conceptos y Sustancias Aditivas. Informes Técnicos Nº 10. Cruz Roja Española. Madrid. 1987.
- 62.- Jaffe JM. Bases farmacológicas de la terapéutica. Ed Panamericana. 1982.
- 63.- Salleras Sanmartí L, Pardo AH, Sabaté CJ, et al. El tabaquismo una epidemia moderna. *Jano* 1983; 594: 36 - 39
- 64.- Salvador Llivina T, Marín DT, Gonzalez JQ, et al. Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Med Clin (Barc.)* 1988; 90:645 - 650
- 65.- Martínez Llamas A. Manual de Patología Tabáquica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Madrid. 1982
- 66.- Salleras Sanmartí L. El tabaquismo una epidemia de nuestro tiempo. En: El tabaquismo un problema actual. Ed. Zambón Barcelona. 1985
- 67.- Caballeria J. Determinantes genéticos del alcohol y aldehído - deshidrogenasa y metabolismo hepático del etanol. *Gastroenterología y Hepatología* 1985; 8: 319 - 321
- 68.- Parés A. Metabolismo del alcohol. *Jano* 1985; 657: 11 - 12
- 69.- Zucker RA, Hartford TC. National Study of the Demography of Adolescent Drinking Practices in 1980. *J Studies Alcohol* 1983; 44: 974 - 985
- 70.- Barocas JD. The Ultimate Stigma: Inadequate Funding for Research on Mental Illness and Addictive Disorders. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 838 - 839
- 71.- Freixa F. Abordaje y tratamiento de la enfermedad alcohólica. Generalitat de Catalunya. Barcelona 1988.
- 72.- Mello NK. Alcoholismo y farmacología del comportamiento del alcohol: 1967- 1977. En: Lipton MA: Psicofarmacología. Ed

BIBLIOGRAFIA

Espax. Barcelona 1982. pp 1801- 1805

73.- Hatsukami D, Pickens RW. Posttreatment Depression in an Alcohol and Drug Abuse Population. Am J Psychiatry. 1982; 139: 1563-1566.

74.- Rounsaville BJ, Weissman MM, Wilber CH, et al. Identifying Alcoholism in Treated Opiate Addicts. Am J Psychiatry 1983; 140: 764 - 766

75.- Anónimo. Complicaciones del abuso crónico de sustancias volátiles. Lancet (ed. esp) 1989; 1: 45

76.- Voukassovitch M. Inhalation de solvants chez les preadolescents. Neuropsychiatrie de l' Enfance. 1988; 36: 49-53

77.- Boon NA. La adicción a los solventes y el corazón. Br Med J (ed esp) 1987; II: 9 - 10

78.- Richard D. El niño que " snifa ". Tiempos Médicos. 1988; 372: 65- 67

79.- Ladero Quesada JM, Vargas E, Reyes N. Abuso de solventes e inhalantes: consecuencias orgánicas. Sandorama 1986 / IV : 5- 9

80.- Ron MA. Volatile Substance Abuse: A Review of Possible Long-Term Neurological, Intellectual and Psychiatric Sequelae. Brit J Psychiat. 1986; 148: 235-246.

81.- Plant MA, Peck DF, Duffy JC. Trends in the Use and Misuse of Alcohol and Other Psychoactive Drug in the United Kingdom: Some Perplexing Connections. Br J Addict. 1988; 83: 943-947.

82.- Abbelson PH. Death from heroin. Science 1970; 168: 1289

83.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Resumen Estadístico Enero-Julio 1988. Madrid Diciembre 1988.

84.- Botbol M, Angel P, Facy F, Isserlis C. Adolescents et inhalation volontaire de solvants volatils. Neuropsychiatrie

BIBLIOGRAFIA

de L'Enfance. 1988; 36: 87 - 96

85.- Allgulander C. History and Current Status of Sedative - Hypnotic Drug Use and Abuse. Acta Psychiatr Scand 1986; 73: 465 - 478

86.- Isacson D, Carejo K, Haglund B, et al. Psychotropic Drug Use in a Swedish Community- Patterns of Individual Use During 2 Years. Soc Sci Med 1988; 3: 263- 267.

87.- Isacson D, Haglund B. Psychotropic Drug Use in a Swedish Community. The - Importance of Demographic and Socioeconomic Factors. Soc Sci Med 1988; 4: 477- 483.

88.- Isacson D, Smedby B. Patterns of Psychotropic Drug Use in a Swedish Community. Scand J Prim Health Care 1988; 6: 51- 58.

89.- Toranzo I, Garcia LM, Bagan M. Utilización combinada de medicamentos: estudio sobre el consumidor. Med Clin (Barc.) 1987; 89: 235 - 239

90.- Gene J, Soler M, Blay C, et al. ¿Consumimos muchas benzodiazepinas? Med Clin (Barc.) 1987; 89: 240 - 243

91.- García Delgado R, Pita Calandre E. Valoración del consumo de psicofármacos en el ambiente extrahospitalario. An Psiquiatría (Madrid) 1990; 6: 114 - 117

92.- Owen RT, Tyrer P. Benzodiazepine Dependence. A Review of the Evidence. Drugs 1983; 25: 385 - 389

93.- Robertson JR, Skidmore CA, Roberts JK. Lancet (ed. esp) 1989; 1: 57-58

94.- Strang J. Abuse of Buprenorphine. Lancet 1985; 2: 725

95.- Vargas E. Buprenorfina: un caso de abuso. An Med Intern (Madrid) 1987; 4: 366

96.- San L, Tremoleda J, Ollé JM. Prevalencia del consumo de buprenorfina en heroinómanos en tratamiento. Med Clin (Barc.) 1989; 93: 645 - 648

BIBLIOGRAFIA

- 97.- Blom Y, Bondesson U, Gunne LM. Effects of Buprenorphine in Heroin Addicts. *Drug Alcohol Depend* 1987; 20: 1-7.
- 98.- Pardina C, Bonafont X. Anfetaminas: una química para la felicidad. *Confluencias*. 1987; 4: 41- 43
- 99.- Rodríguez - Martos A. Psicosis y Drogodependencias. En *Drogodependencias, un nuevo modelo de enfermedad*. Instituto Municipal de Psiquiatría. Ed. Sanofi. Barcelona 1982
- 100.- Edwards G, Arif A. Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1981.
- 101.- Freixa F. El fenómeno droga. Ed Salvat. Barcelona 1982.
- 102.- Soler Insa PA. Las nuevas ideologías y las drogas. *Jano* 1978; 310: 13 - 117
- 103.- Comas Arnau D. La sociedad de consumo y las drogas. *Historia* 16. 1987; 133: 86 - 95
- 104.- García Alvarez, Graña JL. Métodos de evaluación y tratamiento de datos en un Servicio Social de Atención y Reinserción del Drogodependiente. En: Ramos PF, et al. *Reinserción Social y Drogodependencias*. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social. Madrid. 1987.
- 105.- Kandel D. Stages in Adolescent Involvement in Drug Use. *Science* 1975; 190: 912 - 914
- 106.- Kandel DE, Faust R. Sequence and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use. *Arch Gen Psychiatr* 1975; 32: 923 - 932
- 107.- Benson G. Drug - Related Medical and Social Conditions in Military Conscripts. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70: 550 - 558
- 108.- Maddox JF, Hoppe SK, Costello RM. Psychoactive Substance Use Among Medical Students. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 187 - 191

BIBLIOGRAFIA

109.- Swadi H, Psych MRC. Drug and Substance Use Among 3,333 London Adolescents. Br J Addict. 1988; 83: 935-942.

110.- Dirección Regional de Sanidad de Cantabria. Análisis del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre los escolares. Santander 1987

111.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Los escolares y la salud. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid 1988

112.- Calafat A, Amengual M, Farres C, et al. Tipología de los consumidores y no consumidores de alcohol, tabaco y las drogas ilegales en Enseñanza Media. Drogalcohol 1986; 11: 3 -15

113.- Comunidad de Castilla y León. Boletín Epidemiológico. Tabaco, alcohol y drogas en la juventud rural de Castilla y León. 1988; Nº 55

114.- Calafat A, Amengual M, Mejías G, Borrás M. Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. Rev Esp Drogodep 1989; 14: 9 - 28.

115.- Queipo D, Alvarez FJ, Velasco A. Drug Consumption among University Students in Spain. Br J Addict 1988; 83: 91 - 98

116.- Fraser AA, Leighton KM. Characteristics of Attenders at a Scottish Drug Dependence Clinic. Brit J Psychiat 1984; 144: 307 - 310

117.- Des Jarlais DC, Uppal GS. Heroin activity in New York City, 1970 - 1978. J Drug Alcohol Abuse 1980; 7: 335 - 346

118.- Ryser PE. Sex differences in substance abuse: 1976 - 1979. Int J Addict 1983; 18: 71 - 87

119.- Smart RG, Murray GF, Arif A. Drug Abuse and Prevention Programs in 29 Countries. Int J Addict 1988; 1: 1- 17.

120.-Kandel DB, Adler I, Sudit M: The Epidemiology of Adolescent Drug Use In France and Israel. Am J Publ Hlth 1981; 71: 256 - 265. - Kandel DB. Drug and drinking behavior among youth. Ann Rev Soc 1980; 6: 235 - 285

BIBLIOGRAFIA

- 121.- Segal B. Intervention and Prevention of Drug - Taking Behavior: A Need for Divergent Approaches. Int J Addict 1986; 21: 165 - 173
- 122.- Rado Sandor. Narcotic Bondage. A general Theory of the dependence on narcotic drugs. Am J Psychiat 1957; 114: 165 - 170
- 123.- Khantzian EJ, Mack JF, Schatzberg AF. Heroin Use as an Attempt to Cope: Clinical Observations. Am J Psychiatry 1974; 131: 160 - 164
- 124.- Welte JW, Barnes GM. Alcohol: The gateway to other drug use among secondary- school students. J Youth Adolesc 1985; 14: 487 - 498
- 125.- Coombs RH, Fawzy FI, Gerber BE. Patterns of Cigarette, Alcohol, and Other Drug Use among Children and Adolescents: A Longitudinal Study. Int J Addict 1986; 8: 987- 913
- 126.- Bell DS, Champion RA. Deviancy, Delinquency and drug use. Br J Psychiatry 1979; 134: 269 - 276
- 127.- Olieveinstein C. La toxicomania. Ed Fundamentos. Madrid 1975
- 128.- Segal B. Psychological Aspects of Drug- Taking Behavior. Int J Addict 1983; 5: 611- 615.
- 129.- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H, et al. Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 162 - 166
130.- O.M.S.: Informe Técnico n° 516. Ginebra 1973.
- 130.- O.M.S. Informe Técnico n° 516. Ginebra 1973.
- 131.- Boudreau G. Toxicomanies autres que l'alcoholisme. 37396 A10 Enc Med Ch Psychiatry. Paris 1972
- 132.- Sheppard MA, Wright D, Goodstadt MS. Peer Pressure and Drug Use - Exploding The Myth. Adolescence 1985; 20: 949 -957

BIBLIOGRAFIA

- 133.- Khantzian EJ. The Self-medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus in Heroin and Cocaine Dependence. Am J Psychiatry . 1985; 142: 1259-1264.
- 134.- Frederick CJ, Resnik HLP. Is drug addiction suicidal behavior?. En: Scientific Proceedings in Summary Form. American Psychiatric Association. Washington DC. 1971
- 135.- Black FW. Personality Characteristics of Viet-Nam Veterans Identified as Heroin Abusers. Am J Psychiatry 1975; 132: 748 - 749
- 136.- Wingard JA, Huba GI, Bentler PM. A longitudinal analysis of personality structure and adolescent substance use. Personal Individ Diff 1980; 1: 259 - 272
- 137.- Weller RA, Halikas JA. Marijuana Use and Psychiatric Illness: A Follow - Up Study. Am J Psychiatry 1985; 142: 848 - 850
- 138.- Robins LN, Przybeck TR. Age of Onset of Drug Use as a Factor in Drug and Other Disorders. En: LaRue C, and Battjes RJ. Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention. N.I.D.A. Research Monograph N ° 56. Maryland 1985. pp 178 - 192
- 139.- Bergeret J. La personnalité du toxicomane. En Précis des Toxicomanies. Bergeret J, Leblanc J. Ed Masson Paris 1988.
- 140.- Grande TP, Wolf W, Schubert SP, et al. Associations among Alcoholism, Drug Abuse and antisocial personality: A Review of Literature. Psychological Reports. 1984; 55: 455 - 474
- 141.- Labouvie EW. Alcohol and Marijuana Use in Relation to Adolescent Stress. Int J Addict 1986; 3: 333- 345.
- 142.- Segal B, Cromer F, Hobfoll SS, Wasserman PZ. Patterns of Reason for Drug Use among Detained and Adjudicated Juveniles. Int J Addict 1982; 7: 1117- 1130
- 143.- Pervin LA. Affect and Addiction. Addict Behav. 1988; 13 :83-86.

BIBLIOGRAFIA

- 144.- Charles - Nicolas A. L'héroïnomanie et sa famille. Rev Prat 1987; 37: 1711 - 1714
- 145.- Huba GJ, Bentler PM. The Role of Peer and Adult Models for Drug Taking at Different Stages in Adolescence. J Youth Adolescence. 1980; 9: 449 - 465
- 146.- Kosten TR, Novak P, Kleber HD. Perceived Marital and Family Environment of Opiate Addicts. Am J Alcohol Abuse 1984; 10: 491 - 501
- 147.- Swadi H. Adolescent Drug Taking: Role of Family and Peers. Drug Alcohol Depend. 1988; 21: 157-160.
- 148.- Carbonell C, Rios B. Familia y Drogodependencia. Psicopatología 1984; 4:221 - 226
- 149.- Stanton MD, Tood TC. Structural Family Therapy with Drugs Addicts. In: The Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. Kaufman & Kaufman Ed. Gardner Press. New York. 1979.
- 150.- Gfroerer J. Correlation between Drug Use by Teenagers and Drug Use by Older Family Members. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 1-2: 95- 108.
- 151.- Huba GJ, Wingard JA, Bentler PM. Beggining Adolescent Drug Use and Peer and Adult Interaction Patterns. J Consulting Clinical Psychology 1979; 47: 265 - 276
- 152.- Lacy WB. The Influence of Attitudes and Current Friends on Drug Use Intentions. J Social Psychology. 1981; 113: 65 - 76
- 153.- Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and ethnicity: differential impact of peer and adult models. J Psychol 1986; 120: 83 - 95
- 154.- Johnson V. Adolescent Alcohol and Marijuana Use: A Longitudinal Assessment of a Social Learning Perspective. Am J Drug Alcohol Abuse. 1988 ; 14:419-439.
- 155.- McKirnan DI, Johnson T. Alcohol and Drug Use Among

BIBLIOGRAFIA

- "Street" Adolescents. *Addict Behav* 1986; 11: 201 - 205
- 156.- Comisión de Investigación del Problema de las Drogas en los Países de la Comunidad Europea. Informe sobre los resultados de la investigación. Documento A 2- 114-/86. Documentos de sesión. Parlamento Europeo. 1986- 87.
- 157.- Zitrin A, Hardesty AS, Burdock EU. Crime and violence among mental patient. *Am J Psychiatry* 1976; 133: 142 - 149
- 158.- Benson G, Holmberg MB. Drug - Related Criminality Among Young People. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70: 487 - 502
- 159.- Hammersley R, Morrison V. Effects of Polydrug Use on the Criminal Activities of Heroin- users. *Br J Addict* 1987; 82: 899- 906.
- 160.- Kandel DB, Davies M, Karus D, et al. The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug Involvement. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 746 - 754
- 161.- Elliot DS, Huizinga D. The Relationship Between Delinquent Behavior and ADM Problems. Youth Survey Project Report nº 28. Behavioral Research Institute. Boulder Colorado 1984
- 162.- Levine DG. "Needle Freaks": Compulsive self - injection by drug users. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 297 - 300
- 163.- Schubert D, Wolf AW, Patterson MB, et al. A Statistical Evaluation of the Literature Regarding the Associations Among Alcoholism, Drug Abuse, and Antisocial Personality Disorder. *Int J Addict* 1988; 8: 797- 808
- 164.- Patterson EW, Myers G, Gallant M. Patterns of Substance Use on a College Campus: a 14 Year Comparison Study. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1988 ; 14: 237- 246.
- 165.- Fraser AA, George M. Changing Trends in Drug Use: An Initial Follow- Up of a Local Heroin Using Community. *Br J Addict* 1988; 83: 655- 663.
- 166.- Stanton MD. Some overlooked Aspects of the Family and

BIBLIOGRAFIA

- Drug Abuse. In Ellis BG (Ed.): Drug Abuse From the Family Perspective. NIDA/DHHS Pub. No (ADM) 80 - 910. Washington, D.C. 1980.
- 167.- Svobodny LA. Biographical, Self- Concept and Educational Factors Among Chemically Dependent Adolescents. Adolescence. 1982; 17: 847 - 853
- 168.- Benson G. Course and Outcome of Drug Abuse in Military Conscripts. Acta Psychiatr Scand 1985; 71: 38- 47
- 169.- Kandel DB, Simcha - Fagan O, Davies M. Risk Factors for Delinquency and Illicit Drug use from Adolescence to Young adulthood. J Drug Issues 1986 b; 16: 67 -90
- 170.- Kandel DB Logan JA. Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood. I: Periods of Risk for Initiation, Continued Use, and Discontinuation. Am J Publ Hlth 1984; 74: 660 - 666
- 171.- Holmberg MB. Longitudinal Studies of Drug Abuse in a Fifteen-Year-Old Population. 4. Chronic Drug Abusers. Acta Psychiatr Scand 1985; 71: 201 - 203
- 172.- Holmberg MB. Longitudinal Studies of Drug Abuse in a Fifteen-Year-Old Population. 3 Hidden Drug Abuse. Acta Psychiatr Scand 1985; 71: 197 - 200
- 173.- Holmberg MB. Longitudinal Studies of Drug Abuse in a Fifteen-Year-Old Population. 2. Antecedents and Consequences. Acta Psychiatr Scand 1985; 71: 80 - 91.
- 174.- Cotrell D, Childs- Clarke A, Ghodse H. British Opiate Addicts; An 11 - Year Follow-Up. Br J Psychiatry 1985; 146: 448 - 450
- 175.- Gordon AM. Drugs and Delinquency. A Ten Year Follow - Up of Drug Clinic Patients. Br J Psychiatry 1983; 142: 169 - 173
- 176.- Simpson DD, Joe JW, Lehman WEK, Sells SB. Addiction careers: Etiology, Treatment, and 12 - Year Follow - Up Outcomes. J Drug Issues 1986; 16: 107 - 121

BIBLIOGRAFIA

- 177.- Haastrup S, Jepsen PW. Eleven Year Follow - Up of 300 Young Opioid Addicts. Acta Psychiatr Scand 1988; 77: 22 - 26
- 178.- Greene MH, Dupont RL. Heroin Addiction Trends. Am J Psychiatry 1974; 131: 545 - 550
- 179.- Zulema Larripa. Contra la Droga. Salud Entre Todos. 1988; 36: 8
- 180.- Richman A. Prevention of Alcohol-Related Problems. Introduction to a Symposium. Drug Alcohol Dependence. 1987; 20: 9-11.
- 181.- Perry CHL, Jessor R. The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse. Health Education Quarterly 1985; 12: 169 - 184
- 182.- Smart RG, Jarvis GK. Do Self - Report Studies of Drug Use Really Give Dependable Results?. Canadian J Criminology 1981 b; January: 3 - 12
- 183.- Yamaguchi K, Kandel DB. Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood; III Predictors of Progression. Amer J Publ Hlth 1984; 74: 673 - 681
- 184.- Torres Hernandez MA, Llopis JJ. Estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas y su aplicación a la prevención entre escolares. Adicciones 1989; 1: 37 - 48
- 185.- Facy F, Philippe A, Verron M. L'héroïnomanie: impact social et économique. Rev Prat 1987; 29: 1703 - 1709
- 186.- Cordier B, Petit M. Héroïnomanie, aspects médicale - légaux. Rev Prat 1987; 37: 1717 - 1721
- 187.- Velloso A. Drogas y escuela en el Reino Unido. Comunidad y Drogas. 1988; 8: 47 - 55
- 188.- Sullivan AP, Guglielmo R. The Practice of Prevention in the New York City Public Schools. Int J Addict 1986; 11: 1145-1155
- 189.- Anónimo. Organizaciones Internacionales relacionadas con

BIBLIOGRAFIA

- las Drogas. Comunidad y Drogas 1988; 9: 113 - 119
- 190.- Stevenson RC. Las ventajas de la legalización de la heroína. Lancet (ed esp) 1987; 10: 283 - 284
- 191.- Szasz TS. SIDA y drogas: balance de riesgos y beneficios. Lancet (ed esp) 1988; 12: 72
- 192.- Lipsedge MS, Cook CC. La prescripción para los drogadictos. Lancet (ed. esp) 1987; 4: 306-307
- 193.- De la Loma A, García S, Ramos P, et al. Información y comportamientos en relación al SIDA en poblaciones de alto riesgo. Anales de Medicina. Academia de Ciencias de Cataluña y Baleares. 1988; 2: 35
- 194.- Rexed B, Edmonson K, Khan I, et al. Normas para la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotropas. En el marco de los tratados internacionales. O.M.S. Ginebra. 1984.
- 195.- Perry CHL. Results of Prevention Programs with Adolescents. Drug Alcohol Dependence. 1987; 20: 13-19.
- 196.- Forney PD, Forney MA, Ripley WK. Alcohol and Adolescents. Knowledge, Attitudes, and Behavior. J Adolescent Health Care 1988; 9: 194 - 202
- 197.- Simpson HM, III. Community - Based Approaches to highway Safety: Health Promotion and Drinking - driving. Drug Alcohol Depend. 1987; 20: 27 - 37
- 198.- Skirrow J, II. Influencing Adolescent Life Style: The Role of Mass Media. Drug Alcohol Dependence. 1987; 20: 21-26.
- 199.- Brower KJ, Anglin MD. Adolescent Cocaine Use: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. J Drug Education 1987; 17: 163-180.
- 200.- Nahas G. Conclusion. Drogue et homeostasie cerebrale. En: Nahas G et Trouvé R. Toxicomanie. Pharmacodépendance. Ed. Masson. Paris 1988

BIBLIOGRAFIA

- 201.- Obiols J, et al. Nuestra experiencia en el tratamiento de heroínómanos. Actas del IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias. Ministerio de Sanidad 1980: 91 - 134
- 202.- Jiménez JL, Fé A, Herrero M, et al. Alteraciones analítico - inmunológicas en pacientes ADVP pertenecientes al contingente anual. II Symposium Nacional de Sanidad Militar, Valencia 1986. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Tomo I: 52 - 54
- 203.- Dembo R, Blount WR, Schmeidler J, Burgos W. Methodological and Substantive Issues Involved in Using The Concept of Risk in Research Into the Etiology of Drug Use Among Adolescents. J Drug Issues 1985; Fall: 538 - 551
- 204.- Einstein S. The Ecology of Drug Use: Considerations for Intervention Planning. Int J Addict 1985; 20: 1443 - 1449
- 205.- Benson G, Holmberg MB. Validity of Questionnaires in Population Studies on Drug Use. Acta Psychiatr Scand 1985; 71: 9-18.
- 206.- Magura S, Godlsmith D, Casriel C, Goldstein PJ, Lipton DS. The validity of Methadone clients' self - reported drug use. Int J Addict 1987; 22: 727 - 749
- 207.- Barnea Z, Rahav G, Teichman M. The reliability and Consistence of Self- reports on Substance Use in a Longitudinal Study. Br J Addict 1987; 82: 891- 898.
- 208.- Parker H, Newcombe R, Bakx K. The New Heroin Users: prevalence and characteristics in Wirral, Merseyside. Br J Addict 1987; 82: 147- 157
- 209.- Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. A 2.5-Year Follow-up of Cocaine Use Among Treated Opioid Addicts. Have Our Treatments Helped?. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44:281-284.
- 210.- Díez M, Caballero L, Muñoz PE. Estudio descriptivo de los drogodependientes que iniciaron tratamiento en los centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985 - 86. Comunidad y Drogas 1988; 9: 9 -

BIBLIOGRAFIA

26

211.- Judson BA, Goldstein A, Inturrisi CE, Methadyl Acetate (LAAM) in the Treatment of Heroin Addicts. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 834 - 840

212.- Ramsey M. Reflections on Training Programs for Female Drug Abusers. Contemporary Drug Problems, Summer 1980 ; 217 - 225

213.- Tunving K. Fatal outcome in drug addiction. Acta Psychiatr Scand 1988; 77: 551 - 566

214.- Altenkirch H, Kindermann W. Inhalant Abuse and Heroin Addiction: A Comparative Study on 574 Opiate Addicts with and without a History of Sniffing. Addictive Behaviors 1986; 11: 93 - 104

215.- Cabezón JI, Cruchaga RW, Zaldivar S, et al. Psicoterapia grupal breve de orientación transaccional - guesdtática en jóvenes heroínómanos. Aspectos psicopatológicos. Psicopatología 1986; 6: 59 - 63

216.- Zulaica D, Zapirain E, Gaminde E, et al. Estudio epidemiológico de los heroínómanos ingresados en los dos hospitales públicos de Guipuzcoa durante el periodo 1979 - 84. An Med Intern (Madrid) 1985 (nº extraord.) Junio: 45

217.- Herrero Sotillo ME. Pacientes heroínómanos y demanda de tratamiento específico: Perfil diferencial de dos subpoblaciones de adictos. Tesis Doctoral U. A. Madrid. 1987

218.- Luna Rodrigo G, Alonso MI, Perez JL, et al. Estudio prospectivo de patología orgánica en ADVP en Salamanca. An Med Intern (Madrid) 1988 (supl nº 1): 48

219.- Aguilar E, Guix J, Sanchez A, et al. Alteraciones en las poblaciones y subpoblaciones linfocitarias en adictos a drogas por via parenteral con anticuerpos frente al HIV. An Med Intern (Madrid) 1988; 5: 61 - 65

220.- Vargas A, Cuellar de Dios, Cornejo RA, et al. La personalidad del heroínómano. Psicopatología 1984; 4: 39 - 47

BIBLIOGRAFIA

- 221.- Lligoffa A, Gual A, Bach L. Heroínómanos en el hospital. La otra historia interminable. Adicciones. 1989; 1: 23 - 27
- 222.- Brigos B, Camí J, Sanchez - Carbonell J. Disminuye la incidencia de heroínómanos en España. Med Clin (Barc.) 1988; 11: 435 - 436
- 223.- Sanchez - Carbonell J, Brigos B, Camí J. Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento Med Clin (Barc.) 1989; 92: 135 - 139
- 224.- Taylor SD, Wilbur M, Osnos R. The Wives of Drug Addicts. Am J Psychiatry 1966; 5: 585- 591
- 225.- Kosten TR, Jalali B, Steidl JH, et al. Relationship of Marital Structure and Interactions to Opiate Abuse Relapse. Am J Drug Alcohol Abuse. 1987 b; 13: 387-399.
- 226.- Anglin MD, Kao CF, Harlow LL. Similarity of Behavior within Addict Couples. Part I. Methodology and Narcotics Patterns. Int J Addict 1987 a; 6: 497- 524.
- 227.- Anglin MD, Booth MW, Kao ChF, et al. Similarity of Behavior within Addict Couples. Part II. Addiction- Related Variables. Int J Addict 1987 b; 7: 583- 607.
- 228.- Zacune J, Hensman C. Drug, Alcohol and Tobacco in Britain. William Heinemann Medical Books L. 1ª Ed. Londres 1971
- 229.- Ling W, Blakis M, Holmes ED, et al. Restabilization With Methadone After Methadryl Acetate Maintenance. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 194 - 196
- 230.- Bransby ER, Curley G, Kotulanka M. A study of Patients notified by Hospitals as addicted to Drugs: Second Report. Health Trends 1973; 5: 17 - 20
- 231.- Rounsaville BJ, Weissman MM, Wilber CH, et al. Pathways to Opiate Addiction: An Evaluation of Differing Antecedents. Brit J Psychiat 1982; 141: 437 - 446

BIBLIOGRAFIA

232.- Hser YI, Anglin MD, McGlothlin W. Sex Differences in Addict Careers. 1. Initiation of Use. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 1-2: 33- 57.

233.- Pascual I, De Juanes JR, Ortiz C, et al. Estudio epidemiológico en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) de marcadores de virus de la hepatitis B (VHB), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Treponema pallidum, asistidos en consulta externa. Rev Esp Microbiol Clin 1988; 3: 24 - 29

234.- De la Serna de Pedro I, Chinchilla Moreno A. Toxicomanías: Estudio clínico epidemiológico de un grupo de adictos a las llamadas drogas duras. Actas Luso - Esp Neurol Psiquiatr. 1982; 10: 301 - 302

235.- Martínez RM, Martín L. Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid. Comunidad y Drogas 1987; 5/6: 39 - 62

236.- Novick DM, Senie RT, Kreek MJ, et al. Clinical and Demographic Features of Patients Admitted to a New Chemical Dependency Program in New York City. Drug Alcohol Depend. 1987; 20: 271- 278.

237.- Gaona Cartolano JM. Estudio sociodemográfico de una población de heroínómanos incluidos en un programa de metadona. Tesis Doctoral. Madrid. 1988.

238.- Kosten TR, Rounsaville BJ, Kleber HD. A 2.5 - Year Follow - up of Depression, Life Crisis, and Treatment Effects on Abstinence Among Opioid Addicts. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 733- 738

239.- Newcomb MD, Maddahian E, Skager R, Bentler PM. Substance Abuse and Psychosocial Risk Factors among Teenagers: Association with Sex, Age, Ethnicity, and Type of School. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 4: 413- 433.

240.- Tizón J, Atxotegi J, San José J. La migración como factor de riesgo psicosocial y somático. Jano 1988; 816: 1829 - 1835

241.- Barr HL, Cohen A. Abusers of Alcohol and Narcotics: who

BIBLIOGRAFIA

- are they?. Int J Addict 1987; 6: 525- 541
- 242.- Revuelta Bravo A, Jiménez Filloy JL. Estudio del consumo de drogas en 150 jóvenes con edades entre 18 y 25 años. Phronesis. 1989; 10: 193 - 197.
- 243.- Pritchard C, Diamond I, Fielding M, et al. Drug Misuse and Truancy in Normal 4th and 5th Year Comprehensive Schoolchildren. Maladjustment and Therapeutic Education. 1987; 5: 2-16.
- 244.- Jacobs AM, Ghodse AH. Delinquency and Regular Solvent Abuse: an Unfavourable Combination? Br J Addict 1988; 83: 965- 968
- 245.- Sanlorien A, Valls X. La influencia del paro en la salud. Jano 1988; 816: 1839 - 1848
- 246.- Ghodse AH. Analysis of Epidemiological Data on Agonist-Antagonist Analgesics. Drug Alcohol Depend 1987 b; 20: 375-383.
- 247.- Clayton RR, Voss HL. Young Man and Drug in Manhattan. A Causal Analysis. N.I.D.A. Research Monograph N° 39. Maryland 1981. pp: 129 - 158
- 248.- Diamond ID, Pritchard C, Choudry N. The Incidence of Drug and Solvent Misuse among Southern English Normal Comprehensive Schoolchildren. Public Health. 1988; 102: 107 - 114.
- 249.- Smart RG, Blair NL. Drug Use and Drug Problems among Teenagers in a Household Sample. Drug Alcoh Depend. 1980; 5: 171 - 179
- 250.- Baumrid D. Familial Antecedents of Adolescent Drug Use: a Developmental. En: LaRue C, and Battjes RJ. Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention. N.I.D.A. Research Monograph N ° 56. Maryland 1985. pp 13 - 44
- 251.- Needle R, McCubbin H, Wilson M, et al. Interpersonal Influences in Adolescent Drug Use- The Role of Older Siblings, Parents, and Peers. Int J Addict 1986; 7: 739- 766

BIBLIOGRAFIA

- 252.- Savage Ch. Sex and Heroin. Am J Psychiatry 1980; 137: 951 - 952
- 253.- Schwartzman J. The Addict, Abstinence and the Family. Am J Psychiatry 1975; 2: 154- 157
- 254.- Mendelson JH, Mello NK, Ellingsboe J. Efectos del alcohol sobre las hormonas gonadales de la pituitaria, la función sexual y la agresividad en los hombres. En Lipton MA.: Psicofarmacología. Espax. Barcelona 1982. pp 1879 - 1881
- 255.- Mirin SM, Meyer RE, Mendelson JH, et al. Opiate Use and Sexual Function. Am J Psychiatry 1980; 137: 909 - 915
- 256.- Kaplan HS. La nueva terapia sexual (I). Ed Alianza. Madrid 1984.
- 257.- Cocores JA, Miller NS, Carter Pottash A, et al. Sexual Dysfunction in Abusers of Cocaine and Alcohol. Am J Drug Alcohol Abuse. 1988; 14: 169- 173.
- 258.- Ratliff KG, Burkhart BR. Sex Differences in Motivations for and Effects of Drinking among College Students. J Stud Alcohol 1984; 45: 26 - 31
- 259.- Lex BW, Palmieri SL, Mello NK, et al. Alcohol Use, Marihuana Smoking, and Sexual Activity in Women. Alcohol 1988; 5: 21 - 25
- 260.- Goedert JJ. What is safe sex?. Suggested standards linked to testing for human immunodeficiency virus. N Engl J Med 1987; 316: 1339 - 1341
- 261.- Smith GL, Smith K. Ausencia de infección por el VIH y utilización de preservativos en prostitutas legalizadas. Lancet (ed esp) 1987; 4: 300- 301
- 262.- Lluch J, Salvador L, Martí - Tusquets, Cirera E. Conducta sexual en pacientes afectos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Med Clin (Barc.). 1989; 92: 637 - 638

BIBLIOGRAFIA

- 263.- Mann J, Quinn TC, Piot P. Condom Use and VIH Infection Among Prostitutes in Zaire. N Engl J Med 1985; 316: 345
- 264.- Gomberoff M, Castro E, Gomberoff L, et al. Estudio sobre conducta sexual masturbatoria en un grupo de adolescentes. Rev Med Chil 1972; 100: 1206 - 1213
- 265.- Malo de Molina C, Valls JM, Perez A. La conducta sexual de los españoles. Ed. Grupo Zeta. Barcelona 1988
- 266.- Zarraga JI. El ocaso del machismo. Cambio 16; 6 Julio 1987 : 14 - 22
- 267.- Kojak G, Canby JP. Personality and Behavior Patterns of Heroin - Dependent American Servicemen in Thailand. Am J Psychiatry 1975; 132: 246 - 250
- 268.- Hartnoll RL, Mitcheson MC, Battersby A, et al. Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 877 - 884
- 269.- Alonso Fernandez F. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Tomo II. 3ª Edición. Ed. Paz Montalvo, Madrid. 1977.
- 270.- Abreijon JA. Familia y droga. En: Droga y Menores. Consejo Superior de Protección de Menores. Ministerio de Justicia 1984.
- 271.- Gonzalez Marin E, Repercusión Psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos. Rev Esp Drogodep 1988; 13: 307 - 312
- 272.- Gordon AM. Drugs and Delinquency. Br J Psychiatry 1978; 132: 21- 26
- 273.- Cloe L, Dukes J, Harbin H. Familie Ties of Heroin Addicts. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 889 - 894
- 274.- Jaffe P, Wolfe D, Kaye S, et al. Family Violence and Child Adjustement; A Comparative Analysis of Girl's and Boy's Behavioral Symptoms. Am J Psychiatry 1986; 143: 75 - 76
- 275.- Vella G. Droga y relaciones familiares. Rev Depto

BIBLIOGRAFIA

- Psiquiatria Facultad de Med. Barna. 1985; 12; 7 - E: 427 - 439
- 276.- Rodriguez M, Sanz MR. La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico. Comunidad y Drogas 1987; 1: 87 - 103
- 277.- Torres MA. Uso y abuso de drogas entre estudiantes de bachillerato de la provincia de Valencia. Rev Psiquiatria y Psicología Médica 1987; 18: 23 - 33
- 278.- Vega Fuente A. Experiencia Educativa: "Delincuencia y Droga". en: Droga y Menores. Consejo Superior de Protección de Menores. Ministerio de Justicia. 1984.
- 279.- Weissman MM, Slobetz F, Prusoff B, et al. Clinical Depression Among Narcotic Addicts Maintained on Methadone in the Community. Am J Psychiatry 1976; 133: 1434 - 1438
- 280.- Westermeyer J. Opium Smoking in Laos: A Survey of 40 Addicts. Am J Psychiatry 1974; 131: 165 - 170
- 281.- Sorensen JL, Hargreaves WA, Wiernberg JA. Withdrawal From Heroin in Three or Six Weeks. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 167 - 171
- 282.- Bale RN, Van Stone WW, Kuldau JM, et al. Therapeutic Communities vs Methadone Maintenance. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 179 - 192
- 283.- Blanquez MP. Consumo de alcohol y cánnabis en los escolares de BUP y Formación Profesional. Psicopatología (Madrid) 1987; 7: 527 - 533
- 284.- Freixa F, Masferrer J, Sala LL. Urgencias en drogodependientes. Ed Sandoz. Madrid. 1986
- 285.- Johnston LD. The Etiology and Prevention of Substance Use: What Can We Learn From Recent Historical Changes?. En: LaRue C. and Battjes RJ.: Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention. N.I.D.A. Research Monograph N° 56. Maryland. 1985. pp 155 - 177
- 286.- Rounsaville BJ, Weissman MM. Diagnosis and Symptoms of Depression in Opiate Addicts. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:

BIBLIOGRAFIA

151 - 156

287.- Dembo R, Dertke M, Schmeidler J, Washburn M. Prevalence, Correlates and Consequences of Alcohol and Other Drug Use Among Youths in a Juvenile Detention Center. Journal Prison - Jail Health. 1986; 97 - 127

288.- Freixa F. Observaciones sobre el opio y la heroína. Jano 1975

289.- Navarro J. La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral. Comunidad y Drogas 1988; 7: 9 - 30

290.- Rouse BA, Ewing JA. Marijuana and Other Drug Use by Women College Students: Associated Risk Tanking and Coping Activities. Am J Psychiatry 1973; 130: 486 - 490

291.- Johnston LD, O'Malley PM. Why do the nation's students use drugs and alcohol?. Self reported reason from nine national surveys. J Drug Issues 1986; 16: 29 - 66

292.- Marcos AC, Johnson RE. Cultural Patterns and Causal Processes in Adolescent Drug Use: the case of Greeks versus Americans. Int J Addict 1988; 6: 545- 572

293.- Huges SE, Dodder RA. Alcohol Consuption Patterns among American Indian and white college students. J Stud Alcohol 1984; 45: 433 - 439

294.- Goldstein MS, Surber M, Wilner DM. Outcome Evaluations in Substance Abuse: A Comparison of Alcoholism, Drug Abuse, and Other Mental Health Intervention. Int J Addict 1984; 5: 479- 502

295.- Rodríguez Marín, Reig A, Ribera D, et al. Conductas, opiniones y actitudes sobre el consumo de drogas en la población escolar de la ciudad de Alicante. En Boix J. Rodríguez J, y Vives TS: Problemática Jurídica y Psicosocial de las Drogas. Generalitat Valenciana. Valencia 1987

296.- Hamburg BA, Kraemer HC, Jahnke W. Hierarchy of Drug Use in Adolescence: Behavioral and Attitudinal Correlates of Substantial Drug Use. Am J Psychiatry 1975; 132: 1155 - 1163

BIBLIOGRAFIA

- 297.- Tabacalera S.A. Estudio sobre el consumo de tabaco en España. Actualidad Tabaquera nº 180. Febrero 1979. Cit. por Salleras Sanmartí 1985.
- 298.- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Encuesta Nacional sobre el consumo de tabaco. Boletín Epidemiológico Semanal Nº 1502. 1978.
- 299.- Salleras Sanmartí L, Pardell HA, Villalbí JR, et al. Epidemiología del tabaquismo en la población adulta de Catalunya. I. Prevalencia del hábito. Med Clín (Barc.) 1985; 85: 525 - 528
- 300.- Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social: Encuesta sobre drogodependencias. Barcelona 1986.
- 301.- Sigma Dos. Prevalencia actual del tabaquismo. Consulta 1988; 427: 6 - 7
- 302.- Orrantía I, Fraile A. Droga en la escuela. Centro Coordinador de las Drogodependencias. Gobierno Vasco. Bilbao 1984.
- 303.- Mendoza R. Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. Comunidad y Drogas 1987; 5/6 83 - 102
- 304.- Villalbí JR, Salleras L, Pardell H. Epidemiología del tabaquismo en la población adulta de Catalunya. II. Factores actitudinales. Med Clín (Barc.) 1985; 85: 529 - 532
- 305.- Smith R. The Relation between Consumption and Damage. Br Med J 1981; 283: 895-898.
- 306.- Forney PD, Forney MA, Ripley WK. Profile of An Adolescent Problem Drinker. J Fam Pract 1988; 1: 65-70.
- 307.- Donovan JE, Jessor R. Problem Drinking and the Dimension of Involvement with Drugs: A Guttman Scalogram Analysis of Adolescent Drug Use. Am J Publ Hlth 1983; 73: 543 - 552
- 308.- Bagnall G, Plant M. Adolescent Drinking. Br J Addict

1987 82: 829- 830

309.- Garcia Mas MP, Valdeón E. Estudio del consumo de productos cannábicos entre escolares. *Psicopatología* 1982; 2: 229 - 250

310.- Gili Miner M, Giner J, Lacalle J, et al. Análisis de los resultados de una encuesta de prevalencia sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la provincia de Sevilla. *An Psiquiatría* 1988; 4: 39 - 44

311.- Maletzky BM, Klotter J. Smoking and Alcoholism. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 445 - 447

312.- Simpson DD. Pretreatment Drug Use by Patients Entering Drug Treatment Programs During 1971 - 1973. *J Drug Education* 1976; 6: 53 - 71

313.- Marsh A, Dobbs J, White A. Adolescent Drinking. HMSO. London 1986.

314.- Heatcote J, Taylor K. Immunity and Nutrition in Heroin Addicts. *Drug Alcohol Dependence* 1981; 8: 245 - 255

315.- Carlson BR, Davis JL. Demographic variables and recreational substance use among college students. *J Drug Education*. 1988; 18: 71-79.

316.- Smith TE, Koob J, Wirtz T. Ecology of Adolescent's Marijuana Abuse. *Int J Addict* 1985; 20: 1421 - 1428

317.- Johnson RE, Marcos AC. Correlates of Adolescent Drug Use by Gender and Geographic Location. *Am J Drug Alcohol Abuse* 14: 51 - 63

318.- Humphrey JA, Stephens V, Allen DF. Race, Sex, Marijuana Use and Alcohol Intoxication in College Students. *J Stud Alcohol* 1983; 44: 733 - 738

319.- Wagstaff A, Maynard A. Date Note - 5. The Consumption of Illicit Drugs in the U.K. *Brit J Addict* 1986; 81: 691 - 696

320.- Plans P, Vaqué J, Ardanza MA, et al. Cannabis

BIBLIOGRAFIA

- consumption in Catalonia, Spain. Br J Addict 1988; 83: 448
- 321.- Cortés J, Povo J, Plaza JA, et al. Consumo de cánnabis en una población joven en periodo de Servicio Militar. Libro de Resúmenes de Comunicaciones de la V Reunión de investigación del H. M. "Gomez Ulla". Madrid 1989
- 322.- Roig A, Heimann C, Part T, Perez R. Frecuencia del uso colectivo de jeringas entre drogodependientes por vía intravenosa. Med Clin (Barc.) 1987; 1: 48 - 51
- 323.- Orango F. Uso y abuso de benzodiazepinas en la República Federal Alemana. Psicopatología 1984; 4: 157 - 176
- 324.- Oliá JP. Héroïne. Pour la pratique on retiendra. Rev Prat 1987; 37: 1747 - 1749
- 325.- Busto U, Sellar EM, Naranjo CA, et al. Patterns of Benzodiazepine Abuse and Dependence. Br J Addict 1986; 81: 87 - 94
- 326.- Lahmeyer HW, Craig RJ. Pentazocine - Naloxone: Another "Addiction- Proof " Drug of Abuse. Int J Addict 1987; 11: 1163-1166.
- 327.- O'Connor JJ, Psych MRC, Moloney E, et al. Buprenorphine Abuse among Opiate Addicts. Br J Addict. 1988; 83: 1085-1087.
- 328.- Chitwood DD. Patterns and consequences of cocaine use. En Cocaine use in America: Epidemiologic and Clinical Perspectives. NIDA. Research Monograph 61. Washington. 1985
- 329.- Kosten TR, Gawin FH, Rounsaville BJ, et al. Cocaine Abuse among Opioid Addicts: Demographic and Diagnostic Factors in treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 1986 b; 16: 1 - 16
- 330.- Wille R. Drug Addiction in the Federal Republic of Germany: problems and responses. Brithish J Addictions 1987; 82: 849 - 856
- 331.- Raskin White H. Longitudinal Patterns of Cocaine Use among Adolescents. Am J Drug Alcohol Abuse 1988;1: 1- 15.

BIBLIOGRAFIA

- 332.- Huba GJ, Wingard JA, Bentler PM. Frame - Work for an Interactive Theory of Drug Use with Reference to Adolescence. In: Theories on Drug Abuse. NIDA. Rockville. Maryland. 1981
- 333.- Mills CJ, Noyes HL. Patterns and Correlates of Initial and Subsequent Drug Use among Adolescents. J Consult Clin Psychol 1984; 52: 231 - 243
- 334.- Gossop MR, Griffiths P, Strang J. Chasing the Dragon: Characteristics of Heroin Chasers. Br J Addict. 1988; 83: 1159- 1162.
- 335.- Auzépy Ph. Avant-propos. Heroïnomanie. Rev Prat 1987; 29: 1689 - 1690
- 336.- Wijngaart van de GF. Heroin use in The Netherlands. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 1; 125 - 136
- 337.- Shaw B, et al. The Structure of Depression in Heroin Addicts. Brit J Addiction 1976; 65: 295 - 303
- 338.- Luna G, Alonso MI, Perez JL, et al. Estudio prospectivo de patología orgánica en ADVP en Salamanca. An Med Intern (Madrid) 1988 (supl 1): 48
- 339.- Pujadas R, Escrivá E, Jané J. Causa, facilitación o accidente: las endocarditis polimicrobianas por Haemophilus y Streptococcus viridans. Med Clin (Barc.) 1984; 84: 253
- 340.- Edwards G. British Policies on Opiate Addiction: Ten years Working of the Revised Response, and Options for the Future. Brit J Psychiatry 1979; 134: 1 - 13
- 341.- Angle BP, Hadley TR, Odum U. The Heroin Addict's View of Personal Change During Methadone Maintenance Treatment. Brit J Addiction 1979; 74: 208 - 210
- 342.- Woddy Ge, Luborsky L, McLellan T, et al. Propoxyphene for Maintenance Treatment Of Narcotic Addiction. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 898 - 900
- 343.- Black JL, Dolan MP, DeFord HA, et al. Sharing of Needles

BIBLIOGRAFIA

among Users of Intravenous Drugs. N Engl J Med 1986; 314: 446 - 447

344.- Castro MA, Pedreira JD, De Miguel J, et al. Aspectos epidemiológicos de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad Gallega. Med Clin (Barc.) 1988; 91: 406 - 408

345.- Espinoza P, Bouchard I, Buffet C, et al. High prevalence of infection by hepatitis B virus and HIV in French drug addicts in jail. Gastroenterol Clin Biol 1987; 11: 288 - 292

346.- Steadman HJ, Coccozza JJ, Evans M. Explaining the Increase Arrest Rate among Mental Patients: The Changing Clientele of State Hospitals. Am J Psychiatry 1978; 135: 816 - 820

347.- Fauman MA, Beverly J. Violence Associated with Phencyclidine Abuse. Am J Psychiatry 1979; 136: 1584 - 1586

348.- Wiepert GD, D'Orban PT, Bewley TH. Delinquency by Opiate Addicts Treated at Two London Clinics. Brit J Psychiatry 1979; 134: 14 - 23

349.- Kraus J. Juvenile Drug Abuse and Delinquency: Some Differential Associations. Br J Psychiatry 1981; 139: 422 - 430

350.- Bennet T, Wright R. The Impact of Prescribing on the Crimes of Opioid Users. Br J Addict 1986; 81: 265 - 273

351.- Hammersley R, Morrison V. Crime Amongst Heroin, Alcohol and Cannabis Users. Med Law 1988; 7: 185 - 193

352.- Hammersley R. Drug Addiction and Crime. Br J Addict 1988; 83: 445 - 446

353.- Abel EL. Drugs and homicide in Erie County, New York. Int J Addict 1987; 2: 195- 200

354.- Mott J, Rathod NH. Heroin Misuse and Delinquency in a New Town. Br J Psychiatry 1976; 128: 428 - 435

BIBLIOGRAFIA

- 355.- Gossop MR, Roy A. Hostility, Crime and Drug Dependence. Br J Psychiatry 1977; 130: 272 - 278
- 356.- Gossop MR, Roy A. Hostility in Drug Dependent Individuals: Its Relation to Specific Drugs, and Oral or Intravenous Use. Br J Psychiatry 1976; 128: 188 - 193
- 357.- Simond JF, Kashani J. Drug Abuse and Criminal Behavior in Delinquent Boys Committed to a Training School. Am J Psychiatry 1979; 136: 1444 - 1448
- 358.- Herjanic M, Henn FA, Vanderpearl RH. Forensic Psychiatry: Female Offenders. Am J Psychiatry 1977; 134: 556 - 558
- 359.- Krampen G, Von Eye A. Generalized Expectations of Drug - Delinquents, Other Delinquents, and a Control Sample. Addictive Behaviors 1984; 9: 421 - 423
- 360.- Nurco DN, Ball JC, Shaffer JW, et al. The Criminality of Narcotic Addicts. J Nerv Ment Dis. 1985; 173: 94 - 103
- 361.- Stimson G, Osborne A. A Survey of representative sample off Additcs prescribed Heroin at London Clinics. Bull Narcot 1970; 22: 13- 16
- 362.- Comisionado de la Droga de Andalucia. Consejeria de Salud. Sevilla 1988.
- 363.- Magura S, Goldsmith D, Casriel C, Goldstein PJ, Lipton DS. The Validity of Methadone Clients' Self - Reported Drug Use. Int J Addict. 1987; 22: 727 - 749
- 364.- Roe AV, Howell RJ, Payne IR. Comparison of Prison Inmates with and without Juvenile Records. Psychological Reports 1974; 34: 1315 - 1319
- 365.- Merrick J. Addicted Mothers and their Children: A Case for Coordinated Welfare Services. Child: Care, Healt and Development. 1985; 11: 159 - 169
- 366.- Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de Psiquiatria. Ed. Masson. Barcelona 1989.

BIBLIOGRAFIA

- 367.- Durán de Vargas LE, Sobrino M, Gonzalez - Meneses A, et al. Enuresis nocturna en niños con situación de maltrato. Acta Pediátrica Española 1988; 46: 106 - 110
- 368.- Talenti M, Leiva P, Rosal M. Marcadores serológicos para la hepatitis B, virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis en drogadictos. Enf Inf y Microbiol Clin 1989; 7: 76
- 369.- Castro MA, Pedreira JD, De Miguel J Sánchez Mozo. Infección por el virus de la hepatitis delta en la población adicta a drogas por vía parenteral. Gastroenterología y Hepatología 1989; 12: 288- 291
- 370.- Aguilar E, Guix J, Àmple I, et al. Recuentos celulares sanguíneos en adictos a drogas por vía parenteral. Sangre 1987; 4: 409- 415.
- 371.- Parés A, Caballería J, Rodamilans M, et al. Consumo de alcohol y accidentes en Barcelona. Estudio epidemiológico. Med Clin (Barc.) 1988; 90: 759 - 762
- 372.- Sutton LR. The Effects of Alcohol, Marihuana and their Combination on Driving Ability. J Stud Alcohol 1983; 44: 438 - 445
- 373.- Barr HL, Antes D, Ottenberg DJ, et al. Mortality of Treated Alcoholics and Drug Addicts: The Benefits of Abstinence. J Stud Alcohol 1984; 45: 440 - 452
- 374.- Gonzalez Lahoz JM, Gutierrez MT, Polo R, et al. Prevalencia de anticuerpos contra el HTLV - III en la población de riesgo de Madrid. Estudio clínico y frecuencia de marcadores virológicos. Rev Clin Esp 1987; 180: 416 - 419
- 375.- García San Cornelio M. Algunas generalidades sobre el tatuaje y las drogodependencias. Psicopatología 1987; 7: 73 - 80
- 376.- Bennahum DA, Albuquerque NM. Tattoos of heroin addicts in New Mexico. Rocky Mountain Medical Journal. 1971; September: 63 - 66

BIBLIOGRAFIA

- 377.- Buhrich N, Morris G. Significance of tattoos in male psychiatric patients. Australian New Zeland J Psychiatry 1982; 16: 185 - 189
- 378.- Anónimo. Prisoners' Health. Br Med J 1975 ; 1: 232- 233
- 379.- Harrison MA, Ndash ND. Hepatitis B from tattooing. Lancet 1980: 644
- 380.- Doll DC. Tattooing in prison and HIV infection. Lancet 1988; 9: 66 - 67
- 381.- Cardellach F, Feliu E. Efectos del alcohol sobre las células de la sangre. Jano 1985; 657: 41 - 46
- 382.- Savage D, Lindenbaum J. Anemia in alcoholics. Medicine. 1986; 5 : 322- 338
- 383.- Miller BD, Nakah A. Evaluation of Laboratory Abnormalities in an Addict Population: A Patient Profile. Drug Dependence and Alcoholism. Vol I (biomedical Issues). Edited By Schecter AJ. Plenum Press. New York. 1981.
- 384.- Dello P, Ceriello A, Pasariello N, et al. Haemoglobin A1 in Addicts. Ann Intern Med 1982; 96: 536
- 385.- Sapira JD. The Narcotic Addict as a Medical Patient. Am J Med. 1968; 45: 555
- 386.- Outerriño JJ, Sanchez I, Outerriño J, et al. Significación hematológica de la macrocitosis eritrocitaria: análisis prospectivo de 105 casos sucesivamente estudiados. Sangre 1989; 34: 32 - 40
- 387.- Wu A, Chanarin I, Levi AJ. Macrocytosis of chronic alcoholism. Lancet 1974; 1: 829 - 831
- 388.- Ericksen J, Staun - Olsen P, Thomsen AC. Gamma - glutamil transpeptidasa, aspartato amino transferasa y volumen corpuscular medio como indicadores de consumo alcohólico en hepatopatías. Scand J Gastroenterol 1984; 19: 813 - 819
- 389.- Humbert M, Vilalta J, Tressella J, et al. Detección del

BIBLIOGRAFIA

alcoholismo en el hospital general. Instrumentos psicométricos y biológicos. Med Clin (Barc.) 1987; 88: 670 - 673

390.- Brown SM, Stimmel B, Taub RM, et al. Immunologic Dysfunction in Heroin Addicts. Arch Intern Med 1974; 134: 1001 - 1006

391.- Besalduch J, Sanchis J, Miralles E, et al. Alteraciones inmunitarias de los adictos a drogas intravenosas en relación con el contacto con el virus HTLV III/ LAV. Med Clin (Barc.) 1987; 88: 715 - 718

392.- Aguilar E, Guix J, Alberola V, et al. Alteraciones de la inmunidad en adictos a drogas por vía parenteral. Med Clin (Barc.) 1986; 87: 477 -478

393.- Aguilar E, Guix J, Benet I, et al. Púrpura trombopénica asociada a infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Análisis de 24 casos. Med Clin (Barc.) 1989; 92: 641 - 645

394.- Latorre X, Cuturi C, Miró JM, et al. Alteración de las subpoblaciones linfocitarias (cociente T4/T8) en adictos a drogas por vía parenteral. Enf Infec Microbiol Clin 1985; 3: 91 - 92

395.- Arnalich F, Monereo A, Arribas JR, et al. Valoración del metabolismo hidrocarbonado en el drogadicto. An Med Intern (Madrid) 1989; 6: 174 - 176

396.- Asensi V, Cartón JA, Fernandez- León A, et al. Inmunidad y drogadicción: situación inmunológica en relación a la droga, infección por HTLV- III y otras infecciones asociadas. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 105- 109

397.- McKeever UM, O'Mahoney C, Lawlor E, et al. Monocitosis: una característica de la hepatopatía alcohólica. Lancet (ed. esp) 1984; 4: 370 - 371

398.- Olmos JM, García JD, Martínez J, et al. Transtornos funcionales del monocito en los heroínómanos. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 701- 704

399.- Bowen DL, Lane HC, Fauci AS. Immunopathogenesis of the

BIBLIOGRAFIA

acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 103: 704 - 709

400.- Jong PCM, Wesdorp RIC, Volovics A, et al. The value of objective measurements to select patients who are malnourished. *Clinical Nutrition* 1985; 4: 61 - 66

401.- Tuten MB, Wogt S, Dasse F, et al. Utilization of prealbumin as a Nutritional Parameter. *JPEN* 1985; 6: 709 - 711

402.- Rothschild MA, Oratz M, Schreiber SS. Albumin metabolism. *Gastroenterology* 1973; 64: 324 - 337

403.- Chopra S, Briffin PH. Laboratory tests and diagnostic procedures in evaluation of liver disease. *Am J Med* 1985; 79: 221 - 230

404.- Mendenhall CL, Anderson S, Weesner RE, et al. Protein-calorie malnutrition associated with alcoholic hepatitis. *Am J Med* 1984; 76: 211 -222

405.- Altés J., Dolz C., Obrador A. et al. Prevalence of Protein- Energy Malnutrition in heroin addicts hospitalized for Detoxication. *J Clin Nutr Gastroenterol* 1988; 3: 55 - 58.

406.- Arnalich F, Cuesta MV, Monereo A, et al. Alteraciones de la hemostasia en el drogadicto. *Med Clin (Barc.)* 1988; 91: 725- 727

407.- Terés J. *Semiología general del alcoholismo*. Jano 1985; 657: 8

408.- Rodriguez JJ, Fueyo R, Braga S, et al. Lipoproteínas plasmáticas en jóvenes adultos con hábitos alcohólicos y tabáquicos. *Med Clin (Barc.)* 1985; 84: 682- 684

409.- Coward WA, Withehead RG. Changes in serum B-lipoproteins concentration during the development of kwashiorkor and in recovery. *Br J Nutr* 1972; 27: 383 - 394

410.- Bleicher G, Pasty N, Robin P, et al. Signification de la cholesterolemie au cours des bilans nutritionnels. Actualizaciones en Medicina Intensiva. Granada. Abril 1983: 351

BIBLIOGRAFIA

- 411.- Roth D, Alarcon FJ, Fernandez JA, et al. Acute rhabdomyolysis associated with cocaine intoxication. *N Engl J Med* 1988; 319: 673 - 677
- 412.- Guillaumet J, Altés J, Perez JA, Velasco J. Rabdomiolisis y abuso de drogas. *Med Clin (Barc.)* 1987; 88: 258
- 413.- Ruiz - Torres A. Elevación de la CPK sérica. *Tiempos Médicos (j)* 1982; 16: 48 - 50
- 414.- Reid RL, Yen SCC. Beta - endorphin stimulates the secretion of insulin and glucagon in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 1981; 52: 592 - 594
- 415.- Bortolotti F, Bertaggia A, Cadrobbi P, et al. Epidemiological Aspects of Acute Viral Hepatitis in Drug Abusers. *Infection* 1982; 10: 277 - 279
- 416.- Rodriguez M, Suarez A, Riestra S, Rodrigo L. Evolución de las hepatitis agudas B y B + D. *Med Clin (Barc.)* 1989; 93: 757 - 758
- 417.- Whitehead TP, Clarke CA, Whitefield AGW. Biochemical and haematological markers of alcohol intake. *Lancet* 1978; 1: 978 - 981
- 418.- Weill J, Schellenberg F, Le Goff Am, et al. The decrease of low gamma glutamil transferase during short - term abstinence. *Alcohol* 1988; 5: 1 - 3
- 419.- Bruguera M, Caballeria J, Sanchez - Tapias JM, et al. Infección por el virus de la hepatitis B en drogadictos asintomáticos. *Enfermedades Infecciosas* 1983; 1: 24 - 27
- 420.- Tor J, Muga R, Argelagues E. Enfermedad hepática en drogadictos del área de Barcelona. *An Med Intern (Madrid)* 1985 (nº extraord.) Junio: 50
- 421.- Silverman BA, Rubenstein A. Serum lactate dehydrogenase levels in adults and children with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and AIDS- related complex. *Am J Med* 1985; 78:

BIBLIOGRAFIA

728 - 736

- 422.- Maayan S, Jainchil MS, Backenroth R, et al. Cell - Mediated Immunity in Drug Abusers: Evaluation and Comparison of Two Assessment Methods. Focus on A.I.D.S. A Clinical Appraisal. (S. P.). Merieux Institute. 1984
- 423.- Mannhalter JW, Wolf HM, Pum M, et al. Identification of Individuals at Increase Risk for AIDS among Clinically Asymptomatic Homosexual and Abusers of Intravenous Drugs. Immunological Investigations. 1988; 17: 147 - 157.
- 424.- Asensi V, Navia- Osorio JM, Fernandez F, et al. Prevalencia de infección por HTLV - III y alteraciones de la inmunidad en heroinómanos. An Med Intern (Madrid) 1985 (nº extraord.) Junio: 48
- 425.- Carballo E, Torre JA, Bernardez MI. Prevalencia de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y por virus de la hepatitis B (VHB) en distintos grupos de riesgo. An Med Intern (Madrid) 1988; (supl II): 5
- 426.- Podzamczar D, Buendía E, Mestre M, et al. Alteraciones de las subpoblaciones linfocitarias en drogadictos hospitalizados. Med Clin (Barc.) 1985; 85: 360 - 363
- 427.- Gutierrez M, Romero MS, Callén L, et al. Alteraciones inmunológicas y citoquímicas en grupos de riesgo para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y en portadores de anticuerpos antiviral de la inmunodeficiencia humana sintomáticos y asintomáticos. Estudio multivariante. Med Clin (Barc.) 1987; 89: 544 - 548
- 428.- Jurado R, Kindelan JM, Cantero P, Garcia M. Inmunoglobulinas séricas y virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin (Barc.) 1988; 91: 237 238
- 429.- Chandra RK. Immunocompetence in undernutrition. J Pediatr 1972; 6: 1194 - 1200
- 430.- Chandra RK. Nutrition, immunity, and infection: present knowledge and future directions. Lancet 1983: 688 - 691

BIBLIOGRAFIA

- 431.- Orangio GR, Della Latta P, Marino C, et al. Infections in parenteral drug abusers. Further immunologic studies. *Am J Surg* 1983; 146: 738 - 741
- 432.- Arribas JM, Asensi V, Perez R, et al. Prevalencia de infección por HTLV - III y alteraciones de la inmunidad en heroínómanos. *Rev Clin Esp* 1985; 177: 123 - 126
- 433.- Mikhailidis DP, Jenkins WJ, Barradas MA, et al. Platelet function defects in chronic alcoholism. *Br Med J* 1986; 293: 715 - 718
- 434.- Arai M, Okuno F, Nagata S, et al. Disfunción plaquetaria y alteración en el metabolismo de las prostaglandinas después del consumo crónico de alcohol. *Scand J Gastroenter* 1987; 5: 21 - 28
- 435.- Moss RA, Okum DB. Heroin - Induced Thrombocytopenia. *Arch Intern Med* 1979; 139: 752 - 754
- 436.- Curull V, Vilaseca J, Arnau JM. Trombocitopenia asociada a la administración intravenosa de heroína. *Med Clin (Barc.)* 1983; 81: 500
- 437.- Karparkin S, Nardi MA. Immunologic Thrombocytopenic purpura in human immunodeficiency virus - seropositive patient with hemophilia. Compari with patients with classic autoimmune thrombocytopenic purpura, homosexuals with thrombocytopenia, and narcotic addicts with thrombocytopenic. *J Lab Clin Med* 1988; 111: 441 - 448
- 438.- Gastearena J, Orue MT, Hernandez MC, et al. A propósito de dos nuevos casos de trombocitopenia asociados al consumo de heroína. *Med Clin (Barc.)* 1984; 82: 424
- 439.- Munar M, Antich JL, Vidal R, et al. Trombocitopenia grave y heroína intravenosa *Med Clin (Barc.)* 1985; 85: 253
- 440.- Fuzibet JG, Pesce A, Cassuto JP, et al. Thrombopénie auto - immune chez les héroïnomanes avec hépatopathie chronique et serologie anti - HTLV 3 positive. *Presse Médicale* 1986; 15: 258 - 259

BIBLIOGRAFIA

- 441.- Savona S, Nardi MA, Lennette ET, et al. Thrombocytopenic purpura in narcotic addicts. *Ann Intern Med* 1985; 103: 737 - 741
- 442.- Stricker RB, Abrams DI, Corash L, et al. Target platelet antigen in homosexual men with immune thrombocytopenia. *N Eng J Med* 1985; 313: 1375 - 1380
- 443.- Leaf A, Laubenstein L, Raphael B, et al. Thrombotic thrombocytopenic purpura associated with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection. *Ann Intern Med* 1988; 108: 194 -197.
- 444.- Cohen AJ, Philips TM, Kessler CM, Circulating Coagulation Inhibitors in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann Intern Med* 1986; 104: 175 - 180
- 445.- Knapp S, Mandell AJ. Narcotic drugs: effects on the serotonin biosynthetic systems of the brain. *Science* 1972; 177: 1209 - 1211
- 446.- Khantzian EJ, McKenna GJ. Acute toxic and withdrawal reactions associated with drug use and abuse. *Ann Intern Med* 1979; 90: 361 - 372
- 447.- Ramsey RG, Gunnar RM, Tobin JR. Endocarditis in the drug addict. *Am J Cardiol* 1970; 25: 608 - 618
- 448.- Alex CG, Gross NJ. Could that respiratory problem be due to substance abuse. *J Respir Dis* 1986; 3: 21- 30.
- 449.- Vassalt T, Pezzano M. Les complications medicales de l'heroinomanie. *Rev Prat* 1987; 37: 1729 - 1734
- 450.- Miro JM, Zamora I, Gatell JM. Complicaciones infecciosas de la adicción a drogas por via parenteral. *Enf Infecc Microbiol Clín* 1983; 1: 227 - 242
- 451.- Grupo de Trabajo para el Estudio de Infecciones en Drogadictos. Estudio multicéntrico retrospectivo de la prevalencia de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por via parenteral en España. *Enf Inf y Microbiol Clín* 1984; 2: 53 - 56

BIBLIOGRAFIA

- 452.- Grupo de Trabajo para el Estudio de Infecciones en Drogadictos. Estudio multicéntrico de la incidencia de complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España (1977 - 1984) *Enf Inf y Microbiol Clin* 1985; 3: 186 - 190
- 453.- Grupo de Trabajo para el Estudio de Infecciones en Drogadictos. Estudio multicéntrico de las complicaciones en adictos a drogas por vía parenteral en España: Análisis de 4653 casos. (1977 - 1985). *Enf Inf y Microbiol Clin* 1986; 4: 202- 206
- 454.- 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 6.481 casos (1977 - 1986). *Enf Inf y Microbiol Clin* 1988; 6: 483- 487.
- 455.- 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 Inf y Microbiol Clin* 1990; 8: 514- 519.
- 456.- Scheidegger C, Zimmerli W. Infectious complications in drug addicts: seven year review of 269 hospitalized narcotic abusers in Switzerland. *Rev Infect Dis* 1989; 11: 486 - 493
- 457.- Mosley J. Hepatitis types B and no B. Epidemiologic background. *JAMA* 1975; 233: 967 - 969
- 458.- Raimondo G, Smedile A, Gallo L, et al. Multicenter study of prevalence of HVB associated infection and liver disease in drug addicts. *Lancet* 1982; 1: 249 - 251
- 459.- Bruguera M. Hepatitis en drogadictos. *Med Clin (Barc.)* 1984; 82: 21 - 24
- 460.- Vargas V, Buti M, Hernandez- Sanchez JM, et al. Prevalencia de los anticuerpos contra el virus de la hepatitis A en la población general. Estudio comparativo 1977 - 1985. *Med Clin (Barc.)* 1987; 88: 144 - 146

BIBLIOGRAFIA

- 461.- Pons F, Romero C, de Lope R, García San Miguel. Epidemiología serología y clínica de la hepatitis A. Gastroenterología y Hepatología 1987; 10 (supl 1): 1- 8
- 462.- Lwmon SM. Hepatitis viral tipo A. N Engl J Med 1985; 313: 1059 - 1067
- 463.- Shine D, Moll B, Emerson E, et al. Serologic, Immunologic, and Clinical Features of Parenteral Drug Users from contrasting Population. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 4: 401 -412
- 464.- Buti M, Esteban R, Rodrigo JM, et al. Infección por el agente delta en hepatitis. Med Clin (Barc.) 1985; 84: 727 - 729
- 465.- Scheutz F, Skinhoj P, Mark I. Viral hepatitis among parenteral drug addicts attending a Danish addiction clinic. Scan J Infect Dis 1983; 15: 139 - 143
- 466.- Sherlock S. Viral Hepatitis. Digestive Diseases and Sciences. 1986; 31: 122s - 133s
- 467.- Weller SD, Cohn D, Sierralta M, et al. Clinical, biochemical, serological histologic and ultraestructural feature of liver diseases in drug abusers. GUT 1984; 25: 417 - 423.
- 468.- Ashraf SJ, Arya SC, Arendrup M, et al. Frecuencias of hepatitis B, Delta and HTLV - III virus markers in Saudi Arabia. Liver 1986; 6: 73 - 77.
- 469.- Moreno C, Povo J, Del Pozo M, et al. Prevalencia de antígeno de superficie de la hepatitis B y Anticuerpos anti virus de la inmunodeficiencia humana en donantes de sangre de las Fuerzas Armadas. Med Mil 1987; 43: 232 - 234.
- 470.- Lever AML. Treatment of the chronic hepatitis B virus carrier state. Journal Infection. 1988; 16: 221 -229.
- 471.- Goldsmith MF. Crossing "threshold" of hepatitis B control awaits greater vaccine use. JAMA 1984; 251: 2765 -

BIBLIOGRAFIA

- 2772.
- 472.- Guardia Massó J. Los virus de las hepatitis. En: Chantar C, Rodés J.: I Curso de Actualización en Gastroenterología y Hepatología. J.R. Proust Ed. Madrid 1988.
- 473.- Butí M. Hepatitis Delta. Gastroenterologia y Hepatologia 1987; 10 (supl 1): 46 - 53.
- 474.- Rizzetto M. El virus Delta de la Hepatitis. Un patógeno viral no corriente. Abbott Ed. West Germany 1985.
- 475.- Parker C, Chaudhary RK. Delta Infection in Canada. N Engl J Med 1986;5: 320.
- 476.- Joller-Jemelka HI, Wilhelm V, Steffen R, et al. Virale hepatitis and aidsassozierte HTLV III/LAV virus infections in drug addicts. Schweiz Med Wochenschr 1985; 33: 1114 - 1119.
- 477.- Butí M, Esteban R, Jardí R, Guardia J. Etiología de las hepatitis agudas en toxicómanos. Gastroenterología y Hepatología 1986; 9: 11 - 14.
- 478.- Rodrigo JM, Del Olmo J, Gimeno V, et al. Infección por virus Delta en heroínómanos del área de Valencia. Gastroenterología y Hepatología 1985; 8: 190.
- 479.- Pineda JA, Lissen E, García F, et al. Penetración de la infección delta en pacientes Ag HBs positivo del área de Sevilla. Gastroenterología y Hepatología 1985; 8: 190.
- 480.- Bruguera M, Sanchez Tapias JM. Hepatitis y drogadicción intravenosa. M.T.A. 1986; 6: 362 - 372.
- 481.- Rodriguez M, Perez R, Sala P, et al. Prevalencia de infección delta en drogadictos asturianos. Gastroenterología y Hepatología 1985; 8: 190.
- 482.- Esteban Mur R. Hepatitis no A no B. Gastroenterología y Hepatología 1987; 10 (supl 1): 54 - 59.
- 483.- Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, et al. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A; non B viral hepatitis

BIBLIOGRAFIA

genome. Science 1989; 244: 359 - 361.

484.- Rosenbaum J, Carneiro B, Dhumeaux D, et al. Hepatitis virales non A non B. Gastroenterol Clin Biol 1984; 8: 273 - 287.

485.- Gimeno V, Escudero A, Gonzalez R et al. Hepatitis aguda en heroínómanos: estudio etiológico y evolutivo de 110 casos. Rev Clin Esp 1988; 184: 360 - 363.

486.- Garcia - Rodriguez JA, Martín AM, Canut A, et al. Prevalencia de la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana en grupos de riesgo. Nuestra experiencia. Med Clin (Barc.) 1987; 89: 483.

487.- Perez R, Pastrana I, Rodrigo L. Enfermedad hepática en 325 drogadictos asturianos: Papel de los virus de la hepatitis. Gastroenterología y Hepatología 1986; 9: 69 - 75.

488.- Pascual I, De Juanes JR, Bru F, et al. Marcadores del virus de la hepatitis B (VHB), del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de Treponema pallidum en prostitutas. Enf Inf y Microbiol Clin 1988; 3: 543 - 547.

489.- Olmo del JA, Rodrigo JM, Gimeno V. Enfermedad hepática en drogadictos del área de Valencia. Gastroenterología y Hepatología 1984; 7: 405 - 410.

490.- Rodrigo JM, Serra MA, Aguilar E, et al. Anticuerpos antiviral linfotrópico humano, (HTLV - III) en adictos a drogas por vía intravenosa de la comunidad valenciana. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 89 - 92.

491.- Mateos ML, Nash R, Gonzalez -Palacios R, et al. Marcadores serológicos para el virus de hepatitis B y de la inmunodeficiencia humana en drogadictos. Enf Inf Microbiol Clin 1988; 6: 140 - 141.

492.- Mateos M. Anti- HBe como único marcador de la infección por VHB en drogadictos. Enf Inf y Microbiol Clin 1989; 7: 76 - 77.

493.- Rustgi VK, Hoofnagle JH, Gerin JC et al. Hepatitis B

BIBLIOGRAFIA

- Virus Infection in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann Intern Med 1984; 101: 795 - 796.
- 494.- Velardo MA, Diaz Torres MA, Lissen E. Hepatitis B. Gastroenterologia y Hepatologia 1987; 10 (supl 1): 9: 15.
- 495.- Bruguera M, Sanchez Tapias JM, Barrera JM, et al. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B y por el agente delta en drogadictos. Gastroenterologia y Hepatologia 1985; 8: 63 - 66.
- 496.- Bayas JM, Bruguera M, Martin V, et al. Hepatitis B y Delta en reclusos jóvenes. Med Clin (Barc) 1990; 94: 164 - 168.
- 497.- Mowat NAG, Albert-Recht F, Brunt PW, Walker W. Outbreak of serum hepatitis associated with tattooing. Lancet 1973; 1: 33 - 34.
- 498.- Limentani AE, Elliot LM, Noah ND, et al. An outbreak of hepatitis B from tattooing. Lancet 1979; 2: 86 - 88.
- 499.- Kibby T, Devine J, Love C. Prevalence of hepatitis B among men admitted to a federal prison. N Engl Med 1982; 306: 175.
- 500.- Dominguez A, Milicua JM, Larraona JL, et al. Hepatitis vírica B transmitida por acupuntura: presentación de 5 casos. Med Clín (Barc.) 1985; 84: 317 - 319
- 501.- García Bengoechea M, Cabriada J, Arriola JA, Arenas JL. Hepatitis B por acupuntura y mismo acupuntor. Med Clin (Barc) 1985; 85: 686
- 502.- Buti M, Esteban R, Jardí R, et al. Epidemiología de la hepatitis aguda B. Gastroenterologia y Hepatologia 1988; 10: 514- 517
- 503.- Conte Jr JE. Infection with Human Immunodeficiency Virus in the Hospital. Ann Inter Med 1986; 105: 730 -736.
- 504.- De la Loma, García S, Del Romero J. Transmisión heterosexual de la infección por VIH. Enf Inf y Microbiol Clin 1989; 7: 135 - 139

BIBLIOGRAFIA

- 505.- Marmor M, Des Jarlais DC, Cohen H, et al. Risk Factors for Infection with Human Immunodeficiency Virus among Intravenous Drug Abusers in New York City. AIDS 1987; 1: 39 - 44
- 506.- Burke DS, Brundage JF, Herbold JR, et al. Human Immunodeficiency Virus Infections among civilian applicants for United States Military Service, October 1985 to March 1986. N Engl J Med 1987; 317: 131 - 136
- 507.- Stute R. Detección del antígeno del VIH en la investigación sistemática de rutina de los donantes de sangre. Lancet (ed esp) 1987; 11: 75
- 508.- Quinn TC, Glasser D, Cannon RO, et al. Human immunodeficiency virus infection among patients attending clinics for sexually transmitted syndrome. N Eng J Med 1988; 318: 197 - 203.
- 509.- Muffiz E, Diaz, Madoz P, Lluch A. Escrutinio de anticuerpos antivirales de la inmunodeficiencia humana en una población de 11.174 donantes de sangre. Med Clin (Barc.) 1987; 89: 709 - 710
- 510.- Muga R, Tor J, Arguelagues E, et al. Prevalencia de anticuerpos contra el virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV - III) en adictos a drogas por vía parenteral del área de Barcelona. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 97 - 99
- 511.- Liras A. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Salud Pública. Rev Clin Esp 1988; 182: 279 - 282
- 512.- Mann JM, Chind J, Piot P, Quinn T. Epidemiología internacional del SIDA. Investigación y Ciencia. 1988; 147: 72- 80
- 513.- Mann JM, Chind J. AIDS. A global perspective. Ann Inter Med 1988; 319: 302 - 303.
- 514.- Casabona J, Salas T, Segura A. Evolución de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Cataluña. Análisis descriptivo del registro de casos. Med Clin (Barc.)

BIBLIOGRAFIA

1989; 92: 441 - 446

515.- Gatell JM, Podzamamczar D, Clotet E. Incidencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de síndrome de inmunodeficiencia adquirida en una población del área de Barcelona. *Med Clin (Barc.)* 1988; 91: 681- 684

516.- Jarlais CD, Friedman SR, Stoneburner RL. HIV infection and intravenous drug use: critical issues in transmission dynamics, infection outcomes and prevention. *Reviews Infectious Diseases* 1988; 10: 151 - 157

517.- Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotheran JL, et al. AIDS and Self- Organization Among Intravenous Drug Users. *Int J Addict* 1987 b; 3: 201- 219.

518.- Power R, Hartnoll R, Daviaud E. Drug Injecting, AIDS, and Risk Behaviour: Potential for Change and Intervention Strategies. *Br J Addict* 1988; 83: 649- 654.

519.- Brettle RP, Nelles B. Special Problems of Injecting Drug - Misusers. *Br Med Bull* 1988; 44: 149 - 160

520.- Robert - Guroff M, Weiss SH, Giron JA, et al. Prevalence of antibodies to HTLV - I -II -III in intravenous drug abusers from an AIDS endemic region. *JAMA* 1986; 255: 3133 - 3137

521.- Anzarano G, Pastore G, Monno L, et al. Rapid spread of HTLV-III infection among drug addicts in Italy. *Lancet* 1985; 1302

522.- Ferroni P, Geroldi D, Galli C, et al. HTLV - III antibody among italian drug addicts. *Lancet* 1985; July 6 : 52 - 53

523.- Titti F, Lazzarin A, Costigliola P, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) seropositivity in intravenous (IV) drug abusers in three cities of Italy: Possible natural history of HIV infection in IV drug addicts in Italy. *J Med Virol* 1987; 23: 241 - 248

524.- Franceschi S, Tirelli U, Vaccher E, et al. Risk Factors for HIV Infection in Drug Addicts from the Northeast of Italy.

BIBLIOGRAFIA

Int J Epidemiol. 1988; 17: 162 - 167

525.- Farci P, Novick DM, Lai ME, et al. Introduction of Human Immunodeficiency Virus Infection among Parenteral Drug Abusers in Sardinia: a seroepidemiologic study. Am J Epidemiol 1988; 127: 1312 - 1314

526.- Featherer JF, Edmond E, Simmonds P, et al. HTLV - III antibody in Edinburgh drug addicts. Lancet 1985; 1129 - 1130

527.- Brettell RP, Bisset K, Burns S, et al. Human immunodeficiency virus and drug misuse: the Edinburgh experience. Br Med J 1987; 295: 421 - 424

528.- Van de Perre P, Clumeck N, Steens M, et al. Seroepidemiological study on sexually transmitted diseases and hepatitis B in African promiscuous heterosexuals in relation to HTLV - III infection. Eur J Epidemiol 1987; 3: 14 - 18

529.- Esteban JI, Buti M, Esteban R, et al. Infección por virus HTLV en adictos con hepatitis B. Gastroenterología y Hepatología 1985; 8: 201 - 202

530.- Esteban R, Buti M, Esteban I, et al. Infección por HTLV-III en grupos de riesgo. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 110 - 112

531.- Latorre X, Gatell JM, Pumarola T. Prevalencia de anticuerpos frente al HTLV - III/LAV en subpoblaciones con riesgo de padecer un síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 113 - 114

532.- Barrera JM, Ercilla MG, Gelabert A, Castillo R. Seropositividad contra antígenos el virus linfotrópico HTLV - III/LAV en subpoblaciones con riesgo de padecer un síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 113 - 114

533.- Rodrigo JM, Serra MA, Aguilar E, et al. HTLV - III antibodies in drug addicts in Spain. Lancet 1985; July 20: 156 - 157

534.- Leal M, Wichman I, Ramsey R, Palmer E. Evidencia de

BIBLIOGRAFIA

- exposición al virus del SIDA en grupos de riesgo del área de Sevilla. Valoración preliminar. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 130
- 535.- Cartón JA, Carcaba V, Fernandez - León A, et al. Estudio epidemiológico de la infección por el agente HTLV - III / LAV en heroinómanos asturianos, 1983- 1985. Med Clin (Barc.) 1986; 87: 448 - 452
- 536.- Gonzalez JM, Gutierrez MT, Polo R, et al. Prevalencia de anticuerpos contra el HTLV - III en la población de riesgo de Madrid. Estudio clínico y frecuencia de marcadores virológicos. Rev Clin Esp 1987; 180: 416 - 419
- 537.- Fernandez Cruz E, Fernandez AM, Gutierrez C, et al. Progressive cellular immune impairment leading to development of AIDS: two- year prospective study of HIV infection in drug addicts. Clin Exp Immunol 1988; 72: 190- 195.
- 538.- Schultz S, Milberg JA, Kristal AR, et al. Female to Male Transmission of HTLV - III. JAMA 1986; 255: 1703 - 1704
- 539.- Koening RE. Prostitutas internacionales y transmisión del VIH. Lancet (ed esp) 1989; 2: 82 -83
- 540.- Cameron W, D' Costa L, Maitha M, et al. Transmisión de mujer a varón del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1: factores de riesgo para la seroconversión en varones. Lancet (ed esp) 1990; 16: 1 - 6
- 541.- Savall R, Valls F, Fernandez JL, Balanzó X. Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 en enfermos africanos residentes en Cataluña. Med Clin (Barc.) 1990; 94: 414 - 416
- 542.- Pineda JA, Leal M, Garcia de Pesquera F, et al. Prevalencia de anti LAV/HTLV III en prostitutas de Sevilla. Med Clin (Barc.) 1986; 86: 498 - 500
- 543.- Zulaica D, Arrizabalaga J. Carta; Med Clin (Barc.) 1987; 89: 83
- 544.- Jarlais CD, Hopkins W, "Free" needles for intravenous drug users at risk for AIDS: current developments in New York

BIBLIOGRAFIA

City. N Engl J Med 1985; 313: 1476

545.- Welsby PD. Jeringas de un solo uso para drogadictos. Lancet (ed esp) 1987; 11: 462 - 463

546.- Raymond CHA. First Needle- Exchange Program Approved; Other Cities Await Results. JAMA. 1988; 259: 1289-1290.

547.- Buning EC, Coutinho RA, Van Brussel GHA, et al. Prevención del SIDA en drogadictos de Amsterdam. Lancet 1986; 9: 366

548.- Milby JB, Toro C, Thronton S, et al. Some Urine Surveillance Effects on Drug Abusers in Psychotherapy. Br J Addict 1979; 74: 199 - 200

549.- Allen J, Mazzuchi J. Alcohol and Drug Abuse among American Military Personnel: Prevalence and Policy Implications. Military Medicine 1985; 150: 250 - 255

550.- Brett AS. Implications of Discordance Between Clinical Impression and Toxicology Analysis in Drug Overdose. Arch Intern Med 1988; 148: 437-441.

551.- Dackis CH A, Pottash ALC, Annitto W, et al. Persistence of Urinary Marijuana Levels After Supervised Abstinence. Am J Psychiatry 1982; 139: 1196 - 1197.

552.- Grant I, Judd LL. Neuropsychological and EEG Disturbances in Polidrug Users. Am J Psychiatry 1976; 133: 1039 - 1042

553.- Mendelson JH, Mello NK. Co- variance of Neuroendocrine Function and Behavior. Ed. Travis Thompsony Klaus R. Unna. University Parlz Press, Baltimore, Maryland 21202, 1977.

554.- Iglesias F, Diaz E, Araujo M. Características de la población asistida en el Centro Asistencial de Drogodependencias de La Coruña. Drogalcohol 1982; 7: 149 - 167

555.- Ling W, Klett JC, Gillis RD. A Cooperative Clinical Study of Methadyl Acetate Maintenance. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 908 - 911

BIBLIOGRAFIA

- 556.- Moore JT, Judd LL, Zung WWK, et al. Opiate addiction and Suicidal Behaviors. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1187 - 1189
- 557.- Riba MD. Una panorámica de los métodos estadísticos multivariantes. Documentos del Laboratorio de Psicología Matemática. Univ. Autónoma de Barcelona. Barcelona 1987.
- 558.- Ried LD, Martinson OB, Weaver LC. Factors Associated with the Drug Use of Fifth Through Eighth Grade Students. *J Drug Education* 1987; 17: 149 - 161
- 559.- Cobo E. Estadística multivariante. *Jano* 1986; 725: 82 - 84
- 560.- Domenech JM. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud. Documentos del Laboratorio de Psicología Matemática. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona 1986.
- 561.- Ashby D, West CR, Ames D. The ordered logistic regression model in psychiatry; rising prevalence of dementia in old people's homes. *Stat Med* 1989; 8: 1317 - 1326
- 562.- Work JW, Ferguson JG, Diamond GA. Limitations of a conventional logistic regression model based on left ventricular ejection fraction in predicting coronary events after myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1989;64: 702 - 707
- 563.- Wisner DH. A stepwise logistic regression analysis of factors affecting morbidity and mortality after thoracic trauma: effect of epidural analgesia. *J Trauma* 1990; 30: 799 - 804
- 564.- Brand R, Keirse MJ. Using logistic regression in perinatal epidemiology: an introduction for clinical researchers. Part 1: Basic concepts. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990; 4: 22 - 38
- 565.- Brand R. Using logistic regression in perinatal epidemiology: an introduction for clinical researchers. Part 2: The logistic regression equation. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990; 4: 221 - 235