

Comparación de los patrones de consumo de drogas entre pacientes con y sin enfermedad mental grave.

Devang H. Gandhi, M.D; Moira U. Bogrov, M.D; Fred C. Osher, M.D; C. Patrick Myers, M.A

Comparamos los patrones de consumo de drogas entre pacientes con enfermedad mental grave (EMG) proporcionados por tres equipos terapéuticos comunitarios, consumidores de drogas con enfermedad mental no grave (EMNG) y consumidores de drogas sin enfermedad mental (sin enfermedad mental: SEM). Hubo diferencias altamente significativas en los patrones de consumo de drogas entre los grupos: entre los pacientes con EMG el orden de preferencia de drogas era alcohol, cocaína, cannabis y luego heroína; en el grupo de pacientes SEM era alcohol, cocaína, heroína y por último cannabis; mientras en el grupo SEMG era alcohol, cocaína, heroína y por fin cannabis. Estos datos sugieren que la elección de drogas por individuos con EMG puede estar determinada por factores relacionados con sus enfermedades además de por el precio y por la disponibilidad de la droga en concreto.

En el pasado, la elección de drogas callejeras por pacientes psiquiátricos con trastornos concomitantes por consumo de drogas ha merecido una cierta atención.¹⁻³ Se ha especulado que el consumo de drogas, no solo por parte de pacientes con trastornos psiquiátricos, si no por la población general, representa una forma de automedicación.^{1,4} Otros han argumentado que la elección de la droga se determina principalmente según su disponibilidad y según si es asequible o no a los medios del comprador y que la elección de las drogas consumidas se correlaciona con el patrón predominante de uso de drogas en la comunidad.⁶

Estudios previos han reportado diversos patrones de consumo de drogas por pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves (EMG). Se ha reportado más consumo de estimulantes, cannabis y alucinógenos^{7,8} y menos consumo de opiáceos e hipnóticos-sedantes^{8,9}. Lehman y col.¹⁰ encontraron que individuos con un trastorno mental independiente tenían menos probabilidad de consumir sustancias de “entrada” tales como el alcohol y el cannabis que drogas callejeras “duras” como la heroína o la cocaína. Fowler y col.¹¹ reportaron el alcohol, el cannabis y las anfetaminas como las sustancias más comúnmente consumidas por una muestra de pacientes ambulatorios australianos con esquizofrenia, atribuyendo la ausencia de uso de cocaína a su pobre disponibilidad. Es proba-

ble que los patrones de uso varíen en el tiempo según las tendencias en la comunidad.¹²

Una manera de determinar si el precio y la disponibilidad son los principales factores en la decisión de la elección de las drogas por los pacientes psiquiátricos es comparar el patrón de drogas usado por estos pacientes con aquellos consumidores de drogas sin enfermedad mental (SEM) de la misma área geográfica. Si el precio y la disponibilidad fueran los determinantes principales de la elección de drogas para los pacientes con enfermedad mental, entonces uno podría esperar que su patrón de uso de drogas fuera similar al de sus semejantes geográficos sin enfermedad mental. Mientras algunos estudios han usado grupos control de otros pacientes psiquiátricos, no hay informes comparando los patrones de uso de consumo de drogas entre pacientes con enfermedad mental grave (EMG) y otro SEM y/o enfermedad mental no grave obtenidos de la misma área.

El presente estudio contempla este aspecto comparando el patrón de uso de drogas de pacientes con EMG enrolados en tres equipos comunitarios de tratamiento psiquiátrico con el de pacientes con y sin enfermedad mental en tratamiento por consumo de drogas en la ciudad de Baltimore.

Artículo publicado en la revista (Am J Addict 2003; 12: 424-431).

Método

Este estudio se llevó a cabo en un programa de tratamiento comunitario afiliado a la universidad para pacientes con enfermedad mental grave como parte de un esfuerzo para identificar las necesidades de tratamiento del diagnóstico dual de los pacientes enrolados en el programa. El programa se dividió entre tres equipos que proporcionaban tratamiento intensivo y servicios de gestión del caso en el momento del estudio: el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACTT), la Unidad de Tratamiento Móvil (MTU) y el Equipo de Atención Continuada (CCT). En el momento de este estudio, ACTT atendía a 102 pacientes; MTU 72; y CCT, 100 (total = 274). Los tres equipos atendían individuos de la ciudad de Baltimore con enfermedad mental crónica grave y un alto grado de deterioro funcional.

Ciento cincuenta y un pacientes enrolados en los tres equipos en Noviembre de 1996, fueron identificados como consumidores activos de sustancias psicoactivas. La identificación de casos se realizó usando las Escalas de Valoración Clínica^{13,14} para consumo de alcohol y drogas, puntuadas por terapeutas formados y con consulta con uno de los autores. Las Escalas Clínicas de consumo de Drogas y Alcohol son escalas sencillas de cinco puntos para su uso por gestores de casos que hacen seguimiento de pacientes con EMG en la comunidad. Se corresponden con los criterios del DSM-III-R¹⁵ así como con la gravedad del consumo de alcohol y drogas. Su fiabilidad, sensibilidad y especificidad se han establecido previamente.^{13,14} Todos los pacientes fueron examinados en busca de la presencia de trastornos por consumo activo de drogas (alcohol y otras drogas, incluidas las de prescripción y de libre dispensación (OTC), pero excluyendo cafeína y nicotina) en los últimos seis meses. Se pidió a los terapeutas que consideraran toda la información disponible del paciente para determinar la naturaleza y el alcance del consumo de drogas. Tal información incluyó auto informes del paciente, cribajes de orina para drogas, antecedentes, información colateral de la familia y

otras fuentes y de la propia relación del terapeuta con el paciente. Se excluyeron pacientes recién incluidos de los que no se disponía de información adecuada (n=3) del mismo modo que lo fueron aquellos que estaban en estado inactivo (es decir, pacientes que no estaban por entonces en seguimiento activo por el equipo (n=2)). Se recogió información acerca de los datos demográficos y los diagnósticos psiquiátricos y de trastornos por consumo de drogas.

Se compararon los datos de los equipos de tratamiento con la información contemporánea del registro de la ciudad de Baltimore en el Sistema de Gestión de la Información de Consumo de Drogas. (SAMIS) una base de datos mantenida por la Administración de Consumo de Alcohol y Drogas del Estado de Maryland. Incluye información sociodemográfica, psiquiátrica y relacionada con el consumo de drogas recogida de forma estructurada de todas las admisiones en programas de tratamiento para drogas autorizados en Maryland. Se requirió que todas las valoraciones fueran hechas conforme a las definiciones propuestas en el Formulario del Manual de Tratamiento del Cliente. A los programas de tratamiento de la salud mental que pueden ofrecer tratamiento coadyuvante para trastornos concomitantes por consumo de drogas (como nuestros equipos de tratamiento comunitario) no se les requiere que reporten al SAMIS.

El formulario de datos del SAMIS incluye información acerca de la presencia o ausencia de cualquier enfermedad mental documentada (por un psiquiatra, un psicólogo u otro profesional de la salud mental, usando los criterios del DSM) en pacientes enrolados en programas de tratamiento por consumo de drogas en la región. No se incluyen detalles acerca de los diagnósticos psiquiátricos. Los pacientes en programas de tratamiento con metadona se excluyeron de este análisis para evitar sesgar los datos hacia un mayor consumo de opiáceos. En el momento de este estudio ningún paciente de los tres grupos de tratamiento estaba enrolado en un programa con metadona.

Resultados

Se compararon tres grupos:

1. Pacientes SAMIS sin enfermedad mental documentada (SEM)
2. Pacientes SAMIS con una historia psiquiátrica documentada, que se supone no es lo suficientemente grave para impedir la participación en un programa comunitario de tratamiento por drogas (EMNG)
3. Pacientes con enfermedad mental grave (EMG) en los tres equipos de tratamiento comunitario.

Los datos demográficos y los patrones de consumo de drogas entre los tres grupos se presentan en las Tablas 1 y 2 respectivamente. Las características demográficas diferían significativamente entre los tres grupos. Debido a las grandes diferencias entre los tamaños de las muestras, se calcularon los intervalos de confianza para cada media de grupo. Las grandes diferencias entre los tamaños de las muestras invalidan la prueba F usada típicamente. Las medias de los grupos SEM y EMNG eran prácticamente iguales, y el intervalo de confianza del grupo EMNG estaba completamente en el intervalo de confianza del grupo SEM. La media del grupo EMG era mayor que la de los otros dos grupos y el intervalo de confianza no se solapaba con la de los otros grupos. Esto indica que la media de edad del grupo EMG era significativamente mayor que la de los otros dos grupos, mientras que los grupos SEM y EMNG no difieren significativamente el uno del otro. El grupo EMNG tenía una mayor proporción de mujeres, mientras que en el grupo SEM había una proporción más elevada de Afroamericanos. Es significativa la prueba de chi-cuadrado para la relación entre el género y el grupo al que pertenecen. ($\chi^2 = 64,98$, d.f. = 2, $p < .000$), como también lo es sido entre la raza y el grupo al que pertenecen ($\chi^2 = 116,4$, d.f. = 4, $p < .000$).

La tabla número 2 incluye datos sobre los principales tipos de drogas usadas por los grupos. Para los grupos SEM y EMNG, esto incluye hasta tres sustancias principales identificadas como las causantes de la disfunción de los sujetos en el momento de la evaluación inicial cuando se busca un tratamiento para el consumo de drogas, tal y como se informó a SAMIS. El manual de instrucciones de

SAMIS requiere al médico que informa que “tome en consideración el patrón de participación de la droga, el grado de disfunción físico, mental y social y el grado de dependencia física o psicológica” para poder tomar esta determinación. Estas instrucciones son esencialmente análogas a los parámetros utilizados en las Escalas Clínicas de Consumo de Drogas y Alcohol utilizadas en el grupo EMG, que toman en consideración los problemas físicos, psicológicos y sociales, así como la dependencia física y psicológica durante los seis meses anteriores.

Para testar las relaciones en la Tabla número 2, se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la diferencia entre las proporciones. Las proporciones de pacientes en cada grupo se compararon con las proporciones del otro grupo de consumidores para cada tipo de droga. Había diferencias altamente significativas en la prevalencia del consumo de alcohol, heroína y cocaína entre los tres grupos comparados. Entre los pacientes EMG, el orden de preferencia de drogas era el alcohol, la cocaína, el cannabis y, por último, la heroína; en el grupo SEM, era la cocaína, el alcohol, la heroína y, por último, el cannabis; mientras que en el grupo EMNG, era el alcohol, la cocaína, la heroína y finalmente el cannabis. Las variables demográficas, que fueron significativamente diferentes en el primer análisis no se utilizaron como covariantes en este análisis para controlar los efectos de cada una (por ejemplo, estratificado según género y raza, co-factor para la edad). Esto se debió a las grandes diferencias de los tamaños de las muestras de los grupos, (4083 vs. 521 vs. 151) y la pequeña cantidad de sujetos esperados en las células de análisis cuando los datos se estratifican por características demográficas.

Los pacientes con EMG tenían la prevalencia más alta de consumo de alcohol, seguidos de los pacientes con EMNG. El grupo EMNG tenía la prevalencia más alta en el consumo de cocaína, seguida de los pacientes con EMG. El consumo más alto de heroína se encontró en el grupo SEM, seguida por el grupo EMNG y, finalmente, por el grupo EMG. Esto se dio a pesar de la exclusión de pacientes enrolados en programas con metadona, que hubiesen añadido una cantidad desproporcionadamente grande de consumidores de heroína en los grupos SEM y EMNG.

TABLA 1. Datos Demográficos

	SEM N=4083	EMNG N=521	EMG N=151
Edad (media ± DE)	32.56 ± 10.38	32.79 ± 10.79	39.34 ± 8.83
Sexo (%) (Masculino/Femenino)	67.7/32.3	49.9/50.1	64.4/35.6
Raza (%) Negro/Blanco/Otra	83.8/15.3/0.9	65.7/32.0/2.3	69.2/29.5/1.3

TABLA 2. Formato de Consumo de Sustancia*

	SEM N=4083	EMNG N=521	EMG N=151	P
Alcohol	2091 51.2%	326 62.6%	110 72.8%	p<.000
Cannabis	1362 33.4%	163 31.3%	55 36.4%	p=.4467
Cocaína	2114 51.8%	324 62.2%	89 58.9%	p<.0000
Heroína	1937 47.4%	204 39.2 %	33 21.9%	p<.0000
Otros	182 4.5%	62 11.9%	10 6.6%	p<.0000

*Los totales no suman 100% debido a consumo de múltiples sustancias.

Para testar nuestra hipótesis de que la gente con EMG usa menos drogas intravenosas (y por lo tanto, evitan la heroína, que se utiliza más típicamente por vía intravenosa), comparamos los porcentajes de administración de drogas intravenosas en los tres grupos. En el grupo SEM, el 19% consumía drogas por vía intravenosa, en comparación con el 25.5% del grupo EMNG y al 28,4% de los equipos de tratamiento comunitario (grupo EMG). Por lo tanto, parece que la menor prevalencia del consumo de heroína del grupo EMG no se debe a una menor prevalencia de consumo de droga por vía intravenosa en esta población.

Mientras que los porcentajes del resto de drogas consumidas también eran significativamente diferentes entre los tres grupos, no se tuvo información disponible de la base de datos del SAMIS sobre los otros tipos de droga consumidos por los grupos SEM y EMNG.

Discusión

Los posibles factores que contribuyen a las diferencias en los patrones de consumo de drogas entre pacientes con EMG y SEM/EMNG, incluyen:

1. Automedicación (es decir, drogas callejeras utilizadas para aliviar síntomas psiquiátricos y/o los efectos adversos de una medicación).
2. El precio y la disponibilidad de las drogas callejeras (por ejemplo, la dependencia de la heroína es un hábito mucho más caro y difícil de mantener que la dependencia del alcohol o la cocaína)
3. Diferencias en las características demográficas
4. Diferencias en los porcentajes de consumo de drogas por vía intravenosa entre los tres grupos.

La hipótesis de que pacientes con problemas psiquiátricos seleccionan las drogas a consumir basándose en sus propiedades psicótropas específicas es una hipótesis mantenida desde hace tiempo y ha sido objeto de mucha controversia. Los que proponen la hipótesis de la “automedicación” han argumentado que las drogas consumidas ayudan a los individuos con síntomas psiquiátricos a aliviar sensaciones de dolor o a experimentar o controlar emociones cuando están ausentes o confusos 3. No obstante, no se ha determinado la evidencia de una interrelación entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de drogas^{16,17}.

Mientras que nuestros datos ni apoyan ni niegan esta hipótesis, sí sugieren que la elección de drogas por parte de los pacientes psiquiátricos difiere significativamente de sus iguales sin enfermedad mental en esa zona geográfica. Esto va en contra de que el precio y la disponibilidad sean los únicos determinantes, y otros factores probablemente relacionados con la enfermedad influyen sobre la elección de las drogas por personas con enfermedad mental.

Puede ser que una droga no esté disponible en una zona determinada o que se le haya puesto un precio fuera del alcance de muchos consumidores, impidiendo su consumo. Las diferencias de precio y disponibilidad de una droga en diferentes zonas probablemente influyen en la elección de los consumidores. El precio y la disponibilidad de dosis de heroína y cocaína vendidas en las calles de Baltimore son bastante similares, aunque la dependencia de opiáceos puede resultar siendo mucho más cara, debido a los altos niveles de tolerancia que desarrollan con rapidez. Como que este estudio compara grupos de pacientes extraídos de la misma zona geográfica, se puede argumentar que el acceso y el coste de todas las drogas debería haber sido bastante uniforme para los tres grupos. Dada la accesibilidad parecida, el precio relativo de una droga y su hábito, tal como es percibido por un individuo, puede haber sido un factor más significativo al determinar la elección en nuestra muestra de EMG, puesto que la capacidad de un individuo con EMG para generar unos ingresos (sobre todo unos ingresos continuados para poder mantener la adicción a la heroína), pueden ser más bajos si los comparamos con la población SEM/EMNG. Este punto de vista lo soporta el hecho de que parece haber una relación inversa entre el nivel de deterioro de los trastornos psiquiátricos y el consumo de heroína en nuestros grupos (SEM > EMNG > EMG).

De manera anecdótica, algunos pacientes con EMG indican que ellos evitan la heroína debido a lo desagradable que es el síndrome de abstinencia y a la absoluta necesidad de mantener su disponibilidad en todo momento una vez que se ha creado dependencia. Es comprensible que un individuo funcionalmente

deteriorado pueda considerar insoportable la idea de afrontar un síndrome de abstinencia repetitivo y severo. Por lo tanto es posible que las necesidades y el malestar generados por el uso de una droga específica influyan en el uso o en el rechazo por parte de pacientes con deterioro psicosocial.

Las diferencias demográficas y las preferencias culturales por un tipo de droga en particular pueden ser posibles determinantes de la elección de una droga específica. No obstante, la magnitud de las diferencias entre nuestros grupos hace que sea menos probable que estos sean los únicos factores que afecten en la elección de droga. Sin diferencias en los porcentajes de uso de drogas por vía intravenosa, parece que la menor prevalencia de uso de heroína en el grupo EMG no se debe a una menor prevalencia de uso de drogas de vía intravenosa entre esa población.

Parece probable que la elección de drogas por parte de un individuo con EMG, dado que es diferente de lo esperado basado en las tendencias locales, dependa de múltiples factores.¹⁸ Estos pueden incluir no solo el precio y la disponibilidad, sino también el coste global y el esfuerzo necesario para mantener el hábito, la capacidad de la persona para mantener unos ingresos constantes y una fuente de suministro de esa droga, factores culturales y demográficos, las propiedades psicotrópicas y farmacocinéticas de la droga, y el grado de deterioro psicosocial y funcional del consumidor. Se precisan más investigaciones utilizando estudios con diseños más rigurosos para aclarar la contribución relativa de cada uno de esos factores.

Los descubrimientos de este estudio tienen ciertas limitaciones definidas:

Los pacientes con enfermedades mentales severas no se aparejaron por edad, sexo o raza con la población SAMIS, y las diferencias demográficas entre los grupos son significativas. Por lo tanto es posible que algunas de las diferencias observadas en los patrones del consumo de drogas puedan surgir de las diferencias en las características demográficas. Un estudio anterior encontró que las características demográficas son fac-

tores fuertemente predictores del tipo de droga consumida.¹⁹ Los estudios futuros deberían utilizar un plan de muestras que permita que los factores demográficos sean co-variados en el análisis.

La suposición de que los individuos en el grupo SEM no tienen una enfermedad mental y que los del grupo EMNG no tienen una enfermedad mental grave no se puede verificar. El mayor consumo de cocaína en el grupo EMNG podría significar que para algunos de ese grupo, los síntomas psiquiátricos (y, por lo tanto, su inclusión en el grupo) puede estar relacionado con el consumo de cocaína. También es posible que el grupo EMNG incluya una cifra desproporcionada de pacientes con trastornos de la personalidad. No obstante, el hecho de que estos pacientes estuvieran involucrados en programas de tratamientos para consumidores de drogas sugiere un grado de estabilidad psiquiátrica, haciendo mucho más probable que su enfermedad mental sea de menor gravedad y/o cronicidad para impedir su participación en estos programas, muchos de los cuales excluyen a pacientes con EMG.

Se hizo un esfuerzo para obtener de los terapeutas externos que tenían conocimientos cercanos sobre ellos, información lo más precisa posible, del grupo de pacientes de los equipos de tratamiento comunitario. Investigaciones previas han demostrado que las valoraciones por los médicos del consumo de drogas de sus pacientes son comparables con los obtenidos tras una extensa búsqueda.²⁰ No obstante, la fiabilidad de los datos de SAMIS no ha sido confirmada. Aunque SAMIS recoge datos estructurados sobre todas las admisiones en programas sobre tratamiento de drogas en la región, no es una base de datos para la investigación y como tal esta sujeta a posibles variaciones en la fiabilidad de los informes entre programas. Factores tales como diferencias en los porcentajes de identificación de trastornos psiquiátricos entre diferentes razas o grupos socioeconómicos, la no disponibilidad de expertos psiquiátricos en algunos programas, o diferente financiación/reembolso para trastornos psiquiátricos, también pueden haber afectado la valoración de los trastornos psiquiátricos en los grupos SEM y EMNG.

El gran número en los grupos de SAMIS puede, hasta cierto punto, compensar esas limitaciones y proporcionar una muestra geográfica útil para comparaciones, que de otra manera solo sería posible con un gran estudio epidemiológico.

Conclusión

Este es un estudio preliminar en el que se comparan los patrones de consumo de drogas por pacientes con una enfermedad mental grave en equipos de tratamiento comunitarios, con grandes muestras de pacientes con y sin enfermedad mental enrolados en tratamiento por consumo de drogas en la ciudad de Baltimore. Hubo diferencias altamente significativas entre los grupos, particularmente en la prevalencia del consumo de heroína, incluso después de haber excluido a los pacientes en mantenimiento con metadona. Los motivos de estas diferencias no están totalmente claros pero pueden ir desde más allá del precio y de la disponibilidad de una droga hasta el grado de afectación del individuo por su enfermedad mental, los costes relativos al mantenimiento del hábito, así como a las propiedades psicotrópicas de la droga. Se precisa más investigación para validar estos hallazgos y para establecer las contribuciones relativas a estos factores.

Los autores quisieran agradecer a todos los terapeutas de salud mental que trabajan con la comunidad de equipos de tratamientos de la University of Maryland Medical System. Nuestro agradecimiento también para Julie Yang y para Vicky Kaneko del State of Maryland Alcohol and Drug Abuse Administration por su ayuda en la obtención de datos del SAMIS.