

# Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria

## Risk factors for relapse in drug-dependent patients after hospital detoxification

LARA GRAU-LÓPEZ\*,\*\*; CARLOS RONCERO\*,\*\*,\*; CONSTANZA DAIGRE\*; BEGOÑA GONZALVO\*; DIANA BACHILLER\*,\*\*; LAIA RODRIGUEZ-CINTAS\*; ÁNGEL EGIDO\*; MIQUEL CASAS\*\*,\*\*\*

\* CAS Vall Hebrón. Hospital Universitario Vall Hebron. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

\*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall Hebron. Barcelona.

\*\*\* Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universidad Autónoma de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Lara Grau-López

Servicio de Psiquiatría. CAS de Vall Hebron

Hospital Universitario Vall Hebron

Passeig Vall Hebron 119-129. 08035 Barcelona

E-mail: lgrau@vhebron.net

Telef: 93-4893880

recibido: Septiembre 2011

aceptado: Enero 2012

### Resumen

### Abstract

El presente trabajo pretende comparar las características entre los pacientes que recaen en el consumo y los que se mantienen abstinentes, a los seis meses de seguimiento ambulatorio tras terminar una desintoxicación hospitalaria. Se realizó un estudio observacional y prospectivo en pacientes con trastorno por dependencia de sustancias que ingresaron en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital Universitario de Vall d'Hebron desde junio 2009 hasta octubre 2010. Durante el ingreso se recogieron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas, y se realizó la entrevista SCID. Se consideró recaída el reinicio del consumo de la sustancia que fue motivo de ingreso y se evaluó por anamnesis y alcoholtest y/o urinoanálisis. Las variables de estudio se compararon entre los pacientes que recayeron y los que no. De 165 pacientes incluidos, 108 finalizaron el estudio (75% varones, edad  $37,7 \pm 9,5$  años). 72,2% recayeron a los 6 meses. El perfil de pacientes que recayeron fue: pacientes que ingresaban para desintoxicación de heroína (91,7% vs 8,3%,  $p = .038$ ), policonsumidores (71,4% vs 32%,  $p = .05$ ), pacientes que consumían horas previas al ingreso a modo de despedida (61,5% vs 39,5%,  $p = .04$ ), aquellos con comorbilidad médica (44,9% vs 23,3%,  $p = .04$ ), y con trastornos afectivos comórbidos (19,5% vs 3,2%,  $p = .005$ ). La desintoxicación de opiáceos y el consumo en horas previas se asociaron de forma independiente con la recaída a los 6 meses. Existe un alto porcentaje de recaídas tras desintoxicación hospitalaria. Ingresar para desintoxicación de opiáceos y/o consumir de forma compulsiva antes del ingreso, están relacionados con el mayor riesgo de recaída.

This work describes the profile of patients with relapse after hospital detoxification at six months of outpatient follow-up. An observational and prospective study was carried out in patients with substance-dependence disorder who were in the Detoxification Unit of the Vall d'Hebron University Hospital (Barcelona) between June 2009 and October 2010. Demographic, clinical, diagnostic and therapeutic variables were assessed. The criterion for relapse was a return to use of the substance that had led to hospitalization, and relapse was assessed by means of anamnesis, breathalyzer and/or urine analysis. Study variables were compared between patients who relapsed and those who did not. Of the 165 patients included, 108 patients finished the study (75% males, age  $37.7 \pm 9.5$  years). A total of 72.2% had relapsed at the 6-month follow-up. Profile of patients who relapsed was: hospitalized for heroin detoxification (91.7% vs 8.3%,  $p = .038$ ), polyconsumers (71.4% vs 32%,  $p = .05$ ), high substance use in the hours prior to admission as a "farewell" (61.5% vs 39.5%,  $p = .04$ ), patients with comorbidity (44.9% vs 23.3%,  $p = .04$ ) and patients with affective disorders (19.5% vs 3.2%,  $p = .005$ ). Detoxification from opiates and use in the hours prior to admission were associated independently with relapse at 6 months. There is a high percentage of relapses after hospital detoxification. Patients most likely to relapse are those dependent on opiates and those with compulsive use immediately prior to hospitalization.

**Palabras clave:** adicción, recaídas, factores de riesgo, desintoxicación hospitalaria, seguimiento ambulatorio.

**Key words:** addiction, relapses, risk factors, in-patient unit, follow-up.

El trastorno por uso de sustancias es una enfermedad crónica y recidivante, en el que la recaída forma parte del proceso de la adicción (Connors, Maisto y Donovan, 1996; Milkman, Weiner y Sunderwirth, 1984). Las definiciones de recaída son variadas, comprenden desde un único consumo de una sustancia después de un período de abstinencia, hasta el retorno al patrón de consumo previo al inicio del tratamiento (Connors et al., 1996). Independientemente de la definición operacional utilizada, el porcentaje de recaída es elevado en los trastornos adictivos (Milkman et al., 1984).

Existen múltiples variables relacionadas con las recaídas de los drogodependientes. Se han distinguido entre variables de los pacientes (variables individuales) (Gossop, 1978; Santos, Palomares, y Pastor, 2000; Secades y Fernández, 2000; Tucker, Vuchinich y Gladsjo, 1991; Walton, Reischl y Ramanathan, 1995) y las referidas al tratamiento (procesos o parámetros del tratamiento) (Rubio, Martínez-Gras y Manzanares, 2009; Simpson, 1981; Wexler y De Leon, 1977).

Se han descrito tres tipos de variables individuales: sociodemográficas, de "estado" (que se refieren a los antecedentes personales del individuo y al perfil general de gravedad de la adicción) y "dinámicas", que se corresponderían con los aspectos disposicionales del paciente, tales como la motivación hacia el cambio y la actitud general ante el tratamiento (Secades et al., 2000).

Se ha sugerido que los pacientes que recaen tienen una adicción más grave que los pacientes que permanecen abstinentes. Esta gravedad de la adicción se podría describir como: mayor probabilidad de presencia de comorbilidad psicopatológica y médica, ser policonsumidor, mayor duración del consumo, existencia de recaídas anteriores y antecedentes criminales (Goeb, Coste, Bigot y Ferrand, 2000; Gossop, 1978; Secades et al., 2000; Swett y Noones, 1989; Xie, McHugo, Fox y Drake, 2005). Además los pacientes con pobre motivación hacia el tratamiento y con escasa implicación familiar tienen mayor riesgo de recaída (Goeb et al., 2000; O'Brien y McLellan, 1996). Existe controversia respecto a qué tipo de sustancia, legal o ilegal, se asocia a mayor probabilidad de recaída (Fendrich, Johnson, Sudman, Wislar y Spiehler, 1999; Fischer et al., 2002; Maddux y Desmond, 1986; Murphy, Hser, Huang, Brecht y Herbeck, 2010). Tampoco hay acuerdo sobre las variables sociodemográficas (edad o género) (Goeb et al., 2000; Gottheil, Thornton, Skoloda, y Alterman, 1982; Swett et al., 1989; Xie et al., 2005) o los factores de personalidad (Cervera, Valderrama, Bolinches y Martínez, 1999; McMahon y Enders, 2009; Rubio, León, Pascual y Santo-Domingo, 1998; Rubio et al., 2007).

En lo que respecta a los parámetros del tratamiento se incluye el tratamiento utilizado (farmacológico, psicoterapéutico o combinado), el ámbito donde se realiza dicho tratamiento y la relación de los pacientes con los terapeutas. En general, se podría afirmar que existe mayor probabilidad de mantenerse abstinentes en los programas residenciales frente a los ambulatorios (Santos et al., 2000; Wexler y De Leon, 1977), cuando existe mayor adherencia del paciente al seguimiento con el mismo terapeuta (Simpson, 1981), cuando se utilizan dosis altas de los fármacos y cuando éstos se

incluyen en el contexto de un tratamiento psicoterapéutico, ya que de esta manera se mejora el pronóstico del paciente (Sánchez et al., 2011; Xie et al., 2005).

En el contexto específico de la desintoxicación hospitalaria, también hay que considerar otras variables como el consumo previo al ingreso a modo de despedida. Este fenómeno se caracteriza porque el paciente realiza un último consumo muy abusivo antes de ingresar y podría asociarse a un peor pronóstico en la evolución posterior (Monrás, Lligoña, Freixa y Gual, 2004).

La mayoría de los estudios sobre factores asociados a la recaída, se realizan en pacientes en tratamiento ambulatorio (Secades et al., 2000; Swett et al., 1989; Xie et al., 2005) o en Comunidades Terapéuticas (Goeb et al., 2000; Santos et al., 2000; Wexler et al., 1977), siendo escasos los estudios sobre pacientes que realizan una desintoxicación hospitalaria.

No hay una variable única relacionada con la abstinencia del individuo y no existe un acuerdo sobre el perfil de pacientes drogodependientes que recaen con mayor frecuencia tras un período de desintoxicación.

Por dicho motivo, los objetivos del presente trabajo son determinar el porcentaje de recaídas en el uso de drogas a los seis meses tras el alta de una unidad hospitalaria de desintoxicación. También se pretende comparar las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas entre los pacientes que recaen en el consumo y los que se mantienen abstinentes, con el fin de identificar los factores más asociados a la mayor probabilidad de recaída.

Se hipotetiza que existe un alto porcentaje de recaída tras una desintoxicación hospitalaria debido al carácter crónico de los trastornos adictivos. Respecto al segundo objetivo, en base a la literatura, se hipotetiza que los pacientes que recaen presentan diferencias en el tipo de consumo, tienen características asociadas a la mayor gravedad de la adicción y mayor probabilidad de consumir antes del ingreso.

## Método

### Participantes

Se realizó un estudio prospectivo con pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia de sustancias, que ingresaron en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital Universitario de Vall d'Hebron desde junio 2009 hasta octubre 2010, y que realizaron seguimiento mensual psiquiátrico ambulatorio en el CAS de Vall d'Hebron, en los seis meses siguientes al alta hospitalaria.

Los criterios de inclusión fueron: presentar trastorno por dependencia de sustancias según los criterios DSM-IV-TR, ingresar en la unidad hospitalaria de desintoxicación, realizar seguimiento ambulatorio posterior durante seis meses y firmar el consentimiento informado del estudio, aprobado previamente por el comité ético del hospital. Los criterios de exclusión fueron: pedir el alta voluntaria durante el ingreso, ingresar por inclusión en ensayos clínicos que se llevan a

cabo en la unidad hospitalaria de desintoxicación y presentar barrera idiomática. Los pacientes no recibieron compensación económica por formar parte del estudio.

## Procedimiento

Durante el ingreso se realizó la evaluación psicológica, se instauró el tratamiento de desintoxicación correspondiente y los pacientes participaron en la psicoterapia grupal. En el momento del alta se les citó para que acudieran a seguimiento ambulatorio y a seguimiento de urinoanálisis de tóxicos y alcohol test dos veces a la semana. El tratamiento estándar realizado durante el seguimiento constaba de visitas médicas con un psiquiatra, quien revisaba la prescripción farmacológica y seguimiento psicoterapéutico.

## Variables e instrumentos de evaluación

- Registro de variables diseñado *ad hoc* para el seguimiento de los pacientes de la unidad de drogodependencias de Vall d'Hebron: sociodemográficas (género, edad y estado civil), clínicas (sustancia principal de ingreso, número de sustancias que consumían en el momento del ingreso, despedida previa al ingreso entendiéndose como consumo de la droga el mismo día o el día previo al ingreso en mayor cantidad de la habitual, y antecedentes personales) y terapéuticas (duración del ingreso actual y psicoterapia durante el ingreso).
- SCID-I (Entrevista clínica semi-estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV) (Spitzer, Robert y Gibbon, 1996). Se utilizaron los apartados referentes a los trastornos depresivos, de ansiedad, psicóticos, de la conducta alimentaria, bipolar I y trastornos por consumo de sustancias. Se ha encontrado un valor kappa de 0.70-1 entre dos entrevistadores utilizando esta entrevista (Segal, Hersen y Van Hasselt, 1994).
- SCID-II (Entrevista clínica semi-estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV) (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Se ha encontrado un valor kappa de 0.74-0.87 entre dos entrevistadores utilizando esta entrevista (Malow, West y Williams, 1989).
- Pruebas de detección de tóxicos: se registraron sistemáticamente los resultados del urinoanálisis y del alcohol test el primer día del ingreso y durante el seguimiento a nivel ambulatorio dos veces por semana.
- Recaída: La recaída se evaluó a los 6 meses mediante el autoinforme del paciente y por pruebas diagnósticas de detección de tóxicos (alcohol test y/o urinoanálisis). Para evaluar la recaída, se consideraba el reinicio del consumo de la sustancia principal que había motivado el ingreso en la unidad hospitalaria de desintoxicación. El criterio de recaída fue diferente según la sustancia que motivó el ingreso: en el consumo de alcohol, se siguió el criterio de Volpicelli y cols. (1997), que fijaron como criterio de "recaída" cuando se bebe alcohol durante cinco días

seguidos o se beben más de cinco unidades de alcohol en un día. Se consideró recaída en el consumo del resto de sustancias (cocaína, heroína, cannabis, benzodiazepinas, y otras drogas) tres registros positivos consecutivos en el urinoanálisis, o cinco registros positivos en un mes, o cuando el paciente admitía un consumo similar al patrón de consumo que motivó el ingreso.

Las características demográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes que recayeron a los 6 meses fueron comparadas con las características de los individuos que no habían recaído.

## Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó la estadística descriptiva (media, desviación estándar, mediana, tablas de frecuencia) de las principales variables.

Al tratarse de un estudio descriptivo no se realizó cálculo del tamaño muestral aceptándose una muestra de conveniencia y utilizando posteriormente estadísticos no paramétricos debido al tamaño muestral.

Posteriormente se analizaron los datos a nivel bivariado, mediante estadísticos no paramétricos. Se utilizó el test de Chi Cuadrado para comparar variables categóricas. Se utilizó un estadístico no paramétrico, U de Mann Whitney, para variables continuas cuando se compararon dos grupos.

Se realizó un análisis multivariante incluyendo las variables asociadas de forma significativa a presentar recaída a nivel bivariante. Así, para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables se realizó un análisis de regresión logística con el método *Enter*. Los datos se recogieron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0. En todos los casos se admitió significación estadística para  $p < .05$ .

## Resultados

### Descripción de la muestra

Desde junio del 2009 hasta octubre del 2010 ingresaron en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital de Vall d'Hebron 165 pacientes. De ellos, 15 pidieron el alta voluntaria, por lo que no finalizaron el tratamiento de desintoxicación y se excluyeron del estudio, 14 estaban ingresados dentro de protocolos de ensayos clínicos por lo que no se incluyeron, ya que realizaron un seguimiento ambulatorio distinto del estándar, y 3 pacientes se excluyeron por presentar barrera idiomática. De los 134 pacientes que finalizaron el ingreso, 26 pacientes no terminaron el seguimiento ambulatorio de 6 meses, por lo que también fueron excluidos. Por lo tanto, la muestra final se compuso de 108 pacientes que ingresaron en el periodo de estudio y que realizaron un control durante al menos 6 meses de seguimiento ambulatorio (Figura 1).

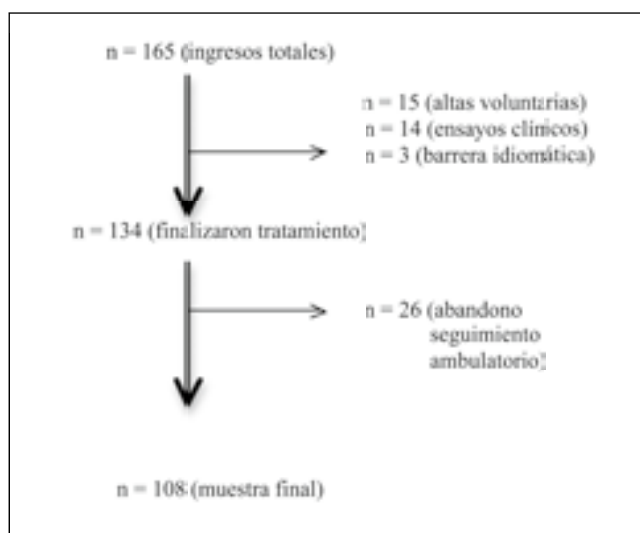


Figura 1. Composición de la muestra del estudio

La tabla 1 describe las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de la muestra. La sustancia principal de ingreso por orden de frecuencia fue: cocaína (46,3%), alcohol (30,6%), opiáceos (11,1%), cannabis (6,5%) y benzodiazepinas (5,6%). El 63,9% consumía más de una sustancia en el momento del ingreso.

Tabla 1. Variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de la muestra

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (n = 108) |           |                      |      |
|---------------------------------------|-----------|----------------------|------|
|                                       | %         |                      |      |
| Edad (años)                           | 37,7±9,5  |                      |      |
| Género (hombres)                      | 75        |                      |      |
| Estado civil                          |           |                      |      |
| Soltero                               | 34,3      |                      |      |
| Casado                                | 27,8      |                      |      |
| Divorciado                            | 37        |                      |      |
| Viudo                                 | 0,9       |                      |      |
| VARIABLES CLÍNICAS (n = 108)          |           |                      |      |
|                                       | %         | %                    |      |
| Antecedentes personales               |           | Sustancia de ingreso |      |
| Somáticos                             | 38,9      | Heroína              | 11,1 |
| Psiquiátricos                         | 65,7      | Cocaína              | 46,3 |
| Eje I                                 | 38        | Alcohol              | 30,6 |
| Trastornos Psicóticos                 | 31,5      | Cannabis             | 6,5  |
| Trastornos Afectivos                  | 38,9      | Benzodiazepinas      | 5,6  |
| Trastornos Ansiosos                   | 29,2      | Policonsumidores     | 63,9 |
| Eje II                                | 45,4      | Consumo preingreso   | 55,6 |
| TP Cluster A                          | 4,1       |                      |      |
| TP Cluster B                          | 65,1      |                      |      |
| TP Cluster C                          | 8,1       |                      |      |
| TP Mixto                              | 4,1       |                      |      |
| TP no especificado                    | 18,2      |                      |      |
| Eje I y Eje II                        | 16,6      |                      |      |
| VARIABLES TERAPÉUTICAS (n = 108)      |           |                      |      |
|                                       | %         |                      |      |
| Psicoterapia grupal                   | 59,3      |                      |      |
| Duración ingreso                      | 10,6±2,92 |                      |      |

## Resultados en función de la recaída a los 6 meses

El porcentaje de pacientes que había recaído a los 6 meses tras el alta fue del 72,2% (n = 78) de los pacientes, y se mantuvieron abstinentes el 27,8% (n = 30).

**Análisis univariante.** No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las variables demográficas (edad, género y estado civil) entre los pacientes que recaeron en su adicción a los 6 meses y los que se mantuvieron abstinentes (Tabla 2).

Tabla 2. Variables asociadas a la posibilidad de recaída

|                                       | Total<br>(n = 108) | Recaída<br>(n = 78) | No recaída<br>(n = 30) | X <sup>2</sup> | p   |
|---------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------------|-----|
| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS           |                    |                     |                        |                |     |
| Edad (años)                           | 37,7±9,5           | 38±10,2             | 36,97±7,6              | Z = 0,240      | ,81 |
|                                       | %                  | %                   | %                      |                |     |
| Género (hombre)                       | 75                 | 76,9                | 70                     | 0,55           | ,45 |
| Estado civil (casado)                 | 27,8               | 24,4                | 36,7                   | 1,63           | ,2  |
| VARIABLES CLÍNICAS                    |                    |                     |                        |                |     |
|                                       | %                  | %                   | %                      |                |     |
| Antecedentes Somáticos                | 38,9               | 44,9                | 23,3                   | 4,23           | ,04 |
| Eje I                                 | 38                 | 33,8                | 45,2                   | 1,23           | ,26 |
| Trastornos Psicóticos                 | 31,5               | 9,1                 | 19,4                   | 12,89          | ,01 |
| Trastornos Afectivos                  | 38,9               | 19,5                | 3,2                    |                |     |
| Trastornos Ansiosos                   | 29,2               | 5,2                 | 22,6                   |                |     |
| Eje II                                | 45,4               | 48,7                | 36,7                   | 1,27           | ,26 |
| TP Cluster A                          | 4,1                | 1,3                 | 3,2                    | 3,41           | ,63 |
| TP Cluster B                          | 65,1               | 29,9                | 29                     | 0,44           |     |
| TP Cluster C                          | 8,1                | 5,2                 |                        | 3,41           |     |
| VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO |                    |                     |                        |                |     |
|                                       | %                  | %                   | %                      |                |     |
| Sustancia motivo de ingreso           |                    |                     |                        |                |     |
| Heroína                               | 11,1               | 91,7                | 8,3                    | 10,17          | ,04 |
| Cocaína                               | 46,3               | 68                  | 32                     | 10,17          |     |
| Alcohol                               | 30,6               | 78,8                | 21,2                   | 10,17          |     |
| Cannabis                              | 6,5                | 28,6                | 71,4                   | 10,17          |     |
| Benzodiazepinas                       | 5,6                | 83,3                | 16,7                   | 10,17          |     |
| Policonsumidores                      | 63,9               | 71,4                | 32                     | 4,02           | ,05 |
| Consumo preingreso                    | 55,6               | 61,5                | 39,5                   | 4,07           | ,04 |
| VARIABLES TERAPÉUTICAS                |                    |                     |                        |                |     |
|                                       | %                  | %                   | %                      |                |     |
| Psicoterapia grupal                   | 59,3               | 61                  | 58                     | 0,12           | ,73 |
| Duración ingreso                      | 10,6±2,92          | 10±3,3              | 10,6±2,7               | Z = 0,28       | ,77 |

Los pacientes con antecedentes patológicos médicos (44,9% vs 23,3%, p = .04) y con trastornos afectivos comórbidos (93,8% vs 6,3%, p = .007) recayeron con más frecuencia que los pacientes que no presentaban estos trastornos. Sin embargo, los pacientes con trastornos psicóticos comórbidos al trastorno por dependencia de sustancias (53,8% vs 46,2%, p = .007) recaían menos frecuentemente, a los seis meses de seguimiento ambulatorio. Los pacientes con trastornos de personalidad no presentaron una tasa de recaída

mayor a los 6 meses, que los pacientes sin trastornos de personalidad.

Se observaron algunas diferencias significativas entre los pacientes que recaían a los 6 meses y los pacientes que se mantenían abstinentes, en las variables asociadas al consumo. En primer lugar, se encontró que había diferencias en función de la sustancia que motivaba el ingreso. El 91,7% de los pacientes adictos a la heroína habían vuelto a consumir a los 6 meses; por contra, únicamente el 28,6% de los pacientes adictos a cannabis recaían a los 6 meses ( $p < ,038$ ). Asimismo, se observó que los pacientes que consumían más de una sustancia en el momento del ingreso recaían con mayor frecuencia que los adictos a una sola sustancia (71,4% vs 32%,  $p = .05$ ).

Se observó también que aquellos pacientes que habían consumido las horas previas al ingreso recaían con mayor frecuencia a los 6 meses (61,5% vs 40%,  $p = .04$ ).

Las variables terapéuticas (duración del ingreso y psicoterapia grupal) tampoco se relacionaron con la recaída a los 6 meses (Ver tabla 2).

**Análisis multivariante.** En el análisis multivariante, la heroína como sustancia que motiva el ingreso (odds ratio 2.1 [IC 95%, 1,29 a 4,15]) y el consumo compulsivo a modo de despedida unas horas previas al ingreso (odds ratio 2,4 [IC 95%, 1,01 a 5,6]), se asoció de forma independiente a la posibilidad de recaída a los 6 meses (ver tabla 3), tras ajustar estas variables por las que habían obtenido una significación estadística en el análisis univariante (sustancia de consumo, consumo en las horas previas al ingreso, antecedentes personales médicos, distribución de la comorbilidad psiquiátrica y policonsumo) (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Variables asociadas de forma independiente a la posibilidad de recaída**

|  | OR   | 95% IC       | P   |
|--|------|--------------|-----|
| Sustancia ingreso heroína                    | 2,1  | 1,29 a 4,15  | ,05 |
| Consumo preingreso                           | 2,4  | 1,01 a 5,6   | ,04 |
| Antecedentes médicos                         | 1,09 | 0,74 a 1,69  | ,21 |
| Distribución de la comorbilidad psiquiátrica | 1,04 | 0,05 a 4,2   | ,54 |
| Policonsumo                                  | 0,9  | 0,85 a 1,001 | ,6  |

## Discusión

El presente estudio muestra que la mayoría de los pacientes (72,2%) con adicción a sustancias recaen a los 6 meses de seguimiento, tras la desintoxicación hospitalaria. Estos datos son similares a otro estudio realizado tras desintoxicación hospitalaria que objetivó un porcentaje de recaídas al año del 83% de los pacientes (Guirado, Freixa, Guardia, Salafranca, y Turbanny, 1994). Asimismo, Smith y cols. (2010) detectaron que, una vez desintoxicados, hasta un 91% de los pacientes informaron de una recaída, que en el 59% de los casos comenzó en la primera semana tras el

alta. Sweet y cols. (1989) observaron, en una muestra de 142 pacientes, que el 75% recaían a los 8 meses de seguimiento ambulatorio tras el alta hospitalaria. Los resultados también coinciden con los estudios de pacientes que realizaban seguimiento ambulatorio. En dependientes de cocaína que seguían tratamiento ambulatorio, el 50,5% había recaído a los 6 meses (Sánchez-Hervás et al, 2010). Goeb y cols. (2000) en una muestra de 257 pacientes drogodependientes reportaron que el 86% a los 3 meses de seguimiento ambulatorio.

Los factores que se asociaron de forma independiente a la recaída, en el análisis multivariante, fueron ingresar para desintoxicación de heroína como sustancia principal de consumo y consumir horas previas al ingreso a modo de despedida. Otras variables que se asociaron al riesgo de recaída, en el análisis univariante, fueron presentar comorbilidad médica, trastorno depresivo comórbido y el policonsumo de sustancias.

Los pacientes que ingresaban para desintoxicación de heroína como sustancia principal presentaban un porcentaje de recaída mayor que los pacientes que ingresaban para desintoxicación de otra sustancia, confirmando un trabajo previo de Smith y cols. (2010). Sin embargo, no está determinado que sea la sustancia más asociada a la recidiva en su consumo. O'Brien y Mc'Lellan (1996) observaron mayor probabilidad de éxito a los 6 meses de tratamiento en pacientes adictos a heroína, que en pacientes con dependencia de cocaína, alcohol o nicotina. También Olmos-Espinosa y cols. (2001) detectaron, en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos, que el 72% de los pacientes seguían vinculados al año de seguimiento ambulatorio. Existen otros estudios que objetivan que el tipo de sustancia consumida parece no estar relacionado con la probabilidad de recaída en su consumo (Fendrich et al., 1999; Maddux et al., 1986; Murphy et al., 2010).

El resultado del presente trabajo es coherente con que la adicción a heroína se ha considerado de mayor gravedad, debido a la problemática social, familiar y a las enfermedades médicas (sobre todo infecciosas) y psiquiátricas a las que se asocia (Maremmani et al, 2011; Sánchez-Hervás et al, 2010). Maremmani y cols. (2011) observaron que los pacientes con dependencia de opiáceos se les diagnosticaban trastornos psicóticos o ansiosos comórbidos a lo largo de su vida.

Por dicho motivo, dado la existencia de estudios contradictorios se debe seguir estudiando si la recaída está asociada al tipo de sustancia consumida. Asimismo sería conveniente diferenciar los tipos de opiáceos que motivan el ingreso (heroína, retirada de metadona y otros opiáceos como morfina o codeína). Backmund y cols. (2001) compararon pacientes que ingresaban para desintoxicación de heroína con pacientes que ingresaban para desintoxicación de metadona o codeína, y observaron que los pacientes adictos a heroína finalizaban el tratamiento de desintoxicación menos frecuentemente que el resto.

Los pacientes que consumieron la sustancia motivo de ingreso a modo de despedida antes del ingreso, recayeron de una forma significativamente superior a los que se man-

tuvieron abstinentes. En este sentido, ya Pérez de los Cobos y cols. (1997), en pacientes que ingresaban para desintoxicación de heroína, observaron que el consumir cocaína el día previo al ingreso, era un factor de mal pronóstico para finalizar correctamente el ingreso de desintoxicación y mantenerse abstinentes del consumo de heroína a largo plazo tras el alta. Sin embargo, se debe considerar la sustancia motivo de ingreso. En pacientes que ingresaban para desintoxicación de alcohol, el consumo previo de dicha sustancia, no influía en el mantenimiento de la abstinencia al año de seguimiento ambulatorio, excepto en el subgrupo de pacientes que habían ingresado previamente (Monrás et al., 2004).

Este hecho podría estar relacionado con el *craving* (estado emocional y motivacional de sentimientos subjetivos de deseo o necesidad de consumir sustancias psicoactivas). El *craving* es un componente importante de la dependencia de drogas, dado que se le atribuye un papel relevante en las recaídas y en la continuidad del consumo posterior, incluso tras largos periodos de abstinencia como durante el tratamiento (Pérez de los Cobos et al., 2011; Preston et al., 2009). Los pacientes con un alto *craving*, que lo palián con un consumo de drogas previo al ingreso hospitalario para desintoxicación, tienen un peor pronóstico de su drogadicción (Rosenberg, 2009). También podría estar relacionada con la motivación que tiene el paciente para realizar el tratamiento de desintoxicación y deshabituación de la adicción, ya que probablemente los pacientes que consumen horas antes del ingreso estén en una fase pre-contemplativa o contemplativa del abandono del consumo de la sustancia (Prochaska y DiClemente, 1982).

En este trabajo también se observó que la patología médica concomitante (enfermedades infecciosas, cirrosis, o trastornos neurológicos provocados por el trastorno adictivo) se relacionaba con una mayor tasa de recaída a los 6 meses. Este hallazgo coincide con otros estudios en los que se objetiva que el padecer enfermedades médicas comórbidas al trastorno adictivo es un indicador de gravedad y cronicidad de la adicción, además de ser un factor de mal pronóstico a largo plazo, ya que se asocia a mayor probabilidad de recaída en el consumo (Santos et al., 2000; Secades et al., 2000; Sweet et al., 1989).

Se ha descrito que los pacientes con patología dual (trastorno por uso de sustancias comórbido con otro trastorno psiquiátrico), tienen mayor gravedad de ambos trastornos y peor pronóstico a corto, medio y largo plazo (Roncero et al., 2011a; Torrens, Martín-Santos y Samet, 2006). En el presente estudio se observa diferencias significativas en función de la comorbilidad psiquiátrica, de manera que los pacientes con trastornos depresivos comórbidos, recaían con mayor frecuencia y los psicóticos recaían con menor frecuencia a los seis meses. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes que presentaban un trastorno de personalidad comórbido, a diferencia de McMahon y colaboradores (2009), que detectaron que en dependientes de cocaína, la existencia de trastornos de personalidad estaba asociada a una peor evolución en su recuperación.

Otra variable que se relacionó de forma significativa con la recaída a los 6 meses tras el ingreso hospitalario fue el policonsumo de sustancias que se objetivó en el 63,9% de los pacientes en el momento del ingreso. Este dato concuerda con la mayoría de los estudios en los que objetivan que los pacientes politoxicómanos son más graves, ya que tienen peor pronóstico a largo plazo, con mayor riesgo de recaída (Santos et al., 2000), mayor número de reingresos (Secades et al., 2000), patología médica asociada (Xie et al., 2005), mayor alteración del sueño (Roncero et al., 2011b) y desestructuración social (Goeb et al., 2000).

El presente trabajo se trata de un estudio prospectivo que representa la actividad asistencial diaria de los profesionales que se dedican al tratamiento de las adicciones. Utiliza una muestra de pacientes ingresados, evaluados exhaustivamente mediante pruebas psicométricas que otorgan validez a los diagnósticos clínicos. Además, hasta nuestro conocimiento, existen escasos estudios que evalúan el pronóstico de los pacientes tras realizar una desintoxicación en un contexto hospitalario. Sin embargo, se deben tener en cuenta ciertas limitaciones, como el seguimiento ambulatorio en el que pueden suceder hechos vitales difícilmente controlables que provoquen la recaída en el consumo, o los diferentes cambios farmacológicos y los tratamientos psicoterapéuticos que realizan los pacientes tras el alta hospitalaria, aspectos que no fueron controlados. Asimismo sería interesante, en futuros estudios, realizar análisis en función de cada sustancia de ingreso que permitan profundizar en las características diferenciales dentro de cada subgrupo. Para esto se requiere una mayor representación muestral.

En conclusión, existen características clínicas (desintoxicación de heroína y consumo previo al ingreso) que determinan la mayor probabilidad de recaída a medio plazo. Los pacientes con estas características podrían recibir un seguimiento intensivo especial.

---

## Reconocimientos

A la Agencia de Salut Pública de Barcelona, a l'Institut Català de la Salut y al Hospital Universitari Vall d'Hebron por el apoyo a la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación.

A los siguientes profesionales del equipo del CAS Vall d'Hebron: Srta. Sonia Fuentes y Srta. Yasmina Pallares por colaborar en las evaluaciones psicométricas de los pacientes.

---

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D. y Schutz, C. G. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 173-180. doi: 10.1016/S0376-8716(01)00122-3
- Cervera, G., Valderrama, J. C., Bolinches, F. y Martínez, J. (1999). Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 4, 181-186.
- Connors, G. J., Maisto, S. A. y Donovan, D. M. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91, 5-14. doi: 10.1046/j.1360-0443.91.12s1.17.x
- Fendrich, M., Johnson, T. P., Sudman, S., Wislar, J. S. y Spiehler, V. (1999). Validity of drug use reporting in a high-risk community sample: A comparison of cocaine and heroin survey reports with hair tests. *American Journal of Epidemiology*, 149, 955-962.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1999). The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorder (SCID-I). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M.,... Van Ree J. M. (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health*, 12, 228-234. doi:10.1093/eurpub/12.3.228
- Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T. y Ferrand, I. (2000). [Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients-a propos of 257 patients of the Cassini Center in Paris]. *Encephale*, 26, 11-20.
- Gossop, M. (1978). Drug dependence: A study of the relationship between motivational, cognitive, social and historical factors, and treatment variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 44-50.
- Gotthel, E., Thornton, C., Skoloda, T. y Alterman, A. (1982). Follow-up of abstinent and nonabstinent alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 139, 560-565.
- Guirado, V., Freixa, M., Guardia, J., Salafranca, I. y Turbanny, J. (1994). Predicción del riesgo de recaída en tratamientos de drogodependientes. *Adicciones*, 6, 453-463.
- Maddux, J. y Desmond, D. (1986). Relapse and recovery in substance abuse careers. *NIDA Research Monograph*, 72, 49-71.
- Malow, R., West, J. y Williams, J. (1989). Personality disorders classifications and symptoms in cocaine and opioid addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 765-767. doi: 10.1037/0022-006X.57.6.765
- Maremmani, A. G., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M.,... Maremmani, I. (2011). Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. *Journal of Addictive Diseases*, 30, 123-135. doi: 10.1080/10550887.2011.554779
- McMahon, R. C. y Enders, C. (2009). Personality disorder factors predict recovery of employment functioning among treated cocaine abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 138-144. doi: 10.1080/00952990902825397
- Milkman, H., Weiner, S. E. y Sunderwirth, S. (1984). Addiction relapse. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 3, 119-134.
- Monrás, M., Lligoña, A., Freixa, N. y Gual, A. (2004). El último consumo de alcohol previo al ingreso de desintoxicación como predictor a largo plazo de la abstinencia. *Adicciones*, 16, 1-5.
- Murphy, D. A., Hser, Y. I., Huang, D., Brecht, M. L. y Herbeck, D. M. (2010). Self-report of Longitudinal Substance Use: A Comparison of the UCLA Natural History Interview and the Addiction Severity Index. *Journal Drug Issues*, 40, 495-516.
- O'Brien, C.P. y McLellan, A.T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet*, 347, 237-240. doi: 10.1016/S0140-6736(96)90409-2
- Olmos-Espinosa, R., Madoz-Gúrpide, A. y Ochoa, E. (2001). [One year follow-up of opiate addicts in an outpatient programme after in-hospital detoxification] *Adicciones*, 13, 173-178.
- Pérez de los Cobos, J., Trujols, J., Ribalta, E. y Casas, M. (1997). Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharges against medical advice. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 267-279. doi: 10.3109/00952999709040946
- Pérez de los Cobos, J., Siñol, N., Trujols, J., Bañuls, E., Batlle, F. y Tejero, A. (2011). Drug-dependent inpatients reporting continuous absence of spontaneous drug craving for the main substance throughout detoxification treatment. *Drug Alcohol Review*, 30, 403-410. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00241
- Preston, K. L., Vahabzadeh, M., Schmittner, J., Lin, J. L., Gorelick, D. A. y Epstein, D. H. (2009). Cocaine craving and use during daily life. *Psychopharmacology*, 207, 291-301. doi: 10.1007/s00213-009-1655-8
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Bachiller, D., Szerman, N., Casas, M. y Ruiz, P. (2011a). Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 10, 131-154.
- Roncero, C., Grau-López, L., Díaz-Morán, S., Miquel, L., Martínez-Luna, N. y Casas, M. (2011b). Evaluación de las alteraciones del sueño en pacientes drogodependientes. *Medicina Clínica*, 19. Medicina Clínica (Barcelona), 138, 332-335.
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29, 519-534.
- Rubio, G., León, G., Pascual, F. F. y Santo-Domingo, J. (1998). Clinical significance of Cloninger's classification in a sample of alcoholic Spanish men. *Addiction*, 93, 93-101. doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.931939.x
- Rubio, G., Jiménez, M., Rodríguez-Jiménez, R., Martínez, I., Iribarren, M. M., Jiménez-Arriero, M. A.,... Ávila, C. (2007). Varieties of impulsivity in males with alcohol dependence: the role of Cluster-B personality disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31, 1826-1832. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00506.x
- Rubio, G., Martínez-Gras, I. y Manzanares, J. (2009). Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29, 584-589. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181bfdb79
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C.,... Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitiva conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23, 107-113.

- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santonja, F. J., Zacarés, F., García-Rodríguez, O., Martín, E.,... García Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22, 59-64.
- Santos, P., Palomares, J. V. y Pastor, M. A. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabituación residencial. *Adicciones*, 12, 487-491.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 353-363.
- Segal, D. L., Hersen, M. y Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent in treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875-880.
- Smith, B. P., Barry, J., Keenon, E. y Dukray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*, 103, 176-179.
- Spitzer, R., Robert, L. y Gibbon, M. (1996). SCID-I, Versión clínica, entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM. Masson: Barcelona.
- Swett, C. y Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.
- Torrens, M., Martín-Santos, R. y Samet, S. (2006). Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotoxicity Research*, 10, 253-261. doi: 10.1007/BF03033361
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E. y Gladsjo, J. A. (1991). Environmental influences on relapse in substance use disorders. *The International Journal of Addictions*, 25, 1017-1050.
- Volpicelli, J. R., Rhines, K. C., Rhines, J. S., Volpicelli, L. A., Alterman, A. I. y O'Brien, C.P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence. Role of subject compliance. *Archives of General Psychiatry*, 54, 737-742.
- Walton, M. A., Reischl, T. M. y Ramanathan, C. S. (1995). Social settings and addiction relapse. *Journal of Substance Abuse*, 7, 223-233. doi: 10.1016/0899-3289(95)90006-3
- Wexler, H. K. y De Leon, G. (1977). The Therapeutic Community: Multivariate Prediction of Retention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, 145-151. doi: 10.3109/00952997709002756
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B. y Drake, R. E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 56, 1282-1287. doi: 10.1176/appi.ps.56.10.1282