

ORIGINAL

Retraso en el acceso al primer tratamiento para la adicción en usuarios de opiáceos

Delay among opioid users in seeking first addiction treatment

CARLOS ORTEGA-MUELA^{*}; MARÍA RODRÍGUEZ-MINCHOLÉ^{*}; RAQUEL GARCÍA-PAGE^{*}; JOSÉ PULIDO^{*,**}; JESÚS HENARES-MONTIEL^{**,***}; MARTA DONAT^{**,****}; MARÍA JOSÉ BELZA^{**,****}; LUIS SORDO^{*,**}.

^{*} Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

^{**} CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

^{***} Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

^{****} Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

Nota: Los tres primeros autores del presente trabajo tuvieron la misma participación en el desarrollo del mismo. Su orden en la autoría se determinó por sorteo.

Resumen

La búsqueda temprana de tratamiento para la adicción a los opiáceos se relaciona con un aumento de las posibilidades de éxito en el mismo. Los nuevos pacientes que buscan este tratamiento, y el tiempo que tardan en demandarlo, han sido escasamente descritos en España y Europa. El objetivo del presente estudio es identificar los factores individuales relacionados con el retraso en acudir por primera vez a tratamiento para la adicción a opiáceos. Se realizó un estudio transversal de consumidores de opiáceos admitidos por primera vez a tratamiento por adicción en centros públicos de la Comunidad de Madrid entre los años 2017-2019 (n = 366). Se estableció como variable dependiente el tiempo desde el inicio del consumo hasta el tratamiento (THT). Se realizó un análisis descriptivo general de los usuarios, seguido de un análisis bivariable tras dividir la muestra en dos grupos (THT < 5 años y THT ≥ 5 años). Para identificar aquellos factores asociados a un aumento en el THT se realizó un análisis de regresión logística multivariante. El perfil principal de la población de estudio fue: varón de mediana edad, español y desempleado que consume heroína por vía fumada. La mediana de THT fue: 9,27 años para varones y 4,75 para mujeres. Los factores que se asocian a un mayor THT fueron: > 49 años (OR: 5,87; IC95% 1,73-20,00), desempleo (OR: 2,54; IC95% 1,11-5,83), bajo nivel educativo (OR: 2,18; IC95% 1,04-4,59), no tener hogar (OR: 4,18; IC95% 1,29-13,57), primer consumo fuera del domicilio (OR: 2,54; IC95% 1,11-5,84) y VHC positivo (OR: 2,97; IC95% 1,00-8,82). El retraso en acudir a tratamiento se relaciona con los usuarios de más edad y menor nivel sociocultural. Las personas en riesgo de exclusión social deben priorizarse en las intervenciones para facilitar su acceso a los servicios de tratamiento.

Palabras clave: opiáceos, heroína, retraso en tratamiento, nuevos usuarios, adicción

Abstract

Early treatment seeking for opioid addiction is related to an increased chance of treatment success. New patients seeking treatment, and the time they take to seek it, have scarcely been described in Spain and Europe. The aim of the present study was to identify individual factors related to the delay in seeking treatment for opiate addiction for the first time. A cross-sectional study of opiate users admitted for the first time to treatment for addiction in public centers in the Community of Madrid between 2017-2019 (n = 366) was conducted. The time from the onset of consumption to treatment (THT) was the dependent variable. A general descriptive analysis of users was performed, followed by a bivariate analysis after dividing the sample into two groups (THT < 5 years and THT ≥ 5 years). To identify those factors associated with an increase in THT, a multivariate logistic regression analysis was performed. The main profile of the study population was: middle-aged, Spanish, unemployed, male, smoked heroin user. The median THT was: 9.27 years for men and 4.75 for women. Factors associated with higher THT were: > 49 years (OR: 5.87; 95%CI 1.73-20.00), unemployment (OR: 2.54; 95%CI 1.11-5.83), low educational level (OR: 2.18; 95%CI 1.04-4.59), homelessness (OR: 4.18; 95%CI 1.29-13.57), first use not at home (OR: 2.54; 95%CI 1.11-5.84) and HCV positive (OR: 2.97; 95%CI 1.00-8.82). Delays in seeking treatment are related to older users and lower sociocultural level. People at risk of social exclusion should be prioritized in interventions to facilitate their access to treatment services.

Keywords: opioids, heroin, treatment delay, new drug users, addiction

■ Recibido: Enero 2023; Aceptado: Octubre 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

José Pulido. Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Plaza Ramón y Cajal s/n, 28040, Madrid. E-mail: josepulido@ucm.es

A finales del siglo pasado, el consumo de opiáceos (esencialmente heroína), supuso una auténtica epidemia en toda Europa, especialmente en España (de la Fuente et al., 2006). En este país, a principios de los noventa el 10,1% de todas las muertes entre los 15 y los 39 años de edad se atribuían al consumo de heroína (de la Fuente et al., 1995). Las principales causas eran dos: sobredosis e infecciones derivadas de su uso por vía parenteral, sobre todo el VIH/SIDA (de la Fuente et al., 2003). Aunque en las últimas décadas parece que se ha producido una estabilización del consumo (Cicero et al., 2014; Mur Sierra y Ortigosa Gómez, 2014; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022; Sánchez-Niubò et al., 2009; Sanvisens et al., 2014), el aumento generalizado del consumo de fármacos opiáceos (Salazar et al., 2020) hace de especial relevancia mejorar tanto los sistemas de detección precoz del posible aumento en el consumo, como mejorar los sistemas de tratamiento y reducción del daño en los usuarios. Los programas de intercambio de jeringuillas, el cambio de consumo inyectado a fumado y la llegada de los antirretrovirales de gran actividad fueron factores que ayudaron a disminuir drásticamente la tasa de morbimortalidad a partir de mediados de los noventa (Torrens et al., 2013). Pero la entrada en tratamiento de estos usuarios, en especial el tratamiento con agonistas opiáceos fue el elemento clave. Redujo las sobredosis, la transmisión de enfermedades (VIH, VHB, VHC) y mejoró la calidad de vida de los consumidores (Brugal et al., 2005; Torrens et al., 1999). Sin embargo, muchos de los pacientes necesitados de tratamiento no recurren a él y cuando lo hacen tardan bastante en solicitarlo, lo cual se relaciona con un peor pronóstico en el desarrollo de la enfermedad (Molist et al., 2018). Las causas que los usuarios señalan como barreras para solicitar tratamiento van desde su sensación de poder lidiar con el consumo ellos solos, hasta el estigma asociado, la desconfianza respecto de su eficacia o la ausencia de flexibilidad de estos tratamientos (Farhoudian et al., 2022; Hall et al., 2021; Mowbray et al., 2010). Sin embargo, existen pocos estudios (Larance et al., 2018) que determinen los factores demográficos o clínicos relacionados con la demora en la demanda de tratamiento, ninguno en el entorno europeo. Conocer estos predictores, relacionados con el retraso en acudir a tratamiento, permitiría identificar poblaciones sobre las que enfatizar las intervenciones. El objetivo de este estudio es identificar los factores relacionados con el retraso en demandar tratamiento en nuevos pacientes consumidores de opiáceos.

Métodos

Diseño, población y recolección de datos

Estudio transversal de todos los usuarios que demandaron por primera vez tratamiento por adicción a los opiáceos en cualquiera de los centros públicos de Atención a las Adicciones/Integral a Drogodependientes (CAD/CAID) de

la Comunidad de Madrid durante los años 2017, 2018 y 2019.

La información de los usuarios se extrajo de los datos del protocolo de Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD). El protocolo RAD es un cuestionario que se realiza a toda persona que demanda tratamiento tras el diagnóstico de su adicción durante la primera visita al centro.

Los criterios de inclusión en este estudio fueron ser adicto a heroína y/u otro opiáceo (CIE-10) y no haber sido tratado previamente en un CAD/CAID. El diagnóstico de adicción lo realiza el médico del CAD/CAID que atiende a los pacientes a su entrada en el centro. De los 4040 pacientes que demandaron tratamiento en los tres años mencionados, 3325 tenían como diagnóstico CIE la adicción a los opiáceos. De estos 3325, solo 393 declararon que este fuera su primer tratamiento y de estos en 366 se tuvo registro de la variable principal (THT), siendo esta la población de estudio.

Definiciones y variables

En los pacientes seleccionados, teniendo en cuenta la edad de admisión al tratamiento y la edad de inicio de consumo de la droga principal, se pudo calcular la variable dependiente: tiempo transcurrido desde el inicio del consumo hasta la entrada en tratamiento [en lo sucesivo “tiempo hasta tratamiento” THT].

Tras determinar la no normalidad en la distribución de esta variable, se convirtió en categórica tomando como referencia mayor o igual, o menor de 5 años de THT. Cifra empleada en artículos previos en similares poblaciones y contextos asistenciales (Bargagli et al., 2006; Larance et al., 2018), habiendo mostrado ser un punto de inflexión de mejor o peor pronóstico (Molist et al., 2018).

Las variables independientes analizadas se corresponden con las recogidas en el RAD y cumplimentadas por el médico que atiende a la primera consulta de cada usuario. Estas fueron 1) variables sociodemográficas: sexo, edad, nacionalidad (española o extranjera), situación laboral (trabajo actual o desempleado), lugar de residencia (casa/piso/apartamento o ausencia de domicilio propio), convivencia (con pareja y/o hijos, familia de origen o solo), estado civil (casado/con pareja o soltero), presencia/ausencia de hijos, fuente de referencia (por voluntad propia, derivación sociosanitaria u obligada) y nivel de estudios (superiores o inferiores a la enseñanza secundaria); 2) variables relacionadas con el consumo de sustancias: droga de consumo principal (heroína u otros opiáceos), vía de administración (parenteral u otras), frecuencia de administración (diaria o no diaria) y consumo de otras drogas en los últimos 30 días, habiendo recogido datos de alcohol, cannabis, cocaína, otros opiáceos, benzodiazepinas y otros estimulantes; 3) características relacionadas con el inicio del consumo de la sustancia principal: persona que la facilitó por primera vez (familia/pareja, amigos u otros) y el lugar del pri-

mer consumo (domicilio u otros). Finalmente, 4) variables clínicas: estado serológico para VIH (negativo, positivo o desconocido), VHC (negativo, positivo o desconocido), VHB (no inmune, inmune o desconocido) y presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (negativo, positivo o desconocido).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para establecer las características generales de la población de estudio. Con el objetivo de identificar aquellos factores asociados a una demora en la demanda de tratamiento por adicción a opiáceos, se realizó primero un análisis bivariado, estimándose las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) mediante la prueba de χ^2 de cada una de las variables previamente descritas en los grupos según el THT. Aquellos factores que en el análisis bivariado mostraron una significación menor de 0,05 se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariado, para determinar los predictores de retraso en la entrada al tratamiento. Todo se realizó con el programa SPSS 25.

Resultados

Las características basales de la población de estudio fueron: 80,6% de hombres; el 43,4% tenían entre 36 y 49 años, con una media de edad de 39 (DE: 10,6 años), el 33,9% eran extranjeros, el 73,8% estaban desempleados y el 50,1% había completado al menos la educación secundaria. El 28,7% estaba casado o tenía pareja y el 18,9% tenía algún hijo (Tabla 1). En lo referente al consumo de sustancias, el 83,3% consumían heroína como opiáceo principal. En el 77,1% de los casos, el consumo de opiáceo principal era diario. La vía de administración más frecuente era la fumada (69,7%), siendo la vía parenteral usada en el 10,5% de los casos. El 42,1% tomaban más de una sustancia además de los opiáceos, destacando la cocaína (29,5%). En relación con el inicio de consumo, el 69,4% adquirió la droga por primera vez a través de amigos y solamente el 7,4% la consiguió a través de familiares o la pareja. El 85% consumió por primera vez en lugares diferentes al domicilio (Tabla 2) El 46,7% y el 45,6% desconocían su estado serológico con relación al VIH y VHC,

respectivamente, siendo un 4,4% positivos para el VIH y un 12% para el VHC (Tabla 3).

En lo referente a la variable dependiente, el 57,9% entraron a tratamiento 5 o más años después del inicio del consumo, siendo la media y mediana del THT de 11,8 años (DE: 11,4) y 8, respectivamente (figura 1). Los hombres presentaron una media y mediana de 12,7 años (DE: 11,8) y 9,21, las mujeres cifras menores de 8,1 años (DE: 8,2) y 4,75, respectivamente.

Según el análisis bivariado, los factores que se correlacionan con una mayor demora en el THT fueron: ser hombre (OR=1,66; IC95% 0,98-2,79); mayor edad, con una OR de los mayores de 49 años frente a los menores de 35 de 4,61 (IC95% 2,31-9,20); y ser nativo de España frente a extranjero (OR=1,56 (IC95% 1,00-2,41)). Las situaciones de desempleo, bajo nivel de estudios, ausencia de domicilio propio y vivir solo incrementaron el THT 1,9; 2,8; 3,25 y 4,44 veces, respectivamente (IC95% 1,18-3,05; IC95% 1,79-4,37; IC95% 1,81-5,83; IC95% 2,24-8,81) (Tabla 1).

Tanto el no consumo diario de opiáceos, como que el opiáceo principal fuera la heroína se relacionaron con mayor THT (OR=1,69; IC95% 1,01-2,83 y OR= 2,10; IC95% 1,21-3,67, respectivamente). La vía parenteral también condicionó el retraso (OR= 2,6; IC95% 1,19-5,56) (Tabla 2).

Finalmente, en el análisis bivariante la serología positiva para VIH se relacionó con una mayor demora (OR=12,4; IC95%1,60-95,86), al igual que la positividad para VHC (OR=4,83; IC95% 2,03-11,49) (Tabla 3).

Tras realizar los modelos de regresión logística multivariante, la edad se relacionó con el retraso. En el grupo de usuarios mayores de 49 años, el riesgo de acudir más tarde se vio incrementado 5,87 veces (IC95% 1,73-20,00) frente a los menores de 35 años. Por otro lado, se estableció una relación directa con el retraso en la demanda y la situación laboral de desempleo (OR: 2,54; IC95% 1,11-5,83), la falta de estudios superiores a la educación primaria (OR: 2,18; IC95% 1,04 - 4,59) y la ausencia de un domicilio propio (OR: 4,18; IC95% 1,29-13,57). El primer consumo en un lugar distinto al domicilio también resultó ser determinante, con un riesgo 2,54 veces mayor (IC95% 1,11-5,84), al igual que la positividad para el VHC (OR: 2,97; IC95% 1,00-8,82).

Tabla 1
Características sociodemográficas y años desde inicio de consumo opiáceos a tratamiento (THT)

	Total		THT ≥5 años		THT <5 años		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Mujer	71	19,4	34	47,9	37	52,1	1
Hombre	295	80,6	178	60,3	117	39,7	1,66* (0,98 - 2,79)
Edad							
≤ 35	142	38,8	66	46,5	76	53,5	1
36-49	159	43,4	94	59,1	65	40,9	1,67*** (1,06 - 2,63)
≥ 50	65	17,8	52	80,0	13	20,0	4,61*** (2,31 - 9,20)
País de nacimiento							
Extranjero	123	33,9	62	50,4	61	49,6	1
Español	240	66,1	147	61,3	93	38,8	1,56** (1,00 - 2,41)
Situación laboral							
Trabaja	96	26,2	44	45,8	52	54,2	1
No trabaja	261	73,8	161	61,7	100	38,3	1,9** (1,18 - 3,05)
Lugar de residencia							
Casa, piso o apartamento	286	78,1	149	52,1	137	47,9	1
Instituciones o en la calle	77	21	60	77,9	17	22,1	3,25*** (1,81 - 5,83)
Convivencia							
Pareja y/o hijos	126	35,3	58	46,0	68	54,0	1
Familia de origen	102	28,6	52	51,0	50	49,0	1,22*** (0,72 - 2,10)
Solo	67	18,8	53	79,1	14	20,9	4,44*** (2,24 - 8,81)
Otros	62	17,4	42	67,7	20	32,3	2,46*** (1,30 - 4,66)
Estado civil							
Casado/pareja de hecho	103	28,7	52	50,5	51	49,5	1
Otros/desconocido	256	71,3	156	60,9	100	39,1	1,53* (0,97 - 2,43)
Tiene hijos							
No	297	81,1	169	56,9	128	43,1	1
Sí	69	18,9	43	62,3	26	37,7	1,25 (0,73 - 2,15)
Fuente de referencia							
Voluntad propia	212	59,4	121	57,1	91	43,1	1
Derivación sociosanitaria	86	24,1	50	58,1	36	41,9	1,10 (0,63 - 1,74)
Obligado	59	16,5	33	55,9	26	44,1	1,00 (0,53 - 1,71)
Nivel de estudios alcanzado							
Secundarios o superiores	172	50,1	81	47,1	91	52,9	1
Primarios o inferiores	171	49,9	122	71,3	49	28,7	2,80*** (1,79 - 4,37)

*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01.

Tabla 2
Consumo de sustancias y años desde inicio de consumo de opiáceos a tratamiento (THT)

	Total		THT ≥5 años		THT <5 años		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Opiáceo principal							
Otros opiáceos	61	16,7	26	42,6	35	57,4	1
Heroína	305	83,3	186	61,0	119	39,0	2,10*** (1,21 - 3,67)
Frecuencia de consumo opiáceo principal							
Todos los días	276	77,1	151	54,7	125	45,3	1
No todos los días	82	22,9	55	67,1	27	32,9	1,69** (1,01 - 2,83)
Uso vía parenteral ¹							
No	325	89,5	180	55,4	145	44,6	1
Sí	38	10,5	29	76,3	9	23,7	2,60** (1,19 - 5,66)
Quién facilitó el primer consumo							
Familia/pareja	26	7,4	15	57,7	11	42,3	1
Amigos	243	69,4	152	62,6	91	37,4	1,23 (0,54 - 2,78)
Otros	81	23,1	36	44,4	45	55,6	0,59 (0,24 - 1,43)
Lugar del primer consumo							
Domicilio	50	15	19	38,0	31	62,0	1
Otros	283	85	175	61,8	108	38,2	2,64** (1,42 - 4, 99)
Consumo de otras drogas ^{1,2}							
No	212	57,9	120	56,6	92	43,4	1
Sí	154	42,1	92	59,7	62	40,3	1,14 (0,75 - 1,73)
Consumo de otras drogas ²							
Cocaína							
No	224	61,2	128	57,1	96	42,9	1
Si	142	38,8	84	59,2	58	40,8	1,10 (0,71 - 1,66)
Cannabis							
Si	28	7,7	14	50,0	14	50,0	1
No	338	92,3	198	58,6	140	41,4	1,41 (0,65 - 3,06)
Alcohol							
No	343	93,7	194	56,6	149	43,4	1
Si	23	6,3	18	78,3	5	21,7	2,77** (1,00 - 7,62)
Benzodiacepinas							
No	357	97,5	204	57,1	153	42,9	1
Si	9	2,5	8	88,9	1	11,1	6,00* (0,74 - 48,47)

*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01. 1: La información de estas variables puede verse ampliada en ANEXO 1. 2: últimos 30 días.

Tabla 3
Situación sanitaria y años desde el inicio de consumo de opiáceos a tratamiento (THT)

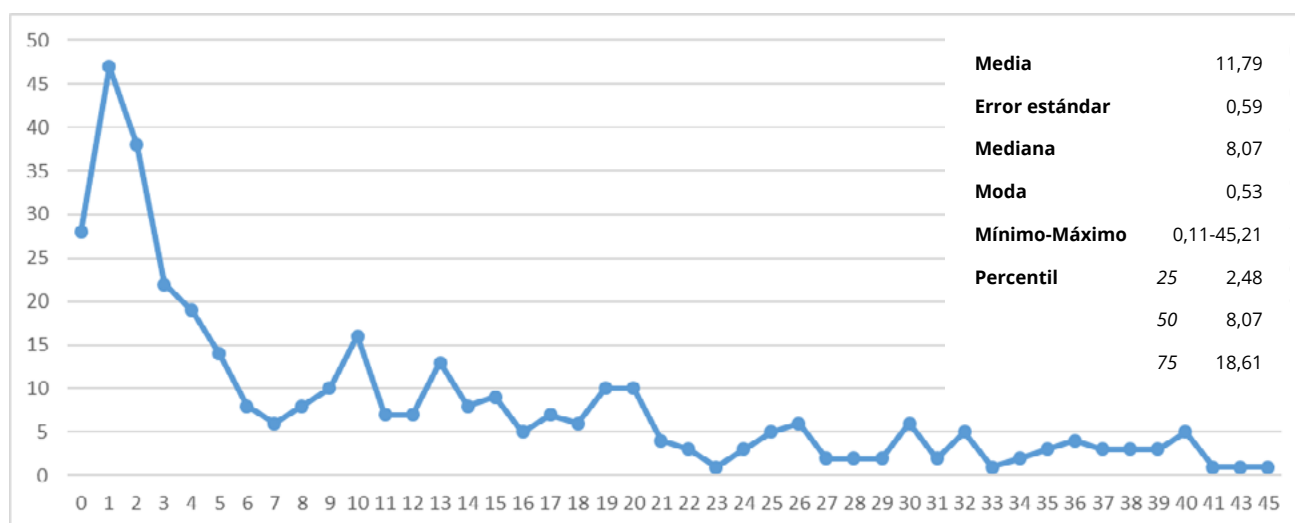
	Total		THT ≥5 años		THT <5 años		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
VIH							
Negativo	179	48,9	98	54,7	81	45,3	1
Positivo	16	4,4	15	93,8	1	6,3	12,4*** (1,60 - 95, 86)
Desconoce	171	46,7	99	57,9	72	42,1	1,14*** (0,75 - 1,74)
VHC							
Negativo	155	42,3	81	52,3	74	47,7	1
Positivo	44	12	37	84,1	7	15,9	4,83*** (2,03 - 11,49)
Desconoce	167	45,6	94	56,3	73	43,7	1,18*** (0,76 - 1,83)
VHB							
No inmune	86	23,5	46	53,5	40	46,5	1
Inmune	60	16,4	35	58,3	25	41,7	1,22 (0,63 - 2,37)
Desconoce	220	60,1	131	59,5	89	40,5	1,28 (0,78 - 2,11)
ETS							
No	191	52,2	109	57,1	82	42,9	1
Sí	4	1,1	3	75,0	1	25,0	2,26 (0,23 - 22,10)
Desconoce	171	46,7	100	58,5	71	41,5	1,10 (0,70 - 1,61)

*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01.

Tabla 4
Factores relacionados con el retraso en la entrada a tratamiento

Variables	Tiempo desde el inicio de consumo de opiáceos a tratamiento ≥ 5 años					
	β	OR	OR (IC 95%)		p	
Edad						
Edad < 35	Ref.					
Edad 35-49 años	-0,023	0,977	0,439	–	2,172	0,954
Edad > 49 años	1,770	5,872	1,725	–	19,995	0,005
Virus Hepatitis C positivo						
Negativo	Ref.					
Positivo	1,089	2,970	1,000	–	8,820	0,050
Lugar primer consumo						
Domicilio	Ref.					
Otros	0,933	2,543	1,108	–	5,833	0,028
Lugar de residencia						
Casa, piso o apartamento	Ref.					
Instituciones o en la calle	1,430	4,179	1,287	–	13,566	0,017
Nivel de estudios alcanzado						
Secundarios o superiores	Ref.					
Primarios o inferiores	0,780	2,182	1,039	–	4,586	0,039
Situación laboral						
Trabaja	Ref.					
No trabaja	0,933	2,543	1,108	–	5,833	0,028

Figura 1
Nº de pacientes (y) por años desde inicio de consumo a tratamiento (X). (N = 366)



Discusión

Este es el primer estudio que examina a nivel europeo los predictores sociodemográficos relacionados con un mayor transcurso de tiempo desde el inicio del consumo de opiáceos a la búsqueda de tratamiento en adictos a esta sustancia. Destacando entre ellos una mayor edad, el desempleo, no tener hogar y tener un bajo nivel educativo.

En relación a otros estudios de usuarios en este entorno (Puigdollers et al., 2004; Sánchez-Carbonell y Seus, 2000; Sanvisens et al., 2014), esta investigación revela un perfil novedoso. Por un lado, porque lo actualiza a 2019; por otro, porque describe adictos a los opiáceos que acuden a tratamiento por primera vez. El perfil medio de esta muestra es varón de 39 años, sin hijos, que reside en su propio hogar y que a su ingreso en el centro está en paro. A pesar de ser un grupo poblacional de “nuevos demandantes de tratamiento”, este patrón coincide en su mayoría con lo descrito en estudios anteriores. El género masculino, los altos índices de desempleo y el bajo nivel educativo han prevalecido en todos los estudios (de la Fuente et al., 2005; Puigdollers et al., 2004; Sánchez-Carbonell y Seus, 2000; Sanvisens et al., 2014). Tenemos usuarios nuevos, pero, más allá de ser algo más jóvenes que los que ya estaban en tratamiento, no parece que el perfil, hasta 2019, haya cambiado demasiado.

Más allá de la caracterización de la población estudiada, este estudio centra sus principales hallazgos en el tiempo desde el inicio del consumo hasta la solicitud de tratamiento (THT), variable que ha de ser discutida desde el primer momento. El estudio del THT sirve de aproximación al estudio del retraso en el tratamiento en el que se asume que, poblacionalmente, existe una relación directa entre THT y el tiempo desde el desarrollo de la adicción al inicio de la terapia (Degenhardt et al., 2019; Kessler et al., 2001; Larance et al., 2018). Aunque hay heterogeneidad en los

estudios sobre trayectorias vitales de los consumidores (Hall et al., 2021; Kessler et al., 2001), se ha descrito que desde el inicio del consumo transcurre una media de 3 años hasta el desarrollo de adicción y entre 5 (Bargagli et al., 2006; Darke, 2011, Shand et al., 2011) y 8 años (Best et al., 2008) hasta el inicio de tratamiento. Además, es relevante enfatizar que toda la población de este estudio acude a tratamiento. No tiene un grupo control de gente que no acude. Compara los que van pronto con los que van tarde, lo cual ha sido escasamente estudiado hasta el momento (Larance et al., 2018). De hecho, solo se ha encontrado un estudio previo español en el que se determinara el tiempo entre inicio de consumo y tratamiento (Flórez et al., 2015) en primeras consultas de usuarios. Su media de 10,9 años es muy similar a la encontrada en el presente estudio, si bien sus objetivos difieren del presente y no se centran en determinar los factores asociados.

Uno de los hallazgos fundamentales de este estudio es que las mujeres acuden casi 5 años antes a tratamiento que los varones. A nivel descriptivo, el hallazgo de que las mujeres tienen menor THT se corresponde con estudios previos (Darke, 2011). Este “adelanto” en acudir a tratamiento ha sido explicado de diferentes maneras. Una de ellas es que sobre las mujeres existen expectativas sociales mayores (“double standard hypothesis” (Marks y Clark, 2018)) que condicionan un mayor estigma sobre su adicción y la consiguiente mayor búsqueda temprana de tratamiento. Otra, el denominado *telescoping effect* (Marks y Clark, 2018; Ridenour et al., 2005) (aceleración en el proceso de adicción desde el inicio del consumo). Sin embargo, en nuestro estudio, cuando se realiza el análisis multivariado el género desaparece. Es decir, el franco adelanto en el THT de las mujeres se explica por factores diferentes al género. Estos factores (edad, vivienda, educación o desempleo) son los

que parecen condicionar esta realidad. No podemos generalizar mucho más de un entorno de sanidad y educación universales, pero se trata de un resultado llamativo, si bien se había descrito antes en entornos diferentes (Kessler et al., 2001; Larance et al., 2018; Stoltman et al., 2015). Parece que, en efecto, las mujeres acuden antes a tratamiento, pero debido a características diferenciales con los hombres.

Algo similar se detecta con la variable estado serológico frente al VIH. Parece que ser VIH+ se relaciona con mayor THT y sin embargo desaparece en el análisis multivariante. La infección por VIH se relaciona mucho con el uso parenteral. Uso actualmente muy minoritario tanto en esta muestra como en España (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022). De ahí que podamos pensar que el estado de VIH sea más un marcador de mayor edad (que sí aparece relacionada con mayor THT) que un factor que condicione el retraso en acudir al tratamiento. Además, los pacientes con VIH que tienen una buena adherencia a los antiretrovirales, tienen una buena calidad de vida (González-Álvarez et al., 2019). Y precisamente todos nuestros pacientes están en contacto con los servicios sanitarios. No obstante, podría ser al revés. El mayor retraso en tratamiento facilita la prosecución de prácticas de riesgo que conllevan la transmisión del VIH.

Enlazando con la edad como factor de riesgo, hay que destacar la posibilidad de que en estos estudios aparezca un importante efecto cohorte. Iniciarse en el consumo en los años 90 o en 2010 condiciona muchas de las características de consumo posteriores, así como las posibles infecciones relacionadas. Nuestro estudio indica que a mayor edad más retraso en el THT. Nos indica una población sobre la que particularizar intervenciones, pero también nos señala que determinadas generaciones de consumidores pueden tener unas características diferenciales por haber iniciado el consumo en el momento en el que lo hicieron (Degenhardt et al., 2019). Más allá del posible efecto cohorte, en anteriores estudios se ha descrito que son los más jóvenes los que más buscan el tratamiento (Kessler et al., 2001). Este estudio daría un nuevo matiz a este resultado. No solo es que lo busquen más, es que lo buscan antes.

En contraposición al VIH, sí hay una relación de retraso en tratamiento y Hepatitis C positivo. Podría pensarse que este resultado se relaciona con que esta infección ya tiene curación: son los pacientes que no se han tratado la misma los que han estado más ajenos a los servicios asistenciales o bien se han reinfectado (Valencia et al., 2019). Podría interpretarse como que se retrasan en acudir al tratamiento sobre su adicción de la misma manera que lo hacen en referencia a la hepatitis C, que está disponible y está financiado en España. Quizá esta infección sea un marcador de peor seguimiento asistencial o de mayor separación de la sociedad (Vallejo et al., 2015). En cualquier caso, en este estudio, es más indicativa la seropositividad a Hepatitis C que a VIH como marcador de retraso.

No es fácil interpretar que un primer consumo fuera de casa se relacione con mayor retraso. Hay artículos que hablan de los lugares de la primera inyección de heroína (Day et al., 2005; Roy et al., 2002), pero no hay referencias a un primer uso no inyectado. Podría indicar que el consumo en ambientes con mayor normalización del mismo retrasa la demanda de ayuda. Ambientes, precisamente, en los que factores estructurales o contextuales contribuirían también a dificultar el acceso al tratamiento (Farhoudian et al., 2022). Por lo que este primer consumo fuera de casa podría ser un marcador del entorno en el que viven, pero se trata de una hipótesis que ha de ser confirmada por otros estudios.

Nuestros análisis han demostrado que tener un bajo nivel educativo, estar en paro y no tener casa, son marcadores independientes de retraso en acudir a los centros, como lo eran de no ir a ellos en otros estudios (Blanco et al., 2015). Todas son reflejo de una situación de exclusión social. En este caso, nuevamente se remarca la relevancia de los determinantes sociales sobre la salud de la población como su acceso a los servicios sanitarios. Tanto antes como después de la crisis del COVID-19 (Bonifonte y Garcia, 2022; López-Pelayo et al., 2020).

Las limitaciones de este estudio son varias. A lo comentado sobre el significado del THT se suma que la edad de inicio de consumo fue autodeclarada, no exenta de posibles sesgos de memoria, si bien no parece que haya otra manera de conocer la edad de inicio. En segundo lugar, se trata de un estudio transversal que limita las relaciones de causalidad. En tercer lugar, hay que tener precauciones a la hora de generalizar los resultados obtenidos. El ámbito de este estudio son usuarios en tratamiento en centros públicos, por lo que sus resultados no pueden generalizarse al ámbito privado. No obstante se trata de una región (Madrid) en la que el acceso al tratamiento está generalizado y es mayoritario gracias a una “red de atención pública y diversificada” (Subdirección General de Adicciones, 2017). Finalmente, la limitación quizá más relevante, es que los datos empleados se obtienen de un registro usado como indicador epidemiológico, en el no están todas las variables que podrían haber sido de interés.

Los presentes resultados señalan aquellos factores que se asocian a un retraso en acudir al tratamiento. Estos parecen tener como elemento común una situación de marginación o degradación social, muy posiblemente relacionada con un cierto estilo de consumo de heroína de larga evolución, al tiempo que sirven para identificar un grupo en alto riesgo de demora en la demanda de tratamiento. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar las estrategias de búsqueda activa de casos, así como analizar barreras de acceso en especial en barrios y entornos desfavorecidos. Es un momento de incertidumbre ante el incremento en el consumo de los opiáceos medicamentosos (Salazar et al., 2020) y el miedo a su posible traslado a un aumento de adicciones.

Por eso los servicios asistenciales tienen que seguir siendo muy accesibles y tener el menor número de barreras. Para atender a los pacientes y, a la vez, detectar un posible incremento en su número.

Reconocimientos

Este estudio fue financiado por un proyecto concedido por el Instituto de Salud Carlos III - Acción Estratégica en Salud, cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (PI19/00982).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Referencias

- Bargagli, A. M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G., Davoli, M., Mathis, F., Cuomo, L., Schifano, P., Burroni, P. y Perucci, C. A. (2006). VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: Study protocol and characteristics of study population. *Substance Use & Misuse*, 41(14), 1861-1879. <https://doi.org/10.1080/10826080601025482>.
- Best, D. W., Day, E., Cantillano, V., Lopez Gaston, R., Nambamali, A., Sweeting, R. y Keaney, F. (2008). Mapping heroin careers: Utilising a standardised history-taking method to assess the speed of escalation of heroin using careers in a treatment-seeking cohort. *Drug and Alcohol Review*, 27(2), 165 - 170. <https://doi.org/10.1080/09595230701829488>.
- Blanco, C., Iza, M., Rodríguez-Fernández, J. M., Baca-García, E., Wang, S. y Olfson, M. (2015). Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.031>.
- Bonifonte, A. y García, E. (2022). Improving geographic access to methadone clinics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 141, 108836. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108836>.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., García de Olalla, P. y de la Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction (Abingdon, England)*, 100(7), 981-989. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x>.
- Cicero, T. J., Ellis, M. S., Surratt, H. L. y Kurtz, S. P. (2014). The changing face of heroin use in the United States: A retrospective analysis of the past 50 years. *JAMA Psychiatry*, 71(7), 821-826. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.366>.
- Darke, S. (2011). *The Life of the Heroin User: Typical Beginnings, Trajectories and Outcomes*. Cambridge University Press.
- Day, C. A., Ross, J., Dietze, P. y Dolan, K. (2005). Initiation to heroin injecting among heroin users in Sydney, Australia: Cross sectional survey. *Harm Reduction Journal*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-2-2>.
- de la Fuente de Hoz, L., Brugal Puig, M. T., Ballesta Gómez, R., Bravo Poetela, M. J., Barrio Anta, G., Domingo Salvany, A., Silva, T. y Ambrós, M. (2005). [Cohort study methodology of the ITINERE Project on heroin users in three Spanish cities and main characteristics of the participants]. *Revista española de salud pública*, 79(4), 475-491.
- de la Fuente, L., Barrio, G., Vicente, J., Bravo, M. J. y Santacreu, J. (1995). The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *American Journal of Public Health*, 85(1), 102-105. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.1.102>.
- de La Fuente, L., Bravo, M. J., Barrio, G., Parras, F., Suárez, M., Rodés, A. y Noguer, I. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 37 Suppl 5, S410-415. <https://doi.org/10.1086/377562>.
- de la Fuente, Luis, Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). [More than thirty years of illicit drugs in Spain: A bitter story with some messages for the future]. *Revista española de salud pública*, 80(5), 505-520. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272006000500009>.
- Degenhardt, L., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Bunting, B., Cia, A., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M., He, Y., Hinkov, H., Nasser, A., Karam, E.,... Kessler, R. C. (2019). Association of cohort and individual substance use with risk of transitioning to drug use, drug use disorder, and remission from disorder: Findings from the World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 708-720. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0163>.
- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., Mohammadi, M. y Malekinejad, M. (2022). Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: An overview of systematic reviews. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 11782218221118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>.
- Flórez, G., López-Durán, A., Triñanes, Y., Osorio, J., Fraga, J., Fernández, J. M. y Arrojo, M. (2015). First-time admissions for opioid treatment: Cross-sectional and descriptive study of new opioid users seeking treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2431-2440. <https://doi.org/10.2147/ndt.S84431>.
- González-Álvarez, S., Madoz-Gúrpide, A., Parro-Torres, C., Hernández-Huerta, D. y Ochoa Mangado, E. (2019).

- Relationship between alcohol consumption, whether linked to other substance use or not, and antiretroviral treatment adherence in HIV+ patients. *Adicciones*, 31(1), 8-17. <https://doi.org/10.20882/adicciones.916>.
- Hall, N., Le, L., Majmudar, I., Teesson, M. y Mihalopoulos, C. (2021). Treatment-seeking behaviour among people with opioid use disorder in the high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(10), e0258620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258620>.
- Hall, N. Y., Le, L., Majmudar, I. y Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108651. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Berglund, P. A., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Greenfield, S. F., Kolody, G., Olfson, M. y Vega, W. A. (2001). Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1065-1071. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1065>.
- Larance, B., Gisev, N., Cama, E., Nelson, E. C., Darke, S., Larney, S. y Degenhardt, L. (2018). Predictors of transitions across stages of heroin use and dependence prior to treatment-seeking among people in treatment for opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.056>.
- López-Pelayo, H., Aubin, H.-J., Drummond, C., Dom, G., Pascual, F., Rehm, J., Saitz, R., Scafato, E. y Gual, A. (2020). «The post-COVID era»: Challenges in the treatment of substance use disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Medicine*, 18(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01693-9>.
- Marks, K. R. y Clark, C. D. (2018). The telescoping phenomenon: Origins in gender bias and implications for contemporary scientific inquiry. *Substance Use & Misuse*, 53(6), 901-909. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385079>.
- Molist, G., Brugal, M. T., Barrio, G., Mesías, B., Bosque-Prous, M., Parés-Badell, O. y de la Fuente, L. (2018). Effect of ageing and time since first heroin and cocaine use on mortality from external and natural causes in a Spanish cohort of drug users. *The International Journal on Drug Policy*, 53, 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.11.011>.
- Mowbray, O., Perron, B. E., Bohnert, A. S. B., Krentzman, A. R. y Vaughn, M. G. (2010). Service use and barriers to care among heroin users: Results from a national survey. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(6), 305-310. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503824>.
- Mur Sierra, A. y Ortigosa Gómez, S. (2014). [Is it possible a new heroin consumption epidemic in Spain?]. *Medicina clínica*, 143(9), 398-400. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.06.004>.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Subdirección General de Adicciones (2017). *Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021*. Ayuntamiento de Madrid. Madrid: Madrid Salud.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., Magri, N., Martín, S. y Vázquez, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: Quality of life and gender. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1353-1368. <https://doi.org/10.1081/ja-120039392>.
- Ridenour, T. A., Maldonado-Molina, M., Compton, W. M., Spitznagel, E. L. y Cottler, L. B. (2005). Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: Implications for a measure of addictive liability. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.02.005>.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Cédras, L. y Boivin, J. F. (2002). Drug injection among street youth: The first time. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(8), 1003-1009. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00161.x>.
- Salazar, A., Moreno, S., De Sola, H., Moral-Munoz, J. A., Dueñas, M. y Failde, I. (2020). The evolution of opioid-related mortality and potential years of life lost in Spain from 2008 to 2017: Differences between Spain and the United States. *Current Medical Research and Opinion*, 36(2), 285-291. <https://doi.org/10.1080/03007995.2019.1684251>.
- Sánchez-Carbonell, X. y Seus, L. (2000). Ten-year survival analysis of a cohort of heroin addicts in Catalonia: The EMETYST project. *Addiction (Abingdon, England)*, 95(6), 941-948. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95694110.x>.
- Sánchez-Niubò, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J. M., Correa, J. F. y Domingo-Salvany, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(2), 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02451.x>.
- Sanvisens, A., Rivas, I., Faure, E., Muñoz, T., Rubio, M., Fuster, D., Tor, J. y Muga, R. (2014). [Characteristics of heroin dependent patients admitted to a methadone treatment program]. *Medicina clínica*, 142(2), 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.023>.
- Shand, F. L., Degenhardt, L., Slade, T. y Nelson, E. C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive behaviors*, 36, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.008>.
- Stoltman, J. J. K., Woodcock, E. A., Lister, J. J., Greenwald, M. K. y Lundahl, L. H. (2015). Exploration of the telescoping effect among not-in-treatment, intensive heroin-using research volunteers. *Drug and Alcohol De-*

- pendence*, 148, 217-220. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.010>.
- Torrens, M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C. y San, L. (1999). Methadone and quality of life. *Lancet (London, England)*, 353(9158), 1101. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)76462-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)76462-X).
- Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C. y Domingo-Salvany, A. (2013). Methadone maintenance treatment in Spain: The success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 136-141. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.111054>.
- Valencia, J., Alvaro-Meca, A., Troya, J., Cuevas, G., Gutiérrez, J., Morro, A., Alvarez, J., Pulido, L., Cañamares, I., Escobar, I., Moreno, S. y Ryan, P. (2019). High rates of early HCV reinfection after DAA treatment in people with recent drug use attended at mobile harm reduction units. *The International Journal on Drug Policy*, 72, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.016>.
- Vallejo, F., Barrio, G., Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., Sordo, L., Espelt, A. y Bravo, M. J. (2015). High hepatitis C virus prevalence and incidence in a community cohort of young heroin injectors in a context of extensive harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 599-603. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205070>.

Anexo 1. Desarrollo de variables relacionadas con uso de sustancias

	Total		Consumo ≥5		Consumo <5		p
	n	%	n	%	n	%	
Vía de consumo de los opiáceos							
Parenteral	38	10,5	29	76,3	9	23,7	Ref.
Oral	46	12,7	21	45,7	25	54,3	0,002
Fumada	253	69,7	139	54,9	114	45,1	0,006
Intranasal	23	6,3	18	78,3	5	21,7	0,560
Otros	3	0,8	2	66,7	1	33,3	0,578
Consumo de otras sustancias (últimos 30 días)							
No	212	57,9	120	56,6	92	43,4	Ref.
Alcohol	13	3,6	10	76,9	3	23,1	0,123
Cannabis	6	1,6	3	50	3	50	0,530
Cocaína	108	29,5	60	55,6	48	44,4	0,475
Otros opiáceos	24	6,6	18	75	6	25	0,042
Benzodiazepinas	2	0,5	1	50	1	50	0,681
Otros estimulantes	1	0,3	0	0	1	100	0,436

