

Características clínicas y utilización de naltrexona en la deshabituación alcohólica: Estudio Stop

JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A.*; GUARDIA SERECIGNI, J.**; BRAVO DE GARCÍA-QUIJADA, J.L.***

* Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

** Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

*** Departamento Médico. Dupont Pharma.

Enviar correspondencia a:

Dr. M.A. Jiménez-Arriero. Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Psiquiatría (Unidad de Conductas Adictivas). Avenida de Córdoba s/n. 28041 Madrid. Tf. 91.390.80.22. Fax 91.390.85.38. E-mail: jimenez@meditex.es

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir el perfil de pacientes alcohólicos a los que se prescribe Naltrexona para tratamiento. **METODOLOGÍA:** Prospectiva, para estudio descriptivo transversal. Evalúa 802 pacientes mediante cuestionario específicamente diseñado. Es aplicado por 401 médicos durante la primavera y verano de 1998. **RESULTADOS:** Predominio de 4 hombres por mujer, edad promedio de 41'6 años, residentes en ciudad (75%), con su familia (77%) y trabajadores activos (50%). Sus alcoholismo tiene una evolución de 14'9 años. Beben preferentemente destilados (63'3%) cerveza (57'8%) y vino (52%). Frecuentemente refieren "pérdida de control" (66'2%), tomar 25-100 Bebidas (UBE) por semana y una cuarta parte más de 15 UBE al día. Un 83% presentaba otra psicopatología asociada y el 33'2% historia de abuso de drogas. **DISCUSION:** Perfil clínico desplazado con respecto al grupo general de alcohólicos en el sentido de ser una población más joven, con cierta preservación del funcionamiento social, laboral y familiar y con un tiempo de evolución menor. Destaca la alta frecuencia de la presencia de "pérdida de control" en estos pacientes como criterio de selección.

Palabras clave: Alcoholismo, epidemiología, naltrexona, pérdida de control, comorbilidad.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe the profile of alcoholic patients to whom Naltrexone is prescribed for treatment. **METHODS:** Prospective, for a descriptive cross sectional study evaluating 802 patients by a questionnaire specifically designed. Applied by 401 physicians during the Spring and Summer 1998. **RESULTS:** Predominance 4 men by woman average age 41.6 years old, residents in towns (75%), with their families (77%) and active workers (50%). Evolution of their alcoholism is 14.9 years. Preferred spirits: distilled liquors (63.3%) beer (57.8%) and wine (52%). They often refer "loss of control" (66.2%), ingest 25-100 drinks (UBE) a week and a quarter more than 15 UBE per day. Other associated psychopathologies were observed in 83% of them and 33.2% referred drug abuse. **DISCUSSION:** Displaced clinical profile with regard to the alcoholics general group being this a younger population with certain preservation of their social, labour and family behaviour with a shorter evolution. It is remarkable the high frequency of "loss of control" in these patients as selection criteria.

Key words: Alcoholism, epidemiology, naltrexone, loss of control, comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la enfermedad alcohólica está situada en nuestro país en torno al 4% de la población mayor de 16 años, (Gutierrez-Fisac 1995; Encuesta Nacional de Salud, M.S.C. 1995). Aparece claramente asociada a una mayor prevalencia de neoplasias, cirrosis hepática, accidentes de tráfico, suicidios y accidentes laborales (Yañez, del Río y Alvarez, 1990; 1993; Alvarez, del Río y Prada, 1995; INSE-REM 1993; Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998). Su impacto económico anual en

España genera un gasto de 637.718 millones de pesetas, además de 224.370 años potenciales de vida perdidos (Portella et al., 1998). La severidad del problema obliga a optimizar los tratamientos existentes. Uno de estos nuevos recursos es la Naltrexona, cuyo valor terapéutico en el alcoholismo ya se puso de manifiesto en los estudios controlados, doble ciego (Volpicelli et al., 1992; O'Malley et al., 1992). Este fármaco ha demostrado un alto margen de seguridad en este tipo de pacientes (Croop et al., 1997) y también confirmado su eficacia y seguridad en pacientes alcohólicos geriátricos (Oslin et al., 1997), bebedores excesivos

(Bohn et al., 1994), en atención primaria (O'Connor et al., 1997) y en medicina interna (Martínez Ruiz et al., 1995). Asociada a otros tratamientos farmacológicos habituales también confirma su eficacia y el efecto agonista y potenciador de esta asociación (Jiménez-Arriero et al., 1999). Su acción terapéutica se relaciona con la disminución de los efectos reforzadores y euforizantes del alcohol, así como con la disminución del ansia por beber (craving) y de la pérdida de control (priming) que aparece tras la primera consumición en las recaídas (Volpicelli, 1995; Swift et al., 1994; Guardia y Prat, 1997; Guardia et al 1998; Ponce et al., 1998; Rubio et al., 1999). Posiblemente el efecto anti-priming es el síntoma más específico del tratamiento con Naltrexona y la justificación de su especial papel en la prevención de los episodios de recaída de los pacientes que se hallan en tratamiento de deshabituación (Guardia, 1998; Jiménez-Arriero et al., 1999). La novedad de esta indicación terapéutica para la Naltrexona y la falta de experiencia en relación a ella, justificaba realizar este trabajo para conocer el perfil clínico de los pacientes que los médicos creían como idóneo para su indicación. Complementariamente, este trabajo nos proporcionaba la oportunidad de recoger información sobre un gran volumen y diversidad de sujetos de estudio, distribuidos homogéneamente por la globalidad del territorio español. Con ello proporcionaba, por sí misma y sin pretender constituir una muestra representativa, un gran interés a los datos recogidos. Este estudio permitirá, además, realizar posteriormente otros similares para observar posibles cambios y evolución en los mencionados criterios.

OBJETIVOS

El presente estudio se ha podido realizar gracias a la colaboración de 421 médicos, especialistas en Psiquiatría y/o en drogodependencias de toda España que voluntariamente colaboraron en la aplicación del protocolo que previamente habíamos diseñado. Tiene como objetivos:

- 1) La identificación del perfil clínico de los pacientes a los que se les prescribió por primera vez Naltrexona para tratamiento de deshabituación ambulatoria durante la primavera y verano de 1998.
- 2) El poder comparar esta información clínica y socio-demográfica de los pacientes alcohólicos que acudieron a solicitar el tratamiento, con lo reflejado en la bibliografía y especialmente con lo referido a la población española.
- 3) Dejar abierta la posibilidad de comparar estos datos con otros similares obtenidos en el futuro para evaluar cambios en la evolución de criterios de selección.

METODO

Se han evaluado cuestionarios de recogida de información clínica, social y demográfica, específicamente diseñados. Corresponden a pacientes alcohólicos que solicitaron tratamiento de deshabituación y a los que se les prescribió Naltrexona para el referido tratamiento, según los criterios definidos a continuación. El estudio ha tenido un período de inclusión de seis meses y el cuestionario ha sido cumplimentado por el médico, como parte de la historia clínica del paciente, en los diversos centros asistenciales que han colaborado en el estudio y distribuidos por toda España.

Como criterios de inclusión y de control de sesgos se utilizaron:

- 1) Que los pacientes cumplieren criterios diagnósticos de alcoholismo.
- 2) Que los pacientes no presentasen contraindicación médica (por enfermedad somática o por consumo actual de opiáceos) para la utilización de Naltrexona.
- 3) Que a criterio del médico que evaluaba estuviese indicado la prescripción de naltrexona como tratamiento farmacológico de elección en ese paciente concreto.
- 4) Que cada profesional, tras disponer del cuestionario, incluyese en el estudio los dos primeros pacientes que acudieran a tratamiento y que cumplieran los criterios uno, dos y tres.
- 5) Que la distribución de los médicos que colaboraban en la recogida de información fuese homogénea por todo el país; y
- 6) Que se mantuviera el anonimato del profesional y del paciente tanto en el protocolo de recogida de información como en la base de datos.

El cuestionario contempla las siguientes variables:

- Datos socio-demográficos: sexo, edad, tipo de residencia, de convivencia y situación laboral.
- Datos de consumo de bebidas alcohólicas: tiempo de evolución del alcoholismo, tipo de consumo según ambiente y según frecuencia.
- Síntomas específicos: pérdida de control, amnesias lacunares, tolerancia elevada, otros.
- Situaciones que aumentan el consumo.
- Tipo de bebida, consumo de alcohol semanal / día
- Otros consumos tóxicos: actual y previo.
- Psicopatología acompañante
- Tratamiento previo del alcoholismo: consultas ambulatorias, hospitalizaciones, tipo de tratamiento.
- Tipo de Psicoterapia indicada concomitante al tratamiento farmacológico.

Para el procesamiento de los datos se utilizaron los servicios de una empresa especializada, quien realizó el control de calidad de la grabación de la información en base de datos y ejecutó un análisis estadístico descriptivo general, para ello se utilizó el programa SIGMA. La verificación de la asociación de variables nominales se realiza mediante la prueba de Chi², si es entre variables cuantitativas se utiliza una comparación de medias mediante la distribución de t de Student, y en el caso de variables ordinales mediante la prueba de Mann-Whitney. Todos los intervalos de confianza están calculados para un error de tipo alfa de 0.005 y con nivel de significación del 95%.

RESULTADOS

Del total teórico de 842 cuestionarios de pacientes (dos por cada uno de los 421 médicos colaboradores) para este análisis se han evaluado 802, correspondientes a los 401 médicos que cumplimentaron las dos evaluaciones obligadas por el criterio 4 de inclusión. Los 802 pacientes fueron seleccionados durante la primavera y verano de 1998, al iniciar el tratamiento con naltrexona según los criterios identificados para este estudio. Las características generales de esta población pueden observarse en la tabla 1.

En la **tabla 1** se observa un claro predominio de hombres respecto a mujeres (78,8%) y una edad media de la población de (41,6 años), con residencia urbana el (74,9%) y de actividad laboral presente en el (50,3%). Se observa en la población de estudio una concentración entre 30 y 54 años, con una mayor frecuencia de 36 a 42 años. En la misma tabla observamos que el tiempo de evolución del alcoholismo en el hombre es superior al presentado por las mujeres ($p < 0.001$) y que su inicio es a una edad más joven ($p < 0.001$). También se observa una evolución mayor de la enfermedad alcohólica en los residentes en medio rural ($p < 0.1$). En lo referente al consumo de bebidas, observamos que se establece una clara diferencia entre hombres y mujeres respecto al ambiente donde se realiza el consumo ($p < 0.001$), igualmente se observa esta diferencia significativa si se considera la frecuencia del consumo ($p < 0.001$) o si consideramos la asociación entre ambiente y frecuencia donde se realiza el consumo ($p < 0.001$). Destaca que el 66'2% de estos pacientes presentaban "pérdida de control" como síntoma característico y que el 99% de ellos referían situaciones desencadenantes que estimulan el consumo de alcohol, con distribución similar entre exposición a "ambiente de bar", "estados de ánimo desagradables" o "estímulos condicionados internos".

Los resultados referidos al tipo de consumo, evolución y tratamiento pueden observarse en la **tabla 2**. En ella vemos que el 72,6 % de la población consume

varios tipos de bebidas, siendo los licores el tipo de alcohol más frecuente y seguido de la cerveza y el vino. Si nos fijamos en el número promedio de bebidas se observan consumos entre 25 y 100 bebidas/semana y que una cuarta parte está en consumos máximos (más de 15 bebidas/día). Otro resultado de interés observado en nuestra población de estudio es la presencia en el 33,3% de consumo asociados de otros tóxicos y la presencia en un 83% de psicopatología acompañante. Es importante destacar que casi la mitad de los pacientes, un 44,76%, no habían realizado tratamiento previo al momento del estudio, a pesar del promedio de 15 años de evolución de su dependencia alcohólica y de la severidad de esta. De los que habían efectuado algún tipo de tratamiento previo, la mitad (27'8%) había tenido algún episodio de hospitalización previo. En la mitad de estos pacientes alcohólicos tratados con Naltrexona aparece planificado algún tipo de intervención psico-social añadida, en 1 de cada 4 terapia cognitiva y en menor proporción terapia de grupo, auto-ayuda o terapia familiar.

DISCUSION

La distribución por sexo que aparece en esta población es similar a la observada en otros estudios clínicos sobre pacientes alcohólicos en tratamiento y con independencia de la indicación de determinado tipo de tratamiento (Ponce et al. 1998). De hecho, el alcoholismo tiene un claro predominio en la población masculina, llegando a una prevalencia 5 veces mayor en los hombres que en las mujeres, en el estudio ECA, efectuado en la primera mitad de los años 80 en los EEUU (Regier et al. 1990).

Sin embargo la edad media de esta población, situada en 41,6 años, con una concentración en las franjas de edad de 30 a 50 años y principalmente de 36 a 42 años es ligeramente inferior a la observada en otros estudios sobre pacientes alcohólicos en tratamiento. En ellos se observan edades medias próximas a 43, 45 y 55 años, aunque con rangos de DS próximos a 12 años, (Jiménez-Arriero et al 1999). Por ello es importante tomar en consideración la acumulación en la franja de 36 a 42 años que aparece en esta muestra y que apunta a que posiblemente sea una población algo más joven en comparación con el perfil del paciente alcohólico ya establecido en tratamiento.

Estos datos de referentes a la edad, junto con el que la mayor parte de la población estudiada mantenga la *actividad laboral*, 50%, y que *viva en familia*, 77%, apuntan a que posiblemente, para la prescripción de Naltrexona, se ha elegido a un subgrupo de pacientes más conservados social y laboralmente en comparación a la globalidad de pacientes tratados por

TABLA 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Población: Total: 802
 Varones: 78,8%
 Mujeres: 21,2%

Edad Media: Total: 41,6 (DT 10,3).
 Varones: 41,90 (DT 10,6)
 Mujeres: 40,47 (DT 9)

Residencia: Urbana: 74,9%
 Rural: 24,3%

Situación Laboral: Activo: 50,3%
 Parados: 18,5%
 Domestico: 8,4%
 Enfer./Jubil.: 22,8%

Convivencia: Familiar: 77%
 Solos: 15%
 Otros: 8%

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DEPENDENCIA ALCOHOLICA

Tiempo de Evolución: 14,9 años (DT 9,2)

Varones: 15,8 años (DT 9,5) Mujeres: 11,4 años (DT 7,2) (DS p< 0.001)
 Urbanos: 14,5 años (DT 8,9) Rural: 16,1 años (DT 10,1) (NS p< 0.1)

Edad de Inicio: 26,7 años (DT 8,8)

Varones: 26,1 años (DT 8,9) Mujeres: 28,8 años (DT 8,3) (DS p< 0.001)
 Urbanos: 26,7 años (DT 8,6) Rural: 26,7 años (DT 9,7) (DS p NS)

DATOS SOBRE TIPO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

(Ambiente): Social: 29,2% Solitario: 32,3% Mixto: 38,5%
 Varones: Social: 33,3% Solitario: 23,8% Mixto: 43%
 Mujeres: Social: 14,7% Solitario: 63,2% Mixto: 22,1%
Varones / Mujeres (DS p<0.001).

(Frecuencia): Habitual: 81,3% Fin de Semana: 9,7% Ocasional/Otro: 9%
 Varones: Habitual: 82,6% Fin de Semana: 10,4% Ocasional/Otro: 7%
 Mujeres: Habitual: 76,2% Fin de Semana: 7,5% Ocasional/Otro: 16,3%
Varones / Mujeres. (DS p<0.001).

(Ambiente) / (Frecuencia):

Social: Habitual: 75,4% Fin de Semana: 19,2% Ocasional: 5,4%
 Solitario: Habitual: 78,5% Fin de Semana: 6,2% Ocasional: 15,3%
 Mixto: Habitual: 88,7% Fin de Semana: 5,1% Ocasional: 6,2%

PRESENCIA DE SINTOMAS ESPECIFICOS

Pérdida de Control: 66,21%
 Amnesias: 39,2%
 Tolerancia elevada: 44,8%
 Otros Síntomas: 9,2%

PRESENCIA DE DESENCADENANTES DE CONSUMO

Presencia de Desencadenantes del Consumo: 98%
 Bar: 30,7%
 Afectivo: 31%
 Ambos: 37,1%
 Otros: 1,1%

DT: DesviaciónTípica; DS: Diferencia Significativa; NS: No significativo

TABLA 2. SINTOMAS Y TRATAMIENTO**TIPO Y NIVEL DE CONSUMO**

Tipo de Bebidas Consumidas:	
Vino:	51,8%
Cerveza:	57,8%
Licores:	63,3%
Asociados:	72,6%
Otras:	2,4%
Consumo Aproximado:	
<10:	2,5%
10-25:	11,7%
25-50:	28,4%
50-100:	35%
100-200:	17,7%
>200:	4,7%

COMORBILIDAD DE OTROS CONSUMOS

<i>Existencia de Consumo Presente: 21,6%</i>			
Varones:	si: 22,8%	no: 77,2%	
Mujeres:	si: 17,1%	no: 82,9%	(D.S. No).
<i>Existencia de Drogodependencia en Remisión Completa: 11,6%</i>			
Varones:	si: 12,4%	no: 87,6%	
Mujeres:	si: 8,9%	no: 91,1%	(D.S. No).

PSICOPATOLOGIA ACOMPAÑANTE

Psicopatología acompañante:	si:	83,04%
Depresión:		42,39%
Ansiedad:		41,77%
Alucinaciones:		6,61%
Deterioro Cognitivo:		12,72%
Somatizaciones:		11,22%
Conducta Desadaptativa:		27,56%
Conducta Autoagresiva:		8,48%
Conducta Heteroagresiva:		19,58%
Problemas Control Impulsos:		10,85%
Otra Psicopatología:		3,87%

TRATAMIENTO REALIZADO PREVIAMENTE

<i>Tratamiento Previo:</i>	55,24%
Consultas previas:	47,38%
Hospitalización previa:	27,81%
Psicofármacos:	34,79%
Interdictores:	31,92%
Psicoterapia:	28,68%

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL ASOCIADO

Tratamiento asociado indicado:	
Grupos Autoayuda:	17,46%
Terapia Familiar:	11,97%
Terapia Grupo:	16,46%
Terapia Cognitiva:	24,44%
Apoyo Psicológico/Psicosocial:	49,25%

alcoholismo en nuestro país y que presentan un claro desplazamiento hacia segmentos sociales medio-bajo y bajo (Encuesta Nacional de Salud, MSC 1995).

La población de nuestro estudio presentaba en el momento de consultar, un tiempo de evolución del alcoholismo de 15'8 años en los hombres y de 11'4 años en las mujeres, con un promedio de 14'9 años de evolución. Esta edad de inicio de la dependencia, es coincidente con lo comprobado en otros estudios (Alvarez y del Río, 1994), situándose las edades promedio de inicio entre 21,69 años (SD 7) y 26 años (SD 9,9) y las edades de inicio del primer consumo alcohólico próximas a los 14 y 16 años (Jiménez-Arriero et al 1999; Boletín Epidemiológico nº 16 de la Comunidad de Madrid). En el estudio ECA la edad de inicio era de 22 años para los hombres y 25 años para las mujeres (Regier et al., 1990). También coincide con estos estudios el que la edad media del inicio de la dependencia alcohólica en las mujeres es 2,7 años más tarde que en los hombres.

Al igual que en nuestra población, en otros estudios tampoco se han encontrado diferencias significativas entre el tiempo de evolución que presentan los residentes en el medio rural y los residentes en el medio urbano (Ponce et al. 1998).

Se observa que predomina el consumo regular o habitual (81'3%), tanto en hombres (82'6%), como en mujeres (76'2%), sobre el consumo de fin de semana o el ocasional. Comprobamos que el consumo de la mujer es preferentemente solitario (63,2%) y que podemos comprobar que los patrones de consumo Social / Solitario / Mixto y Habitual / Fin de Semana / Ocasional correlacionan entre sí asociando el social con el fin de semana, en los hombres, y el solitario con el ocasional en las mujeres.

Entre los síntomas característicos de alcoholismo, que se han recogido entre los pacientes a los cuales se les ha prescrito Naltrexona, el 66'2% presentaban "pérdida de control", lo que junto con la presencia de elevada tolerancia (en el 44,8%) y amnesias lacunares (en el 39,2%) podrían ayudar a perfilar un determinado tipo de pacientes en esta población.

También se confirma, en el 99% de los casos, la presencia generalizada de situaciones que estimulan el consumo de alcohol. Entre las situaciones exploradas, como posibles factores de influencia, se reparten por igual las frecuencias entre "exposición al ambiente del bar" (30'7%), "estados de ánimo desagradables o estímulos condicionados internos" (31%) y "ambos tipos de situaciones por igual" (37'1%).

Durante las últimas décadas, las preferencias con respecto al tipo de bebidas, se ha desplazado del vino hacia la cerveza y los destilados, tanto en la población general española como en otros países mediterráneos (Alvarez y del Río 1994; Pyörälä 1990). Comprobamos que en nuestra población estudiada también está pre-

sente un claro cambio del tipo de consumo, pasando los *destilados / licores al primer lugar de consumo (63,3%)* seguidas a corta distancia por cerveza (57'8%) y vino (51'97%).

En otro estudio español, basado en la encuesta Nacional de Salud de España (1993) se comprobó que los hombres consumen más cantidad de alcohol, lo hacen con mayor frecuencia y toman un mayor número de consumiciones por ocasión, que las mujeres. Con respecto a la relación entre el tipo de bebida preferente y el riesgo potencial de problemas asociados al consumo, las personas que consumían los tres tipos de bebidas eran también las que presentaban un mayor consumo de alcohol, lo cual estaría asociado a un mayor riesgo de "problemas" asociados al consumo excesivo de alcohol (Del Río, Prada y Alvarez, 1995).

Otro dato de gran interés es la comorbilidad del consumo de otros tóxicos en estos pacientes. El 33,3% de los pacientes alcohólicos de este grupo consumen (21,6%), o refieren haber consumido (11,6%) otras drogas, asociadas a su patología alcohólica. El alcoholismo suele estar asociado al abuso de otras sustancias, entre las que destacan el cannabis, los fármacos hipno-sedativos, la cocaína y los opiáceos (Helzer y Pryzbeck, 1988). Dado que en el caso del tratamiento del alcoholismo con Naltrexona no se deben incluir consumidores activos de opiáceos el consumo comórbido de otros tóxicos se refieren al resto de drogas.

La mayoría de los trastornos por abuso de sustancias (79%) están asociados a otros trastornos psiquiátricos comórbidos (Kessler et al., 1994). Desde el punto de vista de la psicopatología asociada al alcoholismo, según el estudio ECA (Regier et al., 1990), los pacientes alcohólicos tienen un riesgo 2'3 veces mayor de padecer otro trastorno psiquiátrico que la población general, además, la mayoría de las personas con alcoholismo presentan, por lo menos, otro trastorno psiquiátrico. Las mujeres, principalmente presentaban trastornos afectivos o de ansiedad y los hombres, sobre todo trastornos de conducta y de personalidad antisocial (Kushner et al 1999; Kessler et al., 1997; Merikangas et al., 1985).

Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol puede producir patología psiquiátrica, completamente idéntica a la no inducida por sustancias psicoactivas (Davidson y Ritson, 1993; King et al., 1996) y en la que los síntomas suelen remitir rápidamente durante las 4-6 semanas posteriores a la desintoxicación (Brown y Schuckit, 1988; Schuckit et al., 1994; Brown et al., 1995). La presencia de psicopatología acompañante, en un 83% en nuestra población de estudio y donde la mitad de los pacientes presentan síntomas de depresión (42'4%) o de ansiedad (41'8%), aparte de diversos problemas conductuales desadaptativos, agresivos o de control de impulsos es sumamente

importante dada su repercusión sobre la evolución de la dependencia alcohólica (Rounsaville et al 1987; Kushner et al 1999; Loosen et al 1990; Marlatt et al 1985). Es importante insistir que casi la mitad de los pacientes (44,76%) no habían realizado tratamiento previo a este estudio, a pesar de promedio de 15 años de evolución de su dependencia alcohólica y de la severidad de esta.

CONCLUSIONES

Como conclusión referente a la población estudiada podemos plantear que:

1. Representa, un corte transversal de la población de pacientes que solicitó tratamiento en ese período. Aunque no puede considerarse representativa de la globalidad de los pacientes alcohólicos españoles si puede considerarse representativa del subgrupo de pacientes en los cuales se consideró, en ese período, que estaba indicado el tratamiento con Naltrexona. Su valor reside en la amplitud de la muestra, en su distribución homogénea por todo el territorio español y en que, además, permite valorar su coincidencia, o no, con determinados perfiles clínicos de diferentes grupos de población alcohólica.
2. Entre los pacientes alcohólicos españoles que acuden a tratamiento y que han recibido una prescripción de naltrexona, destaca:
 - La gran mayoría son varones, con edad aproximada a los 40 años de edad, que residen en el medio urbano, conviven con sus familiares y mantienen su actividad laboral.
 - Suelen presentar unos 15 años de evolución de su dependencia alcohólica, la cual se ha iniciado alrededor de los 25 años de edad.
 - La bebida más frecuentemente utilizada son licores destilados y con alta frecuencia, cerveza y vino. Tienen un promedio de consumos de 25 a 100 por semana.
 - Entre la psicopatología asociada destaca en casi la mitad de ellos depresión y ansiedad.
 - Una cuarta parte presentaba dependencia de otras sustancias.
 - Casi la mitad de los pacientes no habían efectuado ningún tratamiento previo, a pesar del promedio de 15 años de evolución de su trastorno por dependencia del alcohol.
3. Este perfil clínico y evolutivo es muy parecido al existente entre la población general de alcohólicos con similares características sociodemográficas.
4. Globalmente la población se desplazaría de la moda estadística de la población con dependencia alcohólica en el sentido de ser una población:

- ligeramente más joven.
- con cierta preservación de su funcionamiento social laboral y familiar.
- con un tiempo de evolución algo menor.
- alta presencia del fenómeno clínico de pérdida de control.

5. Estas características clínicas y sociales señalan una tendencia en la selección de pacientes para el tratamiento con Naltrexona, hacia pacientes mas jóvenes y con menor deterioro. Tal vez la novedad de la indicación terapéutica de la Naltrexona para la dependencia alcohólica y por lo tanto la inexperiencia en su utilización para esa nueva indicación hizo que se tendiese a seleccionar pacientes con menor deterioro funcional.

AGRADECIMIENTOS

A los 421 médicos, especialistas en Psiquiatría y/o en drogodependencias de toda España que voluntariamente colaboraron en la aplicación del protocolo. También se ha contado con la colaboración técnica de Dupont Pharma para el soporte logístico de la distribución y recogida de los cuestionarios y el coste de la explotación estadística. Dupont Pharma ha respetado totalmente y en todo momento la independencia científica de este estudio.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ FJ, DEL RIO MC, PRADA R. (1995). Drinking and driving in Spain. **J. Stud. Alcohol** 56: 403-407.
- ALVAREZ FJ, DEL RIO MC. (1994). Gender differences in patterns of alcohol consumption in Sapin. **Alcohol Clin. Exp. Res.** 18:1342-1347.
- BOHN MJ, KRANZLER HR, BEAZOGLOU D, STAEHLER BA. (1994). Naltrexone and brief counseling to reduce heavy drinking. Results of a small clinical trial. **Am. J. Addictions** 3:91-99.
- BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO N° 16. (1998). Comunidad de Madrid. España.
- BROWN SA, INABA RK, GILLIN JC, SCHUCKIT MA, STEWART MA, IRWIN MR. (1995). Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms. **Am. J. Psychiatry** 152: 45-52.
- BROWN SA, SCHUCKIT MA. (1988). Changes in depression in abstinent alcoholics. **J. Stud. Alcohol** 49: 412-417.
- CROOP RS, FAULKNER EB, LABRIOLA DF. (1997). The safety profile of naltrexone in the treatment of alcoholism. Results from a multicenter usage study. **Arch. Gen. Psychiatry**, 54:1130-1135.

- DAVIDSON KM, RITSON EB. (1993). The relationship between alcohol dependence and depression. **Alcohol Alcoholism** 28:147-155.
- DEL RIO C, PRADA C, ALVAREZ FJ. (1995). Beverage effects on patterns of alcohol consumption. **Alcohol Clin. Exp. Res.** 19:1583-1586.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. (1993). **Ministerio de Sanidad y Consumo**. España.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. (1995). **Ministerio de Sanidad y Consumo**. España.
- GIL LÓPEZ E, JIMÉNEZ GARCÍA-PASCUAL R, PÉREZ ANDRÉS C, VARGAS MARCOS F. (1992). Estudio de los estilos de vida de la población adulta española. **Ministerio de Sanidad y Consumo**.
- GUARDIA SERECIGNI J, PRAT VIGUÉ G: Psicobiología del alcoholismo. **Medicina del trabajo** 6:287-305, 1997.
- GUARDIA SERECIGNI J. (1998). Naltrexona en el tratamiento del alcoholismo. **Psiquiatría Biológica** 5: 35-44.
- GUARDIA SERECIGNI, J, PRAT VIGUÉ G., CASAS BRUGUÉ M. (1998). El sistema opioide como modulador del consumo de alcohol. **Psiquiatría Biológica** 5:25-34.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1995). Indicadores de consumo de alcohol en España. **Med Clin** 104(14):544-550.
- HASSIN DS, TSAI WY, ENDICOTT J, MUELLERTI, CORYELL W, KELLER M. (1996). The effects of major depression on alcoholism. Five-year course. **Am. J. Addict.** 5: 144-155.
- HELZER JE, PRYZBECK TR. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. **J. Stud. Alcohol** 49: 219-224.
- INSEREM. (1993). Causes médicales de décès, année 1991. Paris.
- JIMENEZ-ARRIERO MA, PONCE G, HUIDOBRO A, RUBIO G, ARCHERT and PALOMOT. (1999). Clinical evidence of naltrexone efficacy as an adjunct to the treatment of alcohol dependence. In: **Interactive monoaminergic disorders** (Eds T Palomo, R Bemimger, T Archer)..., pp 275-290. Editorial Síntesis. Madrid. España.
- KESSLER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. **Arch. Gen. Psychiatry** 54:313-321.
- KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HIGES M, ESHLEMAN S, WITTCHENHU, KENDLER KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. **Arch. Gen. Psychiatry** 51:8-19.
- KING CA, GHAZIUDIN N, MCGOVERN L, BRAND E, HILL E, NAYLOR M. (1996). Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. **J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiat.** 35: 743-751.
- KUSHNER MG, SHER KJ, ERICKSON DJ. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. **Am. J. Psychiatry** 156:723-732.
- LOOSEN P, DEW B, PRANGE A. (1990). Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. **Am. J. Psychiatry** 147: 1662-1665.
- MARLATT GA, GORDON J. (1985). **Relapse prevention: a self-control strategy for the maintenance of behavior change**. New York: Guilford.
- MARTINEZ RUIZ M, LLOBELL SEGUI G, PERALBA VAÑO JI, TORAL REVUELTA JR. (1995). Evaluación de la eficacia de Naltrexona en la dependencia alcohólica mediante determinación sérica de Transferrina deficiente en carbohidratos. **Anales de Medicina Interna** 12:589-592.
- MERIKANGAS KR, LECKMAN JF, PURSOFF BA, PAULS DL, WEISSMAN MM: (1985). Familial transmission of depression and alcoholism. **Arch. Gen. Psychiatry** 42:367-372.
- O'CONNOR PG, FARREN CK, ROUNSAVILLE BJ, O'MALLEY SS. (1997). A preliminary investigation of the management of alcohol dependence with naltrexona by primary care providers. **The American Journal of Medicine** 103: 477-482.
- O'MALLEY SS, JAFFE AJ, CHANG G, RODE S, SCHOTTENFELD R, MEYER RE, ROUNSAVILLE B. (1996). Six-month follow-up of Naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. **Arch. Gen Psychiatry** 53:217-224.
- O'MALLEY SS, JAFFE AJ, CHANG G, SCHOTTENFELD RS, MEYER RE, ROUNSAVILLE B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence a controlled study. **Arch. Gen. Psychiatry** 49:881-887.
- OSLIN D, LIBERTO JG, O'BRIEN J, KROIS S, NORBECK J. (1997). Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence. **Am. J. Geriatr. Psychiatry** 5:324-332.
- PONCE G, JIMÉNEZ-CAUMEL RR, HUIDOBRO A, JIMÉNEZ-ARRIERO MA, AGÜERA L, Y RUBIO G. (1998). El papel de la naltrexona en el tratamiento de la dependencia del alcohol. **APySAM**, 1(2):3-10.
- PORTELLA E, RIDAO M, CARRILLO E, RIBAS E, RIBÓ C, SALVATR M. (1998). **El alcohol y su abuso: Impacto socioeconómico**. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- PYÖRÄLÄ E. (1990). Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s. **Brit. J. Addiction** 85: 469-477.
- REGIER DA, FARMER MA, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, GOODWIN FK. (1990). Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. **JAMA** 264:2511-2518.
- ROUNSAVILLE BJ, DOLINSKY ZS, BABOR TF, MEYER RE, (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. **Arch. Gen. Psychiatry** 44: 502-512.
- RUBIO G, PONCE G, JIMÉNEZ-ARRIERO MA y SANTODOMINGO J. (1999). La pérdida de control en la dependencia alcohólica: conceptualización. **Adicciones**. 11(2):143-158.

- SCHUCKIT MA, IRWIN M, SMITH TL. (1994). One-year incidence rate of major depression and other psychiatric disorders in 139 alcoholic men. **Addiction** 89: 441-445.
- SWIFT R.M, WHELIHAN W, KUZNETSON O, BUONGIORNO G, HSUING H.. (1994). Naltrexone-induced alterations in human ethanol intoxication. **Am. J. Psychiatry**, 151: 1463-1467.
- VOLPICELLI JR, ALTERMAN AI, HAYASHIDA M, O'BRIEN CP. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. **Arch. Gen. Psychiatry** 49:876-880.
- VOLPICELLI JR, CLAY KL, WATSON NT, O'BRIEN Ch P. (1995). Naltrexone in the treatment of alcoholism: predicting response to naltrexone. **J. Clin. Psychiatry** 56:39-44.
- YAÑEZ JL, DEL RIO MC, ALVAREZ FJ. (1990). Alcohol y alcoholismo en España: repercusión en el medio hospitalario. **Adicciones** 2:221-240.
- YAÑEZ JL, DEL RIO MC, ALVAREZ FJ. (1993). Alcohol-related mortality in Spain. **Alcoholism Clin. Exp. Res.** 17:253-255.

