

# ADMISIONES A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE OPIÁCEOS Y COCAÍNA EN ESPAÑA

Grupo de Trabajo del SEIT\*

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre la Droga. Instituto Municipal de Investigación Médica (Barcelona)

## Resumen

El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) se diseñó para monitorizar la magnitud del abuso de opiáceos y cocaína a partir de indicadores indirectos (admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y muertes). En el primer año de funcionamiento, 1987, se implementó la notificación de los inicios de tratamiento en todas las Comunidades Autónomas. Este trabajo analiza las características de 10.338 personas que iniciaron tratamiento por abuso de drogas ilegales (opiáceos y cocaína) a lo largo de 1987 en 224 centros repartidos por las 17 Comunidades Autónomas y que fueron notificados a SEIT. El 97,1% eran heroínomanos, con una edad media de 24,8 años, mayoritariamente de sexo masculino (80,5%) y que llevaban una media de cinco años consumiendo la droga que motiva el tratamiento. El 69,4% declaró haber consumido heroína por primera vez entre los años 1980 y 1985.

Las cifras absolutas de heroínomanos que inician tratamiento ambulatorio en las diferentes Comunidades Autónomas permiten una primera aproximación a la magnitud de la adicción a la heroína en España. Los datos presentados permiten, además, caracterizar a este subgrupo de la población de heroínomanos desde el punto de vista demográfico y de consumo.

**Palabras clave:** Abuso de drogas. Prevalencia. Heroína. Cocaína.

## ADMISSIONS TO TREATMENT BY OPIATES AND COCAINE ABUSE IN SPAIN

### Summary

The State Information System for Drug Addiction (SEIT) was designed to monitor the magnitude of the abuse of opiates and cocaine by indirect indicators (treatment admissions, hospital emergencies and deaths). The notification of initiation of treatment started to run in all the Autonomous Communities (Comunidades Autónomas) during 1987. In this study we analyze the characteristics of 10,338 individuals who initiated a treatment for illegal drug abuse (opiates or cocaine) during 1987 in 224 centres spread along the Autonomous Communities and which had been notified to SEIT. 97.1% were heroin users, with a mean age of 24.8 years, basically males (80.5%) and who had been taking the drug which caused the treatment for the last 5 years. 69.4% reported having first time used heroin between 1980 and 1985.

The absolute number of drug users who were treated in specific centres in the different Autonomous Communities allow us a first approximation to the magnitude of heroin addiction in Spain. Moreover, the data we present help to characterize this subgroup of the heroin population from the demographic and the consumption points of view.

**Key words:** Drug abuse. Prevalence. Heroin. Cocaine.

## Introducción

El consumo de drogas ilegales, particularmente la heroína, empezó a tener importancia como fenómeno social a partir de los años sesenta, si bien su evolución ha seguido tendencias y características distintas de unos países a otros. Está am-

pliamente reconocida la necesidad de disponer de estudios y sistemas de información que permitan evaluar la incidencia y prevalencia del consumo, su evolución temporal y el impacto de los programas asistenciales y preventivos.

La investigación de la magnitud del abuso de drogas es un problema complejo. Las particularidades de cada tipo

de consumo (valoración social, tipo de población consumidora, etc.) inclinan a los investigadores hacia un tipo u otro de metodología. Así, mientras que el consumo de drogas como la cocaína o la marihuana puede ser estudiado mediante encuestas directas a la población, las cuales permiten estimar la incidencia, prevalencia, actitudes hacia el con-

\* José Alameda Palacios  
Josep M. Antó i Boqué  
Mercedes Suárez Bernal  
Carmen Sánchez Lázaro  
Alberto Armas Navarro  
Teresa Pelayo Cortines

Carlos Alonso Sanz  
Jose María Suelves Joanxich  
José Manuel Martínez Rodríguez  
Juana Matía Olaiz  
Julián Monleón García  
Conchi Moreno Iribas

Tomás Zarallo Barbosa  
José Ramón Gómez Fernández  
Antonio Nicolau Riutort  
Francisca González Porcel  
Idoia Gaminde Inda

Isabel Izarzugaza  
Lourdes Ruiz Galarreta  
Margarita Eguigaray García  
María Pilar Vega de la Puente  
Carmen Navarro Sánchez  
Máxima Lizán García

Juan Antonio Palacios Castaño  
Josep Roca Antonio  
Joaquín Camprubí  
Fernando Villar Álvarez  
José Sánchez Payá  
Setefila Luengo Matos

Manuscrito redactado por Conchi Moreno Iribas y Josep Maria Antó i Boqué

Correspondencia: Josep Maria Antó i Boqué. Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Paseo Marítimo 25-29, 08003 BARCELONA.

Este artículo fue recibido el 22 de noviembre de 1989 y fue aceptado, tras revisión, el 29 de enero de 1990.

sumo, etc., otras, como la heroína, están sujetas a una importante subnotificación cuando se emplean tales métodos<sup>1,2</sup>. Las características de este tipo de drogodependencia en el momento actual: carácter ilegal, baja prevalencia y afectación de una población a menudo marginal y, por tanto, difícilmente accesible a los muestreos poblacionales, dificultan la aplicación de los métodos epidemiológicos clásicos<sup>3,2</sup>. Estas circunstancias han llevado a la utilización de métodos alternativos, que van desde la búsqueda intensiva de casos en pequeñas áreas de población a las técnicas indirectas del tipo de los métodos nominativos, el método captura-recaptura y las estimaciones basadas en indicadores indirectos<sup>4,5</sup>. Estos métodos pretenden investigar la prevalencia y tendencias en el consumo de aquellos tipos de drogas para las cuales no existe una fuente única que informe de los casos y para las cuales las estimaciones procedentes de las encuestas no son válidas.

Los indicadores indirectos se basan en la medición de actividades y consecuencias, de tipo médico o legal fundamentalmente, asociadas al consumo de drogas. Entre los más conocidos están las admisiones a tratamiento, las urgencias y muertes relacionadas con la droga, los casos de hepatitis y el número de arrestos<sup>6</sup>. El uso de estas medidas se basa en el supuesto de que existe una relación entre estos fenómenos y la prevalencia del consumo de drogas<sup>7,8</sup>. Se asume que los cambios en los indicadores reflejan cambios en la magnitud del problema, siendo esta suposición tanto más firme cuanto más consistentemente se produzcan dichos cambios<sup>8,9</sup>. Algunas de estas medidas se consideran indicadores de prevalencia, por ejemplo, el número de muertes relacionadas con la heroína, las urgencias y los inicios de tratamiento por abuso de esta droga<sup>10,11,12</sup>. Otros, como la hepatitis B, se consideran fundamentalmente indicadores de incidencia<sup>4,13</sup>.

En el año 1985 se iniciaron en España los primeros trabajos para el desarrollo de un sistema de información sobre abuso de drogas que condujeron a la creación del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).

Se trata de un sistema de notificación basado en tres indicadores: urgencias relacionadas con los opiáceos y la cocaína, admisiones a tratamiento y muertes relacionadas con estas drogas<sup>14,15</sup>. El SEIT se asemeja en sus fundamentos a dos sistemas que funcionan en EE UU y que son utilizados por el National Institute on Drug Abuse (NIDA): el Drug Abuse Warning Network (DAWN) y el Client Oriented Data Acquisition Process (CODAP)<sup>2</sup>. A diferencia de estos dos sistemas que abarcan todo tipo de drogas, el SEIT se dirige a monitorizar los opiáceos y la cocaína exclusivamente.

En la primera etapa de funcionamiento del SEIT, se ha consolidado la recogida del indicador admisiones a tratamiento, y la cobertura del mismo es alta; el indicador urgencias hospitalarias se encuentra en fase de desarrollo parcial, mientras que el de mortalidad no ha sido aún implementado.

El presente trabajo tiene como objetivo medir la prevalencia de admisiones a tratamiento por abuso de opiáceos y cocaína en centros de tratamiento públicos o privados subvencionados en España durante el año 1987. Asimismo, se estudia la distribución de este indicador para las distintas Comunidades Autónomas.

## Material y métodos

### ¿Qué es el SEIT?

El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) es un sistema de información sobre el abuso de opiáceos y cocaína desarrollado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con los Planes Autonómicos. El SEIT pretende como objetivo fundamental monitorizar la evolución de la magnitud del abuso de opiáceos y cocaína tanto a nivel estatal como de las Comunidades Autónomas. Se basa en los siguientes indicadores: número de personas que inician tratamiento por dependencia a opiáceos o cocaína (*indicador tratamiento*), número de urgencias hospitalarias relacionadas con los opiáceos o cocaína (*indicador urgencias*) y número de fallecidos por muerte aguda di-

rectamente relacionada con el consumo de opiáceos o cocaína (*indicador mortalidad*)<sup>14,15</sup>.

### Definición de indicador tratamiento

El indicador «inicios de tratamiento» del SEIT se refiere al número anual de personas que inician tratamiento ambulatorio por dependencia a opiáceos o cocaína en cada Comunidad Autónoma a lo largo del año. El indicador incluye «nuevos» tratamientos iniciados a lo largo del año, tanto si se trata del primer tratamiento como si han realizado otros tratamientos anteriormente. No se incluyen en el indicador los inicios de tratamiento que requieren hospitalización en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria ni los realizados en Comunidades Terapéuticas ya que en general los pacientes acuden a los centros ambulatorios de tratamiento en primer lugar y son remitidos a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria o a las Comunidades Terapéuticas cuando parece necesaria alguna de estas opciones. Corresponde realizar la notificación de los casos a los centros públicos de tratamiento ambulatorio (hospitalarios o no) y a los privados subvencionados.

Si una persona realiza más de un tratamiento en la misma Comunidad Autónoma durante el mismo año sólo se contabiliza el primero y se excluye el resto al hacer el cómputo anual de casos. Es decir, el número de notificaciones anuales se refiere a las personas que iniciaron al menos un tratamiento en alguno de los centros estudiados.

El diseño, organización y gestión del sistema a nivel autonómico corresponde a los Planes Autonómicos sobre Drogas. Trimestralmente, desde el nivel autonómico, se envían al órgano de gestión central aquellas notificaciones que cumplen los criterios para ser considerados casos notificables al SEIT. Existe un conjunto de datos mínimos de cada paciente (véase apartado siguiente) que deben ser recogidos de forma idéntica en todas las Comunidades Autónomas y que garantizan la comparabilidad de los datos en todo el Estado. Además de los datos mínimos, cada Comunidad Autónoma puede ampliar el número de variables e, incluso, ampliar el conjunto del sistema recogiendo ini-

cios de tratamiento por otras drogas (así varias Comunidades Autónomas recogen inicios de tratamiento por abuso de alcohol).

#### Proceso de recogida de la información

La notificación debe realizarse el día en que el toxicómano acude al centro de tratamiento para la primera visita. El personal encargado de recoger los datos de cada individuo son los profesionales que abren las historias (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.). Las variables recogidas para cada caso son: número de registro, fecha de inicio del tratamiento, código de identificación del centro, código de identificación confidencial (formado por las dos primeras letras de los apellidos, fecha de nacimiento y provincia de nacimiento), sexo, municipio y provincia de residencia, droga primaria, drogas secundarias y año del primer consumo.

Una vez recibidas las notificaciones y tras su procesamiento se realiza una revisión de los datos con objeto de descubrir posibles errores. Aquellas notificaciones con errores o datos sospechosos de error vuelven a verificarse con información procedente de los centros de tratamiento.

#### Cobertura del sistema

El sistema pretende cubrir todos los centros públicos que dispensan tratamiento ambulatorio en las 17 Comunidades Autónomas. Hay que señalar, sin embargo, la diversidad de centros que incluye el concepto de «tratamiento ambulatorio», y que refleja en parte el diferente dispositivo asistencial que tienen las Comunidades Autónomas. En algunas de éstas predominan los centros asistenciales específicos para drogodependencias y en otras los centros de salud mental.

Se han definido una serie de indicadores con objeto de evaluar la cobertura del indicador. Se valora en primer lugar la «saturación», entendiendo como tal el porcentaje de centros entre los adscritos que han enviado notificaciones. En segundo lugar, la estabilidad en la notificación, mediante dos indicadores: porcentaje de centros que declaran los cuatro trimestres y porcentaje de semanas declaradas a lo largo del año.

#### Confidencialidad

El problema de la confidencialidad se aborda de manera diferente en cada Comunidad Autónoma. Donde se gestionan las notificaciones de las diferentes Comunidades, sólo se dispone de la fecha de nacimiento, edad y sexo de los casos. En las Comunidades se tiene igualmente las dos primeras letras de los apellidos y en alguna Comunidad Autónoma el número de historia clínica.

#### Análisis de los resultados

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS/PC; y el test de comparación de grupos Chi-2.

### Resultados

Durante el año 1987 se recibieron 10.338 notificaciones de inicios de tratamiento relacionados con el abuso de opiáceos y cocaína correspondientes a 17 Comunidades (tabla 1). La droga que ha motivado el mayor número de inicios de tratamiento, tanto a nivel estatal como en cada una de las Comunidades Autónomas, es la heroína. Esta droga ha motivado 10.035 inicios de tratamiento (97,0% de los casos notificados). Para la cocaína se han notificado 198 inicios de tratamiento (1,9% de los ca-

sos totales). De los casos restantes, 64 corresponden a otros opiáceos (0,7%) y 41 a metadona (0,4%). Destaca el importante porcentaje de inicios de tratamiento por cocaína de Canarias (13,1%) y Castilla-León (3,9%), y el alto porcentaje por otros opiáceos y metadona de Asturias (5,6% y 4,3%, respectivamente) (tabla 2); estas diferencias entre Comunidades son estadísticamente significativas ( $p=0,000$ ).

El 80,5% de los inicios de tratamiento corresponden a hombres y el 19,5% a mujeres, y la diferencia se mantiene tanto en el caso de la heroína como en la cocaína (tabla 3). Las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de mujeres son La Rioja (29,1%) y Baleares (28,3%) y las que presentan el menor porcentaje, Murcia (11,1%) y Castilla-La Mancha (11,8%); estas diferencias son estadísticamente significativas. La edad media de los casos que inician tratamiento por abuso de opiáceos o cocaína es de 24,8 años; los grupos de edad con mayor número de casos son los de 20-24 años y 25-29 años (tabla 3).

Entre los que inician tratamiento por abuso de heroína, las drogas secundarias consumidas más frecuentemente en los 30 días anteriores son, en primer lugar, cannabis por el 59,4% de los casos, cocaína por el 44,3% y psicofár-

Tabla 1. Notificaciones de inicios de tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína en las diferentes Comunidades Autónomas. Año 1987

	Enero-marzo	Abril-junio	Julio-sept.	Octubre-diciembre	Total
Andalucía	*	547	519	538	1.604
Aragón	97	82	113	109	401
Canarias	112	54	107	139	412
Cantabria	60	33	31	43	167
Castilla-La Mancha	*	*	27	24	51
Cataluña	286	226	395	666	1.573
Castilla-León	67	52	46	42	207
Madrid	382	348	350	449	1.529
Valencia	*	*	*	163	163
Extremadura	64	41	69	77	251
Galicia	221	206	261	257	941
Baleares	22	99	203	120	444
Navarra	78	48	72	86	284
País Vasco	432	323	264	347	1.366
Asturias	111	111	119	142	483
Murcia	42	39	96	178	355
La Rioja	18	29	19	37	103
TOTAL	1.992	2.238	2.691	3.417	10.338

\* No hubo notificaciones por falta de implantación del SEIT.

**Tabla 2. Drogas primarias que han motivado los inicios de tratamiento por Comunidades Autónomas (porcentajes). Año 1987**

	Heroína	Cocaína	Otros opiáceos	Metadona	Número de casos
Andalucía	97,0	1,4	0,7	0,9	1.604
Aragón	98,8	1,0	0,2	0,0	401
Canarias	86,2	13,1	0,7	0,0	412
Cantabria	100,0	0,0	0,0	0,0	167
Castilla-La Mancha	98,0	0,0	2,0	0,0	51
Cataluña	97,3	2,7	0,0	0,0	1.573
Castilla-León	96,1	3,9	0,0	0,0	207
Madrid	99,0	0,8	0,2	0,0	1.529
Valencia	99,4	0,6	0,0	0,0	163
Extremadura	100,0	0,0	0,0	0,0	251
Galicia	96,9	1,8	1,2	0,1	945
Baleares	98,6	0,9	0,0	0,5	444
Navarra	99,6	0,4	0,0	0,0	284
País Vasco	98,2	1,8	0,0	0,0	1.366
Asturias	89,3	0,8	5,6	4,3	483
Murcia	96,6	1,1	1,7	0,6	355
La Rioja	98,0	1,0	1,0	0,0	103
<b>TOTAL</b>	<b>97,0</b>	<b>1,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>10.338</b>

**Tabla 3. Edad y sexo de los que inician tratamiento según las diferentes drogas primarias. Año 1987**

	Droga primaria			
	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Metadona
<i>Sexo (%)</i>				
Hombres	80,3	79,7	87,9	82,9
Mujeres	19,7	20,3	12,1	17,1
Total casos	9.989	64	198	41
<i>Edad (años)</i>				
<15	0,2	0,0	0,0	0,0
15-19	8,6	4,9	9,2	2,4
20-24	42,9	32,8	36,7	36,6
25-29	35,9	39,3	37,8	34,1
30-34	9,8	18,1	10,2	19,5
35-39	2,1	1,6	4,6	4,9
40-44	0,4	0,0	1,0	2,4
45-49	0,1	3,3	0,5	0,0
Total casos	9.864	61	196	41

macos por el 36,7%. Las drogas secundarias más utilizadas por los cocaínómanos son cannabis por el 65,2%, heroína por el 37,5%, psicofármacos por el 19,8% y alucinógenos por el 14,8%.

El tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga primaria y el inicio del tratamiento notificado supera los cinco años, si bien hay que tener en cuenta que se incluyen individuos para los cuales éste es su primer tratamiento y pacientes con tratamientos

previos. El 38,8% lleva consumiendo la droga que ha motivado el tratamiento más de cinco años y el 2,8% menos de un año (tabla 4).

El 64,5% de los casos declaran haber iniciado el consumo de la droga primaria antes de los 21 años, y es sólo el 6,3% el que declara haberse iniciado en el consumo con más de 26 años de edad (tabla 5). Entre las mujeres aquel porcentaje es más alto, de manera que el 71,1% declara haber iniciado el consumo antes de los 21 años.

En la tabla 6 se observa el año del primer consumo de las drogas primarias, heroína y cocaína. El 79,8% de los heroínómanos y el 83,4% de los cocaínómanos se iniciaron en el consumo de la droga primaria entre el año 1980 y 1987. El consumo de cocaína parece por estos datos algo posterior al consumo de heroína; así, mientras sólo el 10,2% de los heroínómanos iniciaron su consumo en los dos últimos años, este porcentaje alcanza el 24,5% en los cocaínómanos. La figura 1 ilustra la curva de la heroína que muestra el aumento progresivo de casos a partir de 1978 y fundamentalmente en los años ochenta. El descenso final se debe en gran parte al intervalo entre el inicio del consumo y la entrada en tratamiento.

Las notificaciones analizadas corresponden a 224 centros de tratamiento que notificaron uno o varios trimestres (tabla 7). Suponen el 71,6% de los centros adscritos, y se observa un incremento a lo largo del año en el número de centros que notificaron. Se desconoce cuántos de los centros no declarantes lo fueron por no presentar ningún caso. Se recibieron notificaciones de todos los centros adscritos, al menos en alguno de los cuatro trimestres, en las siguientes Comunidades: Aragón, Cantabria, Navarra, Extremadura, Asturias, Murcia, La Rioja, País Vasco y Galicia. El 22% de los centros tras declarar un trimestre no lo hizo el siguiente.

## Discusión

Los adictos a los opiáceos y cocaína atendidos en los centros de tratamiento monitorizados por el SEIT en el año 1987 se caracterizan por ser mayoritariamente hombres, adictos a la heroína, de una edad entre 20 y 30 años, con una antigüedad media de consumo de cinco años y por consumir otras drogas con gran frecuencia.

La droga primaria que motiva el tratamiento es en el 97,1% de los casos la heroína y en el 1,9% la cocaína. Esta relación es similar a la encontrada en Francia en el año 1988, donde en una muestra de centros se encontró que la droga primaria era la cocaína en el 1% de los casos y la heroína en el 69%<sup>16</sup>.

En EE UU, en un estudio realizado en 15 estados en el año 1984 y que incluía todo tipo de drogas, las admisiones a tratamiento en las que la droga primaria era la heroína suponían el 41%, las debidas a la cocaína el 14%, y el resto era por otras drogas<sup>3</sup>. Es decir, mientras que en EE UU por cada admisión a tratamiento por cocaína se producen tres de heroína, en España esa relación es de 1 a 50. La única Comunidad Autónoma que presenta un perfil diferente es Canarias, donde la relación cocaína-heroina es de 1 a 6, lo cual indica, quizá, un diferente patrón de consumo.

Entre los heroinómanos que inician un tratamiento la razón hombre/mujer es de 4,15, similar a la encontrada en estudios anteriores<sup>17</sup>. Esta razón es superior a la encontrada en estudios del área anglosajona: 2,6 en Oxford<sup>18</sup>, 1,8 en Londres<sup>19</sup>, 1,7 en algunas zonas de EE UU<sup>20</sup>, y similar a la de Francia, con una razón de 2,8, o Turín, donde osciló entre 5,6 en el año 1978 y 3,1 en 1985<sup>21</sup>. Se observan asimismo importantes diferencias entre Comunidades Autónomas, con razones de 8 en zonas como Murcia y Andalucía y próximas a 3 en La Rioja y Baleares.

Los heroinómanos en tratamiento en España son sensiblemente más jóvenes que los de países como EE UU o Inglaterra y de una edad similar a los de países vecinos como Francia o Italia. En EE UU el 56% tiene más de 30 años<sup>2</sup>, en Londres el 46%<sup>22</sup>, en Francia el 16%<sup>16</sup>, mientras que en España sólo el 12,7% tenía más de 30 años. Los heroinómanos estudiados se caracterizan por haberse iniciado en el consumo al final de los años setenta y fundamentalmente en los primeros años ochenta. Estos hallazgos contrastan con el perfil de los heroinómanos tratados en países como EE UU, caracterizados por una edad media mucho más alta y por haberse iniciado en el consumo en la segunda mitad de los años sesenta y los primeros años setenta<sup>3</sup>.

Si bien la droga primaria que motiva el tratamiento es en la gran mayoría de los casos la heroína, nos encontramos con una población con alto consumo de drogas secundarias, particularmente marihuana, cocaína y psicofármacos, evidenciado aunque con metodologías

**Tabla 4. Años transcurridos entre el primer consumo y el tratamiento en estudio por grupos de edad y sexo (porcentajes). Año 1987**

	Años entre el primer consumo y el tratamiento							Número de casos
	<1	1	2	3	4	5	>5	
<i>Sexo</i>								
Hombres	2,6	8,0	12,1	12,8	12,8	12,0	39,7	7.533
Mujeres	3,4	9,2	13,5	14,1	13,5	11,5	34,8	1.831
Total	2,9	8,4	12,5	13,2	12,7	11,5	38,8	9.364
<i>Edad de inicio del tratamiento</i>								
< 15	26,7	20,0	26,7	6,7	6,7	6,5	6,7	15
15-19	10,2	24,8	26,6	15,8	12,2	5,2	5,2	831
20-24	2,2	8,6	13,7	16,3	15,7	15,0	28,5	4.051
25-29	1,6	4,6	8,1	10,1	10,3	10,4	54,9	3.328
30-34	1,3	4,2	9,4	8,6	9,6	9,6	57,3	841
35-39	4,2	7,8	8,4	11,4	8,4	10,8	49,1	167
40-44	2,7	8,1	5,4	8,1	16,2	5,4	54,1	37
45-49	[0]	[1]	[1]	[1]	[0]	[0]	[3]	6
Total	2,7	8,2	12,3	13,2	12,8	11,9	38,9	9.286

**Tabla 5. Edad al primer consumo de la droga primaria en función de la edad y el sexo de los casos que inician tratamiento (porcentajes). Año 1987**

	Edad al iniciar el consumo (años)						Número de casos
	<15	15-17	18-20	21-23	24-26	>26	
<i>Sexo</i>							
Hombres	5,5	24,3	33,1	21,2	9,3	6,6	7.688
Mujeres	7,0	30,7	33,3	16,4	7,5	5,1	1.832
Total	5,8	25,5	33,2	20,3	9,0	6,3	9.520
<i>Edad de inicio del tratamiento</i>							
< 15	100,0	—	—	—	—	—	13
15-19	23,0	62,0	15,0	—	—	—	831
20-24	6,5	35,6	43,1	14,5	0,3	—	4.068
25-29	2,1	12,6	33,5	32,3	17,0	2,5	3.431
30-34	1,3	4,0	13,5	24,0	25,4	31,8	959
35-39	0,5	1,0	7,4	6,7	8,3	76,0	204
40-44	0,0	0,0	4,6	0,0	4,7	90,7	43
45-49	[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	[7]	7

diferentes en otras muestras de heroinómanos de nuestro medio<sup>17,23</sup>; así, un estudio realizado en cinco centros de tratamiento a partir de las historias clínicas de heroinómanos se encontró que el 57% consumía cannabis y el 31% cocaína<sup>17</sup>. El consumo de cocaína entre los heroinómanos de varios centros de Londres oscilaba entre el 28% y el 58%<sup>24</sup>, mientras que un alto porcentaje consumían diferentes psicofármacos.

Las características señaladas conforman el perfil de un importante subgru-

po de consumidores de opiáceos o cocaína en España (perfil que puede diferir si se estudian otras fuentes: centros de urgencias, comisarias, etc.); destaca la edad relativamente joven respecto a otros países, el predominio de hombres, la importancia de la heroína como droga primaria y el importante consumo concomitante de otras drogas.

En las Comunidades que recibieron notificaciones de todos sus centros en algún trimestre y extrapolando para todo el año tenemos que las tasas de «nue-

**Tabla 6. Año del primer consumo de la droga primaria para quienes iniciaron un tratamiento por abuso de heroína y cocaína (porcentajes). Año 1987**

Año	Heroína	Cocaína
Antes de 1975	3,0	5,9
1976	2,0	1,1
1977	3,8	3,2
1978	4,3	3,7
1979	7,1	3,7
1980	10,4	8,5
1981	10,4	5,9
1982	11,6	9,0
1983	12,6	7,4
1984	12,8	11,2
1985	11,9	16,0
1986	7,7	18,1
1987	2,5	6,4
TOTAL	100,0	100,0
TOTAL DE CASOS	9.426	188

**Tabla 7. Centros de tratamiento que han notificado a lo largo de los cuatro trimestres por Comunidades Autónomas. Año 1987**

	Enero-marzo	Abril-junio	Julio-sept.	Octubre-diciembre	Centros adscritos
Andalucía	—	14	15	12	26
Aragón	7	7	9	8	9
Canarias	7	5	7	6	9
Cantabria	3	3	3	3	3
Castilla-La Mancha	—	—	4	4	9
Cataluña	21	22	32	36	51
Castilla-León	15	16	13	10	51
Madrid	26	29	29	31	36
Valencia	—	—	—	9	29
Extremadura	2	2	3	3	3
Galicia	12	12	12	10	12
Baleares	1	5	7	7	15
Navarra	7	7	8	8	8
País Vasco	27	25	25	26	30
Asturias	9	11	11	10	12
Murcia	5	6	5	7	7
La Rioja	2	3	2	2	3
TOTAL	142	167	185	192	313

vos tratamientos por abuso de opiáceos y cocaína en la población» oscilaron entre, 0,8 inicios de tratamiento por 1.000 habitantes de 15-49 años en Extremadura, 1,1 por 1.000 en Aragón y 2,2 por 1.000 en el País Vasco. Las diferencias entre las tasas de las Comunidades Autónomas pueden estar en parte relacionadas con el número de adictos, pero pueden también verse influidas por factores diferentes como la cantidad de recursos terapéuticos disponibles, las modalidades terapéuticas predominantes y la atracción de los centros (datos no valorados en este trabajo). Los da-

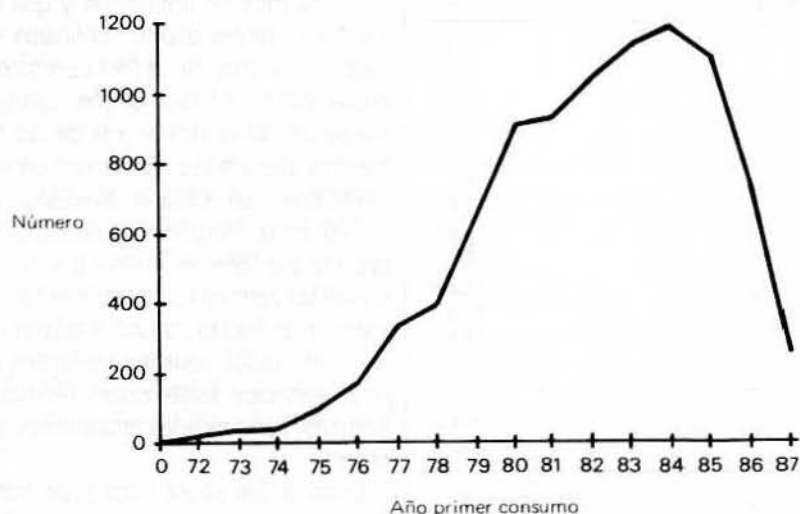
tos procedentes del Grupo Pompidou cifran la prevalencia de tratamientos en 2,2 por 1.000 habitantes de 15 a 39 años en Dublín (en centros ambulatorios), 1,6 por 1.000 en los servicios públicos de Roma, y 0,3 en Hamburgo<sup>25</sup>, si bien las definiciones del indicador no son estrictamente comparables. El uso de este indicador con fines comparativos en el tiempo o entre países presupone la existencia de una oferta de tratamiento que cubra la demanda, y deben ser igualmente comparables la definición de caso y la fiabilidad de los datos<sup>10,26,25</sup>.

Aunque el total de tratamientos registrados por el SEIT han sido 10.387, hay que considerar que 84 de los 308 centros adscritos no notificaron y que de los 224 restantes sólo 87 notificaron los cuatro trimestres. Si los 224 centros hubiesen notificado todo el año, con una media de casos similar a la de los trimestres declarados, el número de notificaciones se situaría alrededor de 15.000. En la interpretación de estos datos hay que tener en cuenta que se excluyen las personas que continuaban un tratamiento iniciado en años anteriores, así como todos aquellos realizados en otros servicios asistenciales (Atención Primaria, comunidades terapéuticas, etcétera).

Estos datos sobre inicios de tratamiento pueden ser útiles para monitorizar las tendencias en el consumo de opiáceos y cocaína en la medida en que se completen con la información de otros indicadores indirectos. El número de admisiones a tratamiento, las urgencias y el número de muertes por sobredosis se asume que se relacionan positivamente con la prevalencia<sup>8</sup>. Existen, sin embargo, numerosos factores que pueden distorsionar esta relación; así, las muertes por sobredosis y las urgencias pueden aumentar o disminuir siguiendo cambios en la pureza de la heroína o la vía de administración utilizada; mientras que las admisiones a tratamientos se influirían por la cantidad y tipo de oferta asistencial. La monitorización conjunta de varios de ellos permite interpretar el significado de los cambios con más precisión<sup>4</sup>.

Además de permitir la monitorización del consumo de heroína, los datos sobre los tratamientos en heroínómanos se han utilizado para estimar la prevalencia de consumo mediante diversas técnicas: multiplicativas, captura-recaptura y multiagencia o búsqueda intensiva de casos. Entre las técnicas multiplicativas están los trabajos de Baden para extrapolar el número de consumidores a partir de las muertes por sobredosis o los trabajos de Hartnoll, quien, utilizando técnicas nominativas, estimó que por cada drogadicto que había realizado un tratamiento en un año, había entre 6 y 10 adictos que no se habían tratado<sup>19</sup>. En EE UU se estima

Figura 1. Año del primer consumo de la droga que ha motivado el inicio del tratamiento. SEIT 1987



que entre el 10% y 15% de heroinómanos realiza un tratamiento anualmente<sup>27</sup>. La no disponibilidad de este dato en España impide utilizar esta aproximación. Otros autores han empleado los datos sobre tratamientos para hacer estimaciones de la prevalencia de consumo mediante la aplicación del método captura-recaptura<sup>5,28,29</sup>. La prevalencia estimada mediante esta técnica para la población de 15 a 39 años ha sido de 14,2 por 1.000 en dos barrios de Londres<sup>19</sup> y 10 por 1.000 en Turín<sup>21</sup>.

En combinación con los datos de otras fuentes se han utilizado los datos de tratamiento para estimar la prevalencia de heroinómanos «conocidos» mediante el método de búsqueda intensiva de casos o multiagencia, que se basa en localizar a todos los heroinómanos registrados en diferentes instituciones en un período dado<sup>18</sup>. Este método, utilizado en áreas y ciudades de tamaño medio, ha encontrado prevalencias de 3,7 y 4,4 por 1.000 heroinómanos «conocidos» en la población de 15 a 49 años en Oxford y Wirral, dos ciudades de Inglaterra<sup>18,30</sup>.

Una alternativa a la relativa debilidad de estos métodos cuando se utilizan en el campo de la heroína es la utilización de varios de ellos conjuntamente. De esta manera se obtiene un rango de valores de la magnitud del abuso de heroína que, si bien no resulta tan preci-

so como las estimaciones de otros fenómenos en epidemiología, sí que acota la prevalencia con más exactitud que la acostumbrada cuando se barajan cifras relativas al número de heroinómanos en una determinada área geográfica. Las estimaciones derivadas de los diferentes métodos permiten, por otra parte, el estudio de la validez de construcción de dos o más procedimientos no relacionados metodológicamente<sup>28</sup>.

Los resultados presentados, referidos a un fenómeno estrechamente relacionado con el consumo de heroína, como son los tratamientos por abuso de esta droga procedentes de las 17 Comunidades, constituyen una aportación relevante para abordar con más precisión la magnitud del problema a nivel estatal y autonómico. Obviamente, este conocimiento tiene importantes implicaciones para la planificación y evaluación de los programas sanitarios relacionados con la adicción a opiáceos y cocaína. Los datos presentados y las estimaciones realizadas son consistentes con los obtenidos en el año 1988 (16.481 casos notificados de inicios de tratamientos por adicción a opiáceos o cocaína). Sin embargo, la ausencia de una cobertura adecuada y un desarrollo homogéneo de los indicadores de mortalidad y urgencias supone una importante limitación para la aplicación de los datos del SEIT.

#### Bibliografía

1. Barnes DM. Drugs: Running the Numbers. *Science* 1988; 240:1729-31.
2. Kozel NJ, Adams EH. Epidemiology of Drug Abuse: An Overview. *Science* 1986; 234:970-74.
3. Blaken A, Adams E, Durell J. Drug Abuse: implications and trends. *Psychiatric Med* 1987; 3:299-317.
4. Hartnoll R, Daviaud E, Lewis R, Mitcheson M. *Drug problems: assessing local needs. Drug Indicators Project*. London: Birbeck College, University of London, 1985.
5. Doscher ML, Woodward AJ. Estimating the size of subpopulations of heroin users: applications of log-linear models to capture/recapture sampling. *Int J Addic* 1983; 18:167-82.
6. Flaherty EV, Kotransky L, Fox E. Defining Drug Use: A model for the integration of Measures Through the Census Tract. *Int J Addic* 1986; 21:717-38.
7. Person PH. The Drug Abuse Warning Network: A Statistical perspective. *Public Health Rep* 1976; 91:395-402.
8. Person Ph, Retka RL, Woodward JA. *Toward a Heroin Problem Index-An analytical model for drug abuse indicators*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse. 1976; DHEW Publication No (ADM) 78-367.
9. Schlenger WE, Greenberg SW. Characteristics of cities and their relationship to heroin use: an analysis of heroin use correlates in Metropolitan Areas. *Int J Addic* 1980; 15:1141-68.
10. Gardin HT. Heroin abuse indicators: a test of recent assumptions. *Int J Addic* 1980; 15:115-24.
11. Crider RA. *Heroin incidence: a trend comparison between National Household Survey data and indicator data. Self-reports methods of estimating drug use*. 1985. (NIDA research monograph 57).
12. Cohen S. *Narcotism; dimensions of the problem*. Reprinted from *Annals of the New York Academy of Sciences* 1978; 311:4-9.
13. Greene MD, Kozel N, Hunt LG, et al. *An assessment of the diffusion of heroin abuse to medium sized american cities*. Special Action Office for Drug Abuse Prevention, Washington, DC 1974.
14. Roca J, Antó JM. El Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. *Comunidad y Drogas* 1987; 5/6:9-38.
15. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías: Protocolo* (2ª ed). Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
16. Leroy B. *La drogue en France. Evolution, statistiques, legislation*. 1988. D'après les Statistiques de O CRTIS.
17. Martínez D, De la Fuente L, Arteagoitia JM. Estudio descriptivo de los pacientes heroinómanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-1985. *Comunidad y Drogas* 1987; 3:35-59.
18. Peveler RC, Green R, Maldelbrote BM. Prevalence of Heroin Misuse in Oxford City. *Br J Addic* 1988; 83:513-8.
19. Hartnoll R, Mitcheson M, Lewis R, Bryer S. Estimating the prevalence of opioid dependence. *Lancet* 1985; i:203-5.
20. Kozel NJ, Crider RA, Brodsky MD, Adams EH.

- Epidemiology of heroin: 1964-1984*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1985.
21. Merlo G. *La situazione delle toxicodipendenze a Torino*. Torino: Unità Sanitaria Locale, 1987.
22. Daviaud E, Hartnoll R, Power R, Friffiths L, et al. Monitoring the Demand for Treatment by Problem Drug Takers: a case study of a London Drug Dependence. Unit. *Br J Addict* 1987; 82:1225-34.
23. Navarro J. Perfil básico de las toxicomanías en España. *Comunidad y Drogas* 1986; 1:9-35.
24. Sheehan M, Oppenheimer M, Taylor C. Who comes for treatment: drug misusers at three London Agencies. *Br J Addict* 1988; 83:311-20.
25. Groupe Pompidou. *Étude Multi-villes sur l'abus de drogues à Amsterdam, Dublin, Hamburg, Londres, Paris, Rome, Stockholm*. Strasbourg: Conseil de l'Europe, 1987.
26. Swisher JD, Teh-wei Hu. A review of reliability and validity of the Drug Abuse Warning Network. *Int J Addic* 1984; 19:57-67.
27. Hubbard RL, Marsden ME, Cavanaugh E, Valley JV, Ginzburg HM. Role of Drug-Abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Reviews of Infectious diseases* 1988; 10:377-84.
28. Woodward JA, Retka RL, Ng Li. Construct validity of heroin abuse estimators. *Int J Addic* 1984; 19:93-117.
29. Newmeyer JA. The prevalence of Drug Use in San Francisco in 1987. *Journal of Psychoactive Drugs* 1988; 20: 185-9.
30. Parker H, Newcombe R, Bakx K. The New Heroin Users: Prevalence and characteristics in Wirral, Merseyside. *Br J Addic* 1987; 82:147-57.

