

# Consumo de alcohol en pacientes en tratamiento sustitutivo con opiáceos medido con el cuestionario AUDIT y su relación con otros factores asociados

M. CORREA, T. ABAD, J.J. HERNÁNDEZ, A. PARRA, T. RADINOVA Y G. MOLINA

Centro de Tratamiento a Drogodependientes (CTD) de Moratalaz. Cruz Roja Española de Madrid. España.

**RESUMEN. Objetivo.** Estudiar la posible relación entre consumo de alcohol, medido a través del autoinforme AUDIT, con las dosis de metadona en pacientes adscritos al tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO), así como su relación con otros factores presentes frecuentemente en esta población.

**Material y método.** Se tomó una muestra aleatoria de 80 pacientes del Centro de Tratamiento de Drogodependencias de Moratalaz, a quienes se les administró el cuestionario AUDIT. Se obtuvieron datos relacionados con la patología de base y el consumo de diferentes sustancias de la historia clínica.

**Resultados.** Se dividió a los pacientes en grupos, dependiendo de si habían obtenido una puntuación superior o inferior a las puntuaciones de corte propuestas por los autores del test. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las medias de metadona diarias, el consumo de cocaína, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y por el virus de la hepatitis C entre dichos grupos. Encontramos una mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol entre aquellos pacientes con diagnóstico de patología dual o que consumían benzodiacepinas, con diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos.

**Conclusiones.** La dosis de metadona no tiene relación con el consumo de alcohol en nuestra muestra, aunque existe una alta prevalencia de consumo problemático de alcohol en los pacientes en TSO. El consumo de riesgo de alcohol se da con más frecuencia en usuarios de benzodiacepinas y en personas con patología dual.

**PALABRAS CLAVE:** alcoholismo, metadona, patología dual, benzodiacepinas.

## Consumption of alcohol, as measured by the AUDIT questionnaire, in patients in methadone maintenance treatment programs and its relation with other associate factors

**ABSTRACT. Objective.** To study the relationship of alcohol consumption, measured with AUDIT test, with methadone dose in patients assigned to Methadone Maintenance Treatment (MMT) Programs, and other factors often present in this population.

**Material and methods.** We took a random sample of 80 patients in the Drug Adiction Treatment Center of Moratalaz, who were given the AUDIT questionnaire. We obtained data related to the pathology and consumption of various substances from medical records.

**Results.** Patients were divided into groups according to whether they had achieved a score higher or lower than the cut scores of proposed by the authors of the test. There was no significant statistically difference between the daily methadone dose, cocaine use, HIV and HCV among these groups. There was a higher

---

*Correspondencia:*

M. CORREA PERRY.  
Cerro Pan de Azúcar 10434.  
Lo Barnechea.  
Santiago de Chile. Chile.  
Correo electrónico: maidacorrea@gt dinternet.com

Recibido: 13-5-2008.

Aceptado para su publicación: 5-9-2009.

**prevalence of risk consumption of alcohol among those patients with a dual diagnosis or who consumed benzodiazepines, with statistically significant differences between different groups.**

**Conclusions.** The methadone dose is not associated with the consumption of alcohol in our sample, although there is a high prevalence of alcohol consumption problematic for patients in MMTP. Risky alcohol consumption is more frequent within benzodiazepine users and dual diagnosis.

**KEY WORDS:** alcoholism, methadone, dual diagnosis, benzodiazepines.

## Introducción

Diversos estudios se han ocupado de la relación que mantienen los participantes del tratamiento sustitutivo con opiáceos (TSO) con el alcohol<sup>1</sup>. La mayoría ha encontrado que alrededor de un tercio de estos pacientes (entre el 20 y el 50 %) mantiene un consumo excesivo de alcohol mientras permanecen en tratamiento con metadona<sup>2</sup>, lo que supone un importante descenso en su calidad de vida<sup>3</sup>, interferencias con el tratamiento con metadona (sustitución del consumo de heroína por el de alcohol) periodos mayores de permanencia en tratamiento, mayor abuso de otras sustancias ilegales, desarrollo de enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol (cirrosis hepática, varices esofágicas<sup>4</sup>) y peores resultados terapéuticos a largo plazo<sup>2</sup>. Otros estudios sugieren la influencia del alcohol en las concentraciones plasmáticas y los efectos fisiológicos de los opiáceos<sup>5,6</sup>. Todo esto ha llevado a los profesionales del campo de las drogodependencias a replantearse el papel del alcohol en los TSO<sup>6</sup>, sugiriéndose la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas específicas sobre el consumo de alcohol de forma paralela a los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento.

Los objetivos del presente estudio han sido:

1) Investigar la relación entre las dosis administradas de metadona y el consumo referido de alcohol<sup>7</sup>, medido a través del cuestionario AUDIT, en pacientes en TSO pertenecientes a un Centro de tratamiento de Drogodependencias (CTD) de Cruz Roja Española.

2) Estudiar la asociación del consumo de alcohol declarado en el test AUDIT con el consumo de otras sustancias, como benzodiazepinas (BZD) y cocaína, además de su relación con otros factores, como la presencia de infección por el virus de la hepatitis C (VHC), la infección por el virus de la inmunodeficiencia huma-

na (VIH) y el diagnóstico de patología dual en pacientes en TSO.

3) Desarrollar un perfil de consumo de alcohol de los pacientes en TSO.

## Material y métodos

### Sujetos

Se tomó una muestra aleatoria de 80 sujetos adscritos al TSO del CTD de Moratalaz de Cruz Roja Española en Madrid, a los que se administró el cuestionario AUDIT entre enero y junio de 2005. La recogida de datos se realizó tras la obtención del consentimiento informado de los pacientes.

Se recopilaron los siguientes datos de los pacientes seleccionados:

- 1) Dosis de metadona.
- 2) Administración de BZD, pautada o no.
- 3) Consumo de cocaína (incluyendo cualquier tipo de consumo).
- 4) Presencia de patología psiquiátrica asociada (patología dual), donde se incluyeron trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo, diagnosticados con criterios DSM-IV.
- 5) Presencia de infecciones crónicas (VIH y VHC).

Esta información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de los participantes, tomando en cuenta los datos recopilados en la fecha en que se realizó el cuestionario. En algunos casos no se encontró en las historias la información requerida, por lo que no se incluyó a esos pacientes en el ítem afectado. En el caso del consumo de metadona se obtuvo la información de los 80 pacientes. En cuanto a la infección por el VIH y por el VHC, 79 historias mostraban claramente dichos datos. Encontramos que 78 historias informaban del consumo de BZD y la presencia de patología dual. En el caso del consumo de cocaína tuvimos que excluir 5 historias por no reflejar este dato. Sólo 54 historias destacaban el consumo de cannabis, por lo que excluimos este dato de nuestro estudio.

### Instrumentos

Se utilizó el cuestionario AUDIT<sup>8,9</sup> para medir el consumo de alcohol en los sujetos sometidos a estudio. Este ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para identificar el consumo de riesgo y el

abuso de alcohol en la población general. Contiene 10 ítems que incluyen frecuencia de consumo, dependencia de alcohol y problemas causados por el consumo del mismo. También ha sido evaluado como prueba de cribaje en pacientes drogodependientes. Este test considera una puntuación total mayor o igual a 8 como indicativa de consumo de riesgo, y una puntuación mayor o igual a 20 como indicativa de dependencia de alcohol.

Dividimos los resultados en “AUDIT positivo” y “AUDIT negativo”, según presentasen una puntuación total mayor o igual a 8 o menor que esta cifra de corte respectivamente. Posteriormente comparamos los grupos “Dependiente AUDIT” y “No dependiente AUDIT”, dependiendo de si habían obtenido una puntuación mayor o igual a 20 o menor que dicha cifra, respectivamente.

**Tabla 1.** Características de los pacientes AUDIT negativo y AUDIT positivo

	AUDIT negativo	AUDIT positivo
Pacientes (%)	33 (41%)	47 (59%)
Dosis media de metadona (mg/día)	81,51	90,80
Consumidores de benzodiacepinas (%)*	17 (54,8%)	38 (80,9%)
Consumidores de cocaína (%)	17 (56,7%)	28 (62,2%)
Pacientes con patología dual (%)*	6 (19,4%)	18 (38,3%)
Pacientes con VHC (%)	23 (74,2%)	29 (60,4%)
Pacientes con VIH (%)	16 (43,3%)	21(43,8%)

\*Diferencia estadísticamente significativa. AUDIT negativo: puntuación en el test AUDIT menor de 8; AUDIT positivo: puntuación en el test AUDIT mayor o igual a 8; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

**Tabla 2.** Características de los pacientes AUDIT No dependiente y AUDIT Dependiente

	No dependiente AUDIT	Dependiente AUDIT
Pacientes (%)	57 (71,5%)	23 (28,5%)
Dosis media de metadona (mg/día)	88,33	70,04
Consumidores de benzodiacepinas (%)*	37 (66,1%)	18 (81,8%)
Consumidores de cocaína (%)	31 (57,4%)	14 (66,7%)
Pacientes con patología dual (%)*	13 (19,4%)	11 (38,3%)
Pacientes con VHC (%)	37 (66,1%)	15 (65,2%)
Pacientes con VIH (%)	27 (48,2%)	10 (43,5%)

\*Diferencia estadísticamente significativa. Dependiente AUDIT: puntuación en el test AUDIT mayor o igual a 20; No dependiente AUDIT: puntuación en el test AUDIT menor de 20; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

## Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para la asociación de variables cualitativas y la prueba de Kruskal-Wallis para dos grupos, que se utiliza para comprobar si un grupo de datos proviene de la misma población. Intuitivamente, es idéntico al ANOVA con los datos reemplazados por categorías, siendo una extensión de la prueba U de Mann-Whitney para tres o más grupos. Al ser una prueba no paramétrica no asume la normalidad de los datos, y sí asume bajo la hipótesis nula que los datos vienen de la misma distribución. Se fijó como valor estadísticamente significativo  $p < 0,05$ , usando el paquete informático estadístico Epi INFO.

## Resultados

De los pacientes que fueron incluidos en el estudio, 66 (82,5 %) eran hombres y 14 (17,5 %) mujeres. La media de edad era de 41,4 años en los hombres y de 39,2 en las mujeres. Las dosis de metadona con que eran tratados variaba de 10 a 350 mg diarios, con una media de 83,07 mg (desviación típica: 61,36).

Un 59 % de los pacientes que respondieron el cuestionario AUDIT obtuvieron una puntuación mayor o igual a 8 y un 28,5 % mayor o igual a 20 puntos.

Respecto a la comparación entre grupos AUDIT positivo y AUDIT negativo (tabla 1), encontramos que la media de dosis de metadona para el primer grupo era 90,80 mg, mientras que en el segundo encontramos una de 81,51 mg sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos ( $p = 0,8325$ ). Observando los grupos Dependiente AUDIT y No dependiente AUDIT (tabla 2) los resultados arrojan medias de metadona de 70,04 y 88,33 mg, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambas ( $p = 0,3094$ ).

En cuanto al consumo de BZD (tablas 1 y 2) se observa que el 80,9 % de los pacientes con AUDIT positivo consumen BZD, mientras que el 54,8 % de aquellos con AUDIT negativo lo hacen, hallando una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,0086$ ). El 81,8 % de los pacientes Dependiente AUDIT son consumidores de BZD, en contraste con el 66,1 % de aquellos con una puntuación menor a 20, lo que no arroja diferencias con significación estadística ( $p = 0,091$ ).

Atendiendo al consumo de cocaína (tablas 1 y 2) los resultados muestran que un 62,2 % de los pacientes AUDIT positivo consumen esta sustancia, y el 56,7 % de aquellos con puntuación menor a 8 lo hacen, no encontrándose significación estadística en esta diferencia ( $p = 0,3194$ ). Observamos que el 66,7 % de los pacien-

tes Dependiente AUDIT consumen cocaína y el 57,4 % de aquellos pertenecientes al otro grupo lo hacen, sin encontrar diferencias estadísticas ( $p = 0,2401$ ).

En relación con la patología infecciosa crónica (tablas 1 y 2) un 65,8 % de los pacientes presentaba una infección por el VHC, y un 46,8 % tenía infección por el VIH; el 41,25 % presentaba infección por ambos virus.

Considerando la relación entre el consumo de alcohol y la patología infecciosa crónica encontramos que un 55,8 % de los pacientes con infección por el VHC era AUDIT positivo, mientras que un 70,4 % de aquellos sin infección tenía este resultado en el test, sin presentar una diferencia estadísticamente significativa entre ambos ( $p = 0,1097$ ). Un 55,8 % de los pacientes con infección por VHC era Dependiente AUDIT, mientras que un 70,4 % de aquellos sin infección tenía este resultado en el test, sin presentar una diferencia estadísticamente significativa entre ambos ( $p = 0,1097$ ).

En cuanto a la infección por el VIH hallamos que un 56,7 % de los pacientes con esta patología presentaba resultados en el test que los clasificaba como AUDIT positivo, mientras que el 64,3 % de aquellos sin infección obtenía este resultado. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p = 0,2526$ ). Asimismo, hallamos que un 56,7 % de los pacientes con esta patología pertenecía al grupo Dependiente AUDIT, mientras que el 64,3 % de aquellos sin infección tenía resultados correspondientes a ese grupo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p = 0,2526$ ).

Con relación al diagnóstico de patología dual (tablas 1 y 2) encontramos que el 38,3 % de los pacientes con puntuación mayor o igual a 8 presenta este diagnóstico, en contraste con el 19,4 % de los pertenecientes al grupo AUDIT negativo, resultado con significación estadística ( $p = 0,0409$ ). Por otro lado, un 48,8 % de los pacientes del grupo Dependiente AUDIT tiene diagnóstico de patología dual, mientras que el 23,6 % de los No dependientes AUDIT lo presenta, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,022$ ).

Tomando en cuenta los resultados obtenidos se puede concluir que una aproximación al perfil de consumo de alcohol de nuestros pacientes es el siguiente: casi un tercio bebe alcohol 4 o más veces por semana; cuando lo hacen suelen beber más de 7 bebidas alcohólicas; frecuentemente no pueden parar de beber una vez que han comenzado a hacerlo; más de una vez por semana han dejado de hacer sus deberes cotidianos a causa del alcohol y han tenido que beber en ayunas para recuperarse de lo que han bebido el día anterior; frecuentemente han olvidado lo que hicieron por haber bebido y

han resultado heridos o han herido a terceros por causa del alcohol; la mayoría señala que alguna persona cercana a ellos o algún profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo en el último año.

## Discusión

Basándonos en la teoría de la automedicación, y dado que el consumo problemático de alcohol es más frecuente en pacientes en TSO que en la población general<sup>2,3</sup>, pensamos que la dosis administrada de metadona podría modular el consumo de alcohol, quedando este reflejado en la puntuación del cuestionario AUDIT. Nuestra muestra no arrojó diferencias estadísticamente significativas en dosis de metadona entre los grupos de riesgo de consumo de alcohol frente a los que no lo consumían, en consonancia con estudios anteriores sobre el tema<sup>2,10</sup>, que además señalan que el patrón de consumo de alcohol previo al ingreso en TSO tiende a mantenerse<sup>11-15</sup>. Sin embargo, cabe destacar que, entre los pacientes con puntuación en el AUDIT indicativa de dependencia de alcohol, la dosis media de metadona es 18 mg más baja que ante los del grupo sin este diagnóstico. Si a esto le unimos que la patología dual es más prevalente entre los pacientes dependientes de alcohol, es posible aventurar que un ajuste de dosis al alza permitiría un mejor control de los síntomas de patología dual y posiblemente disminuiría el consumo de alcohol.

Por otro lado, encontramos que los que presentan un consumo de riesgo de alcohol, consumen también más BZD, lo cual es coherente con los resultados de otras investigaciones<sup>2</sup>, aunque en nuestra muestra esta tendencia aparece sin significación estadística si hablamos de dependencia al alcohol.

No hemos hallado relación entre el consumo de riesgo de alcohol y una mayor tendencia al consumo de cocaína, a diferencia de lo observado en experiencias anteriores<sup>16</sup>.

Por otro lado, la prevalencia de la infección por VHC en nuestra muestra se corresponde con lo encontrado en otras investigaciones<sup>17</sup>. Observamos una tendencia a menor consumo de alcohol en el grupo con infección por el VHC, lo que ha sido sugerido anteriormente por otros estudios, en los que se demostraba que los pacientes tendían a beber menos alcohol una vez hecho el diagnóstico y tras una intervención breve en que se explicaran los riesgos de seguir bebiendo<sup>18</sup>. Vemos también que la presencia del VIH no modifica el patrón de consumo de alcohol en estos pacientes.

Al comparar los grupos con diagnóstico de Dependiente de alcohol y No dependiente según el AUDIT se

observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes sin patología dual y pacientes con este diagnóstico, que presentan con mayor frecuencia dependencia del alcohol. Hay que tener en cuenta que muchos de los sujetos que son atendidos en nuestro dispositivo no acceden a ser evaluados en Salud Mental, por lo que creemos que podemos estar infradiagnosticando muchos casos de patología dual.

Tanto nuestro estudio como otros anteriores señalan la independencia entre el consumo de alcohol y de metadona. Existe, no obstante, una alta prevalencia de consumo abusivo y de dependencia de alcohol en los pacientes en TSO, con consecuencias negativas a largo plazo, lo que nos hace considerar necesario el diagnóstico y tratamiento precoces de esta patología<sup>5,19-22</sup>, así como tener en cuenta otros factores, como el consumo de BZD y la presencia de patología dual asociados a un patrón de consumo de riesgo de alcohol. Esto es, cuando un paciente en TSO refiere un consumo abusivo de BZD o sospechamos y confirmamos un diagnóstico de patología dual, sería recomendable investigar el consumo de alcohol.

También hemos observado la presencia de infección crónica por el VHC entre estos pacientes y una disminución del consumo de alcohol una vez diagnosticada esta infección. Nos parece necesario, por tanto, destacar

la importancia de diagnosticar esta infección y hacer un tratamiento específico de la misma, superando las situaciones que se daban hace años que provocaban que no se tratara a los pacientes positivos para el VHC si estaban en TSO.

Por otro lado, al analizar el perfil de consumo de nuestros pacientes vemos que las consecuencias negativas y las dificultades que les acarrea el consumo de alcohol en su vida diaria y para su reinserción social hacen necesario considerar este problema como relevante, y no pasarlo por alto ante el consumo de otras sustancias como cocaína o heroína, sino diagnosticarlo y tratarlo de forma paralela al resto del tratamiento de las demás sustancias de abuso y dependencia.

Aspectos que no se han estudiado en este trabajo, pero que sería interesante tener en cuenta para posteriores publicaciones, son el análisis de la distribución del consumo de alcohol por sexos, por edad y por antigüedad en el consumo de opiáceos, y la comparación entre grupos en TSO y grupos en Programa Libre de Drogas u otra pauta terapéutica que puedan arrojar resultados más específicos sobre la asociación del tratamiento con metadona y el consumo de alcohol.

**Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.**

## Bibliografía

1. Gelb AM, Richman BL, Anand OP. Quantitative and temporal relationships of alcohol use in narcotic addicts and methadone maintenance patients undergoing alcohol detoxification. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1978;5:191-8.
2. Stebancka M, Beck O, Leifman A, Romelsjö A, Helander A. Problem drinking in relation to treatment outcome among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Rev*. 1978;26:55-63.
3. Senbanjo R, Wolff K, Marshall J. Excessive alcohol consumption is associated with reduced quality of life among methadone patients. *Addiction*. 2006;102:257-63.
4. Joseph H, Appel P. Alcoholism and Methadone Treatment: Consequences for the patient and program. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1985;11:37-53.
5. Green J, Jaffe JH. Alcohol use in the opiate use cycle of the heroin addict. *J Stud Alcohol*. 1977;38:1274-93.
6. Kreek MJ. Opioid interactions with alcohol. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 1984;3:35-46.
7. Herz A. Endogenous opioid system and alcohol addiction. *Psychopharmacology*. 1997;129:99-111.
8. Rubio G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp*. 1998;198:11-4.
9. Skipsey K, Burleson JA, Kranzler HR. Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug Alcohol Depend*. 1997;45:157-63.
10. Anglin MD, Almog IJ, Fisher DG, Peters KR. Alcohol use by heroin addicts: evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug-free treatment samples. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1989;15:191-207.
11. Srivastava A, Meldon K, Ross S. The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:215-23.
12. Marcovici M, McLelland AT, O'Brien CP, Rosenzweig J. Risk for alcoholism and methadone treatment. A longitudinal study. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168:556-8.
13. Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber HD. The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *J Nerv Ment Dis*. 1982;170:479-88.
14. Rittmannsberger H, Silberbauer CH, Lehner R, Ruschak M. Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *Eur Addict Res*. 2000;6:2-7.



15. Stimmel B, Hanbury R, Sturiano V, Korts D, Jackson G, Cohen M. Alcoholism as a risk factor in methadone maintenance. A randomized controlled trial. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1982;73:631-6.
16. Watson B, Conigrave KM, Wallace C, Whitfield JB, Wurst F, Haber PS. Hazardous alcohol consumption and other barriers to antiviral treatment among hepatitis C positive people receiving opioid maintenance treatment. *Drug Alcohol Rev*. 2006;26:231-9.
17. McCusker M. Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment. *Addiction*. 2001;96:1007-14.
18. Bickel WK, Marion I, Lowinson JH. The treatment of alcoholic methadone patients: a review. *J Subst Abuse Treat*. 1987;4:15-9.
19. Cohen M, Korts D, Hanbury R, Sturiano V, Jackson G, Stimmel B. The effect of alcoholism in methadone-maintained persons on productive activity: a randomized control trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 1982;6:358-61.
20. Fairbank JA, Dunteman GH, Condelli WS. Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1-year follow up. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1993;19:465-74.
21. Gossop M, Marsden J, Stewart D. Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems. *Addiction*. 2002;97:169-78.
22. Maremmani I, Pani PP, Mellini A, Pacini M, Marini G, Lovrecic M, et al. Alcohol and cocaine use and abuse among opioid addicts engaged in a methadone maintenance treatment program. *J Addict Dis*. 2007;26:61-70.