

Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia)

Andrés Felipe Tirado Otálvaro¹
 Matilde Álvarez Gómez²
 Juan David Velásquez Tirado³
 Luz Helena Lugo Agudelo⁴
 Luis Fernando Giraldo Ferrer⁵
 Ana María Suarez Bermúdez⁶
 Julieth Wiedemann Rivera⁷

- 1 Enfermero Magíster en Epidemiología. Coordinador de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), sede Medellín, Colombia.
email: felipe.tirado@upb.edu.co
- 2 Enfermera Especialista en Farmacodependencia. Profesora de la Facultad de Enfermería de la UPB sede Medellín, Colombia.
email: matilde.alvarez@upb.edu.co
- 3 Médico Psiquiatra de Enlace. Profesor de la Facultad de Medicina de la UPB sede Medellín, Colombia.
email: jdvelasqueztirado@gmail.com
- 4 Médica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación y Magíster en Epidemiología. Grupo de Rehabilitación en Salud de la Universidad de Antioquia, Colombia.
email: rehabilitacionsalud@siu.udea.edu.co
- 5 Médico Psiquiatra. Centro de Atención de Drogodependencias CARISMA, Medellín, Colombia.
email: luisgiraldoferrer@yahoo.com Medellín (Antioquia) Colombia
- 6 Médica Toxicóloga. Centro de Atención de Drogodependencias CARISMA, Medellín, Colombia.
email: toxicologia@esecarisma.gov.co
- 7 Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Grupo de Rehabilitación en Salud de la Universidad de Antioquia, Colombia.
email: rehabilitacionsalud@siu.udea.edu.co

Subvenciones y ayudas: artículo derivado de la investigación "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dependencia a heroína en un centro de atención de drogodependencias de la ciudad de Medellín en el año 2009." Aprobada dentro de la Convocatoria XII del Centro de Investigación para el

Resumen

Objetivo. Describir la calidad de vida en términos de salud adictos a heroína atendidos en diferentes fases de tratamiento de pacientes en un centro de drogodependencias de la ciudad de Medellín. **Metodología.** Estudio epidemiológico de tipo transversal. Se encuestaron, en 2009, a 40 adictos a heroína en las diferentes etapas de tratamiento: deshabitación, reinserción social y programa de mantenimiento con metadona. Se aplicó el instrumento para evaluación de la calidad de vida SF-36 y el Test de Zung para depresión. Se realizó análisis descriptivo y comparaciones a través de pruebas no paramétricas para determinar diferencias entre los grupos (grupo 1: pacientes hospitalizados, en fase de deshabitación y reinserción social, y grupo 2: pacientes en cualquiera de las fases del programa de mantenimiento con metadona con la fase de tratamiento). Se asumió significancia estadística si la $p < 0.05$ para determinar diferencias entre los grupos. **Resultados.** Participaron 40 pacientes (19 en el grupo 1 y 21 en el grupo 2). Se encontró que la calidad de vida fue mejor para el grupo 2, con diferencias estadísticamente significativas para todos los dominios excepto para función física y salud mental, las cuales desde el inicio tenían puntajes superiores al percentil 75. **Conclusión.** La calidad de vida es mejor en los pacientes que llevan más tiempo en el programa de mantenimiento con metadona.

Palabras clave: dependencia de heroína; calidad de vida; metadona.

Quality of life of heroin dependent patients from a drug dependence attention center of Medellín (Colombia)

Abstract

Objective. To describe the quality of life in terms of health, in the different stages of treatment of patients addict to heroin attended in a drug-dependence attention center of Medellín. **Methodology.** Cross sectional epidemiological study. 40 heroin addicts in the different stages of treatment: dishabituation, social reinsertion and maintenance program with methadone were interviewed in

2009. The SF-36 instrument for the evaluation of the quality of life and the Zung's test for depression were used. Descriptive analysis and comparisons through non parametric tests to determine differences among the groups were performed (Group 1: Hospitalized patients, in phase of dishabituación and social reinsertion, and group 2: patients in any of the stages of the methadone's maintenance program according to the treatment's phase). Statistical significance was assumed if $p < 0.05$ to determine differences among groups. **Results.** 40 patients participated (19 in group 1 and 21 in group 2). It was found that the quality of life was better in the patients in group 2 with statistical significant differences for all the domains, except for the physical function and mental health, which from the beginning had higher scores than the 75th percentile. **Conclusion.** Quality of life is better in patients who have longer time in the maintenance program with methadone.

Key words: heroin dependence; quality of life; methadone.

Qualidade de vida de pacientes com dependência a heroína de um centro de atendimento de drogo-dependências de Medellín (Colômbia)

■ Resumo ■

Objetivo. Descrever a qualidade de vida em termos de saúde nas diferentes fases de tratamento de pacientes adictos a heroína atendidos num centro de drogo-dependências de Medellín. **Metodologia.** Estudo epidemiológico de tipo transversal. A enquete feita em 2009 a 40 adictos a heroína nas diferentes etapas de tratamento: perder o hábito, reinserção social e programa de manutenção com metadona. Aplicou-se o instrumento para avaliação da qualidade de vida SF-36 e o Teste de Zung para depressão. Realizou-se análise descritiva e comparações através de provas não paramétricas para determinar diferenças entre os grupos (grupo 1: pacientes hospitalizados, em fase de perder o hábito e reinserção social e grupo 2: pacientes em qualquer das fases do programa de manutenção com metadona de acordo à fase de tratamento). Assumiu-se significância estatística se o $p < 0.05$ para determinar diferenças entre os grupos. **Resultados.** Participaram 40 pacientes (19 no grupo 1 e 21 no grupo 2). Encontrou-se que a qualidade de vida dos pacientes foi melhor para o grupo 2, com diferenças estatisticamente significativas para todos os domínios exceto para função física e saúde mental, as quais desde o início tinham pontuação superiores ao percentil 75. **Conclusão.** A qualidade de vida é melhor nos pacientes que levam mais tempo no programa de manutenção com metadona.

Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 24 de abril de 2011.

Fecha de aprobado: 13 de diciembre de 2011.

Cómo citar este artículo: Tirado AF, Álvarez M, Velásquez JD, Lugo LE, Giraldo LF, Suarez AM, et al. Calidad de vida de pacientes con dependencia a heroína de un centro de atención de drogodependencias de Medellín (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012;30(1): 35-43.

Palavras chave: dependência de heroína; qualidade de vida; metadona.

Introducción

El abuso y dependencia a las drogas se han convertido en un problema de salud pública mundial, relacionado con trastornos de salud mental y física, aumento en la demanda de servicios de salud, altos índices de incapacidad escolar y laboral, fenómenos delictivos, propagación de epidemias como el VIH y la Hepatitis B y C y la degradación de estructuras sociales fundamentales.¹

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito estima que de 155 a 250 millones de personas en todo el mundo (3.5 a 5.7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en el 2008. En cuanto al consumo de opiáceos, su consumo mundial se calcula entre 15 y 21 millones de personas, la mitad de ellos en Asia.² En 2008, en Colombia, la prevalencia de vida de consumo heroína (diacetilmorfina) en población de 12 a 65 años fue de 0.19% (37 863 personas), mientras que la prevalencia anual fue de 0.02%, siendo mayor en hombres (0.03%).³

Una de las consecuencias del consumo de heroína es la dependencia, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de la sustancia y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Al igual que las personas que abusan de otras drogas adictivas, los abusadores de heroína gradualmente gastan cada vez más tiempo y energía obteniendo y usando la droga.⁴

Existe una variedad de tratamientos para la dependencia a la heroína, los cuales son más eficaces cuando se identifica el abuso de la droga en sus primeras etapas. El fármaco más usado como terapia de sustitución es la metadona, un opiáceo sintético que bloquea el efecto de la heroína y elimina los síntomas del síndrome de abstinencia y que tiene una eficacia probada en las personas dependientes, lo que favorece la disminución de la actividad criminal, las conductas sexuales de riesgo y las tasas de infección y transmisión del VIH, con una mejoría en el bienestar social, la productividad, las condiciones de salud física y

mental del individuo y la adherencia farmacológica y no farmacológica.⁵⁻⁹

El tratamiento de mantenimiento con metadona para personas con dependencia a heroína mejora aspectos relacionados con la calidad de vida como la salud física y mental, el desempeño individual y laboral, así como las relaciones familiares.¹⁰⁻¹² En general, la salud y la calidad de vida de las personas dependientes a heroína se ven afectadas. Este hecho ha sido confirmado en investigaciones en las que se reporta que los puntajes en los cuestionarios utilizados para medir la calidad de vida de estos pacientes está por debajo del de la población general en aspectos relacionados con el sufrimiento físico, psicológico y existencial.¹³ Diversos estudios han demostrado que existe relación entre el diagnóstico de depresión y el consumo de heroína ya sea como comorbilidad (diagnóstico dual) o como inducida por la sustancia; situación que influye de manera negativa en los índices de calidad de vida.¹⁴⁻¹⁷

El objetivo de este estudio fue comparar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con dependencia a heroína que estaban en rehabilitación en sus diferentes fases de tratamiento, en un centro de atención de drogodependencias de la ciudad de Medellín.

Metodología

Estudio transversal de tipo analítico. No se calculó tamaño de muestra ya que se consideró la totalidad de pacientes con dependencia a heroína en este centro de atención de drogodependencia de la ciudad de Medellín, que contempla en su proceso una hospitalización previa al ingreso al programa de mantenimiento con metadona (PMM). En total se incluyeron 40 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos en una de las siguientes fases de tratamiento: deshabitación, reinserción social o en el PMM.

Los pacientes estaban divididos en grupos: el primero (G1) incluyó pacientes con dependencia a heroína, en tratamiento de recuperación en la modalidad de internamiento y que hicieron un proceso de 35 días. Dicho periodo consta de dos etapas, la deshabitación y la reinserción social. El segundo (G2) estuvo compuesto por pacientes en la modalidad terapéutica ambulatoria que asistían al PMM, el que a su vez tiene tres fases: 1^a: el paciente debe asistir al programa todos los días para recibir la metadona. Puede cambiar a la fase dos de acuerdo con los criterios del grupo terapéutico (no hay un tiempo definido); 2^a: evalúa cada dos meses, el paciente acude de lunes a viernes para recibir metadona y la dosis de fin de semana se entrega a un familiar responsable. El paciente debe asistir a cita con toxicólogo cada mes; 3^a: inicia aproximadamente a los seis meses después de concluir el periodo de internamiento, el paciente deberá demostrar cambios en su estilo de vida, los cuales son evaluados por el equipo terapéutico, la dosis para toda la semana se entrega a un familiar. El paciente debe presentarse para ser evaluado por personal de enfermería y para realizarse pruebas de tóxicos en orina.

No se incluyeron en el estudio, los pacientes que estuvieran en crisis de alguna enfermedad mental según criterios psiquiátricos, que estuvieran en el periodo de desintoxicación o que se negaron a participar voluntariamente en el mismo. La recolección de la información estuvo a cargo de los investigadores, y se realizó mediante un instrumento autoaplicado que incluía variables sobre características sociodemográficas y de consumo, además de las fases de tratamiento.

Para la evaluación de la calidad de vida se aplicó el instrumento SF-36, validado en Medellín por Lugo *et al.*¹⁸, el cual evalúa el estado de salud física y mental percibido por el sujeto en las últimas cuatro semanas. Tiene 36 ítems distribuidos en ocho dominios que son: funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, desempeño emocional, salud mental y un ítem independiente que evalúa la transición de salud.¹⁹ Los puntajes por dominio se codificaron, agregaron y transformaron en una puntuación desde 0 (peor estado de salud)

hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario.¹⁹ Lo anterior indica que una mayor puntuación en los diferentes dominios expresa una mejor calidad de vida en términos de salud percibida por el paciente.

Con el fin de detectar la presencia de sintomatología depresiva, debido al efecto negativo de ésta en los puntajes de calidad de vida, se aplicó el test de Zung,²⁰ instrumento de tamizaje utilizado como coadyuvante para evaluar la presencia de este tipo de síntomas. Dicho test es un cuestionario autoaplicado formado por 20 afirmaciones relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con ocho ítems para cada grupo, completándose con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Una puntuación mayor o igual a 41 puntos fue considerada como sintomatología depresiva de importancia clínica.

Teniendo en cuenta que el Test de Zung es un instrumento de tamizaje, el cual no da un diagnóstico preciso de depresión, se comparó esta información con el diagnóstico psiquiátrico registrado en la historia clínica de los pacientes incluidos en el estudio. Durante la recolección de la información, los investigadores explicaron los objetivos del estudio e hicieron énfasis en los conceptos de autonomía de cada individuo para participar o retirarse del mismo en el momento en que lo deseara, además de su anonimato y la reserva en el manejo de su información; todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana y del Centro de Atención en Drogodependencias donde se llevó a cabo.

La información fue procesada y analizada en el programa SPSS® versión 17.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA). Para el análisis estadístico se realizó, en primer lugar, una descripción de la población cuantificando y caracterizando las variables cuantitativas y cualitativas, las cuales se analizaron con la ayuda medidas de

tendencia central, dispersión y de frecuencia. Las comparaciones entre los grupos se hicieron mediante pruebas no paramétricas y se asumió significancia estadística cuando el valor p fue menor de 0.05.

Resultados

En este estudio participaron 40 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Las características generales de los pacientes fueron las siguientes: predomina el sexo masculino (82.1%), la edad promedio fue de 23.7 ± 4.1 años, por nivel educativo el 55.0% tiene bachillerato; otro 17.5% es tecnólogo, es universitario el 20.0% y el 7.5% restante tiene primaria. Por estado civil, son solteros el 82.5%; 12.5% conviven en unión libre y son casados el 5.0%; 90.0% viven con sus familiares. Los estratos socioeconómicos más frecuentes fueron los 2 y el 3 (70.2%). Sólo 15 personas (37.5%) se encuentran afiliadas al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En cuanto a la edad de inicio del consumo de heroína, el más temprano fue a los 11 años y el más tardío a los 28 años.

Por sustancia, las prevalencias de vida de consumo de marihuana y de cocaína fueron las mayores (100.0% cada una), seguidas por el alcohol (92.0%) e inhalantes –pegantes- (87.5%). Otras sustancias como el dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y el éxtasis (MDMA) alcanzaron una prevalencia de consumo al menos una vez en la vida del 50.0%. Con respecto al último consumo de cualquier sustancia, sólo un paciente (2.5%) manifestó haberlo hecho el mismo día en que se le realizó la encuesta, tres lo hicieron en la última semana (7.5%), 10 en el último mes (25%), 27 en el último año (67.5%) y 15 personas manifestaron que su último consumo fue hace más de un año (37.5%).

En la comparación por grupo del puntaje de calidad de vida según el instrumento SF-36 encontró en todas las dimensiones que el puntaje mediano fue mayor en el grupo 2, siendo estas diferencias

estadísticamente significativas, con excepción de la dimensión de Salud Mental (Tabla 1).

En la Tabla 2 se compararon los puntajes medianos de calidad de vida entre los pacientes que tomaban menos de 40 mgs de metadona al día versus quienes recibían más de 40 mgs al día. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos por dimensión del SF-36.

En la evaluación del test de Zung²⁰, se encontró que de los 40 pacientes encuestados, sólo uno (2.5%) no puntuó para sintomatología depresiva, mientras que 25 (62.5%) tenían puntajes de sintomatología depresiva moderada, 10 (25%) de sintomatología depresiva severa y cuatro (10%) de sintomatología depresiva leve. La calidad de vida entre quienes tuvieron puntajes para sintomatología depresiva moderada fue mejor que para quienes tuvieron puntajes de sintomatología depresiva severa, excepto en la función física y social. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para los puntajes en el resto de dominios del SF-36. (Tabla 3)

Los datos encontrados en la revisión de las historias clínicas de los pacientes muestran una prevalencia de depresión del 12%.

Discusión

La dependencia a la heroína es una condición crónica para la cual los pacientes pueden requerir tratamiento tanto farmacológico como psicosocial, generalmente durante muchos años. Los programas de mantenimiento con metadona han demostrado eficacia en términos de reducción del uso de heroína y de la actividad criminal así como mayor retención en el tratamiento, además disminución de la mortalidad hasta en un 33.3% y reducción del riesgo de infección por el VIH hasta en un 50%. Estos indicadores son relevantes, pero cada vez cobra más importancia la medición de la calidad de vida con el fin de hacer comparaciones entre el impacto de la enfermedad y los resultados del tratamiento en diferentes condiciones.²¹

Tabla 1. Puntajes medianos y rangos intercuartílicos (RIC) de las dimensiones del SF-36 según grupo de tratamiento

Dimensión	Grupo de tratamiento*		U de Mann-Whitney	Valor de p
	G1 (n=19)	G2 (n=21)		
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)		
Cambio de Salud	80.0 (60.0 - 100.0)	100.0 (100.0 - 100.0)	129.5	0.022
Dolor Corporal	61.0 (32.0 - 72.0)	84.0 (74.0 - 100.0)	65.5	<0.001
Desempeño Emocional	0.0 (0.0 - 74.5)	100.0 (33.0 - 100.0)	82.0	0.002
Desempeño Físico	25.0 (0.0 - 75.0)	100.0 (62.5 - 100.0)	77.5	0.001
Función Física	85.0 (70.0 - 100.0)	100.0 (95.0 - 100.0)	133.0	0.054
Función Social	50.0 (37.0 - 62.0)	87.0 (62.0 - 100.0)	71.0	<0.001
Salud General	65.0 (40.0 - 75.0)	80.0 (55.0 - 95.0)	120.5	0.032
Salud Mental	68.0 (44.0 - 80.0)	76.0 (56.0 - 86.0)	143.5	0.128
Vitalidad	55.0 (40.0 - 75.0)	75.0 (62.5 - 80.0)	124.5	0.041

G1: Pacientes hospitalizados (en fase de deshabitación y reinserción social), G2: pacientes en cualquiera de las fases del PMM

Tabla 2. Puntajes medianos y rangos intercuartílicos (RIC) de las dimensiones del SF-36 según dosis de tratamiento con metadona

Dimensión	Dosis de tratamiento con metadona		U de Mann-Whitney	Valor de p
	≤40 mg. (n=25)	>40 mg. (n=15)		
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)		
Cambio de Salud	100.0(50.0 - 100.0)	100.0 (80.0 – 100.0)	158.5	0.329
Dolor corporal	72.0 (45.5 - 100.0)	74.0 (64.0 – 100.0)	162.0	0.471
Desempeño emocional	33.0 (0.0 - 100.0)	100.0 (33.0 – 100.0)	125.0	0.131
Desempeño físico	50.0 (25.0 - 100.0)	100.0 (25.0 – 100.0)	150.5	0.278
Función física	95.0 (80.0 – 100.0)	100.0 (85.0 – 100.0)	168.0	0.560
Función social	62.0 (50.0 – 87.0)	62.0 (50.0 – 87.0)	187.0	0.989
Salud general	70.0 (50.0 - 85.0)	70.0 (55.0 – 85.0)	184.0	0.922
Salud mental	72.0 (44.0 – 80.0)	76.0 (60.0 – 84.0)	143.0	0.212
Vitalidad	70.0 (45.0 – 80.0)	75.0 (55.0 – 85.0)	128.0	0.094

Tabla 3. Puntajes medianos y rangos intercuartílicos (RIC) de las dimensiones del SF-36 según depresión moderada y severa

Dimensión	Depresión		U de Mann-Whitney	Valor de p
	Moderada (n=25)	Severa (n=10)		
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)		
Cambio de Salud	100.0 (90.0 - 100.0)	70.0 (40.0 - 100.0)	79.0	0.047
Dolor Corporal	84.0 (67.0 - 100.0)	46.0 (19.5 - 66.7)	50.0	0.005
Desempeño Emocional	100.0 (8.2 - 100.0)	0.0 (0.0 - 66.0)	60.5	0.016
Desempeño Físico	75.0 (25.0 - 100.0)	0.0 (0.0 - 81.2)	56.5	0.009
Función Física	100.0 (82.5 - 100.0)	90.0 (63.7 - 100.0)	105.0	0.437
Función Social	62.0 (50.0 - 93.5)	50.0 (34.0 - 78.0)	79.5	0.091
Salud General	70.0 (55.0 - 92.5)	55.0 (35.0 - 75.0)	70.0	0.044
Salud Mental	76.0 (58.0 - 84.0)	48.0 (28.0 - 74.0)	66.0	0.031
Vitalidad	75.0 (52.5 - 80.0)	47.5 (25.0 - 70.0)	60.0	0.017

Esta investigación comparó la calidad de vida de personas con dependencia a heroína, quienes estaban en las fases de deshabitación y reinserción social (grupo 1) con los que ya habían pasado por ellas y se encontraban en el PMM (grupo 2). Además, describir una población de pacientes dependientes de heroína con características sociales diferentes a las de países como España, Australia y China, donde los pacientes que asisten a tratamiento tienen edades comprendidas entre 33 y 45 años, la mayoría de ellos desempleados y con niveles educativos bajos.^{10,22-24} Por el contrario, la población que nos ocupa tiene un promedio de edad de 23 años y un nivel educativo medio; situación que puede ser explicada por la reciente aparición del consumo de heroína en Colombia que data del año 1997, mientras que en Asia y Europa el fenómeno se remonta a los principios del siglo XX.²⁵

Al igual que en otros estudios, el presente encontró que al comparar el grupo 1 con el grupo 2, se observó que este último tuvo puntuaciones más altas en los dominios de dolor corporal, desempeño emocional, desempeño físico, función social, salud general y vitalidad.^{10,26-29} Es de aclarar que en los puntajes del dominio de función física no hubo cambios estadísticamente significativos, debido a que los pacientes que participaron de esta investigación tenían puntajes altos de calidad de

vida en ambos grupos en el momento de aplicar la encuesta: grupo 1 Me = 85 RIC (70 – 100); grupo 2 Me = 100 RIC (95 – 100); situación diferente a la descrita en otras investigaciones en pacientes con dependencia a heroína, quienes tuvieron puntajes inferiores al inicio del PMM.²⁶

Es conocido que la dependencia a drogas es una enfermedad crónica frecuentemente acompañada de alteraciones anímicas;³⁰ Lo anterior, sumado a que tanto el grupo 1 como el grupo 2 tuvieron puntuaciones en el dominio de salud mental con una mediana superior a 65, podría explicar por qué no hubo cambios estadísticamente significativos en este aspecto en particular entre los grupos. Estos datos son similares a los reportados en investigaciones realizadas en otros países donde se ha encontrado que la salud mental no ha mejorado considerablemente en este tipo de pacientes.^{12,14,15}

Al hacer el tamizaje con el test de Zung, se encontró que el 87.3% de los pacientes tenían algún grado de sintomatología depresiva moderada o severa, lo que contrasta con los datos encontrados en la historia clínica que muestran que el 12.3% sufría de depresión mayor diagnosticada por médico especialista en psiquiatría; prevalencia similar a la encontrada en otras investigaciones.¹⁴ Se debe aclarar que el test de Zung²⁰ incluye preguntas

relacionadas con manifestaciones físicas de la depresión que podrían confundirse con efectos adversos asociados a la metadona como estreñimiento, disminución de la libido, fatiga y alteración en la concentración,^{17,20,31,32} lo cual podría explicar la alta frecuencia de sintomatología depresiva moderada y severa comparado con los datos encontrados en los registros de las historias clínicas.

Se puede concluir que la calidad de vida de las personas que están en el PMM (grupo 2) es mejor que la de los pacientes que están en las fases de deshabitación y reinserción social (grupo 1). Sin embargo, debe aclararse que la poca población de este estudio pudo haber tenido influencia en los resultados del mismo; no obstante, no fue posible obtener una muestra mayor, debido a que esta institución es la única en la ciudad que tiene programa de atención integral a los pacientes con dependencia a heroína y que incluye dentro del mismo el PMM. Además, el número de pacientes permaneció constante durante el tiempo en que se realizó la investigación.

Se recomienda, por lo tanto, hacer investigaciones prospectivo-analíticas con un nivel de evidencia mayor (estudios de cohorte), con el objetivo de hacer un seguimiento más estricto de los pacientes y de esta manera evaluar los puntajes de calidad de vida a lo largo de todas las fases del tratamiento.

Referencias

1. Lakarra B, López M, Martínez J. Bases biológicas, psicológicas y socioculturales. En: Perez J, Valderrama J, Cervera G, Rubio G. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 1-13.
2. UNODC. Global illicit drug trends 2010. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2010.
3. Ministerio Protección Social (Colombia). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas de Colombia, 2008. Bogotá: Ministerio Protección Social; 2008.
4. O'Connor G, McMahon G. Complications of heroin abuse. *Eur J Emerg Med.* 2008;15(2):104-6
5. White JM, Lopatko OV. Opioid maintenance: a comparative review of pharmacological strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2007;8(1):1-11.
6. Kreek MJ, Borg L, Ducat E, Ray B. Pharmacotherapy in the treatment of addiction: methadone. *J Addict Dis.* 2010;29(2):200-16.
7. Pettes T, Wood E, Guillemi S, Lai C, Montaner J, Kerr T. Methadone use among HIV-positive injection drug users in a Canadian setting. *J Subst Abuse Treat.* 2010;39(2):174-9.
8. Campbell KM, Deck Krupski A. Impact of substance abuse treatment on arrests among opiate users in Washington state. *Am J Addict.* 2007;16(6):510-20.
9. Salamina G, Diecidue R, Vigna-Taglianti F, Jarre P, Schifano P, Bargagli AM, et al. Effectiveness of therapies for heroin addiction in retaining patients in treatment: results from the VEdTeTTE study. *Subst Use Misuse.* 2010;45(12):2076-92.
10. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53 Suppl 1:S116-20.
11. Deng CF, Ma X, Zhou H, Liu QL, Yang Y, Song Z, et al. Quality of life of heroin dependent patients with methadone maintenance therapy. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2009;40(3):539-43.
12. Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vázquez JM, Martín-Santos R, et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse.* 2008;43(5):612-32.
13. Fassino S, Daga GA, Delsedime N, Rogna L, Boggio S. Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76(1):73-80.
14. Ngo HT, Tait RJ, Hulse GK. Hospital psychiatric comorbidity and its role in heroin dependence treatment outcomes using naltrexone implant or methadone maintenance. *J Psychopharmacol.* 2010;25(6):774-82.
15. Risser J, Cates A, Rehman H, Risser W. Gender differences in social support and depression among injection drug users in Houston, Texas. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010;36(1):18-24.
16. Darke S, Mills K, Teesson M, Ross J, Williamson A, Havard A. Patterns of major depression and drug-

- related problems amongst heroin users across 36 months. *Psychiatry Res.* 2009 31;166(1):7-14.
17. Alvarez M, Suárez A, Giraldo LF, Londoño J, Hoyos T, Bedoya C, et al. Características de las personas adictas a la heroína en tratamiento en ese carisma de enero de 2003 a junio de 2008. *SMAD.* 2009;5(1): 1-17.
 18. Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006;4(2):37-50.
 19. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS36-item shortform health survey (SF-36). *Med Care.* 1992;30:473-83.
 20. Zung WW. Escala de depresion de zung [Internet]. Buenos Aires: *Psicomag*; 2008 [acceso (09 de febrero de 2009)]. Disponible en: http://www.depression.psicomag.com/esc_zung.php
 21. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009.
 22. Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse.* 2008;43(5):612-32.
 23. Holt T, Ritter A, Swan A, Pahoki S. The Australian treatment outcome study (ATOS): heroin baseline data report. Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre; 2002.
 24. Sanchez-Niubó A, Fortiana J, Barrio G. Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Adicction.* 2009;104(2):248-55.
 25. Castaño A. Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones.* 2002;14(1):87-90.
 26. Iraurgi I, Póo M, Márkes I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: valores de referencia para la comunidad Vasca. *Rev Esp Salud Publica.* 2004;78(5):609-21.
 27. Ryan CF, White J. Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction.* 1996;91(1):39-45.
 28. Torrens M, San L, Martinez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction.* 1997;92(6): 707-16.
 29. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res.* 1994;3:385-93.
 30. Zapata M. 9 dominios para la recuperación de la enfermedad por alcohol y drogas. Medellín: CARISMA; 2007.
 31. Richter D, Eikelmann B, Berger K. Use of the SF-36 in the evaluation of a drug detoxification program. *Qual Life Res.* 2004;13:907-14.
 32. Guzmán-Facundo FR, Ramos-Luna S, Alonso-Castillo MM, Esparza-Almanza SE, López-García KS, Ibarra-González C. Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(3):442-50.